
Vergaderjaar 2005–2006

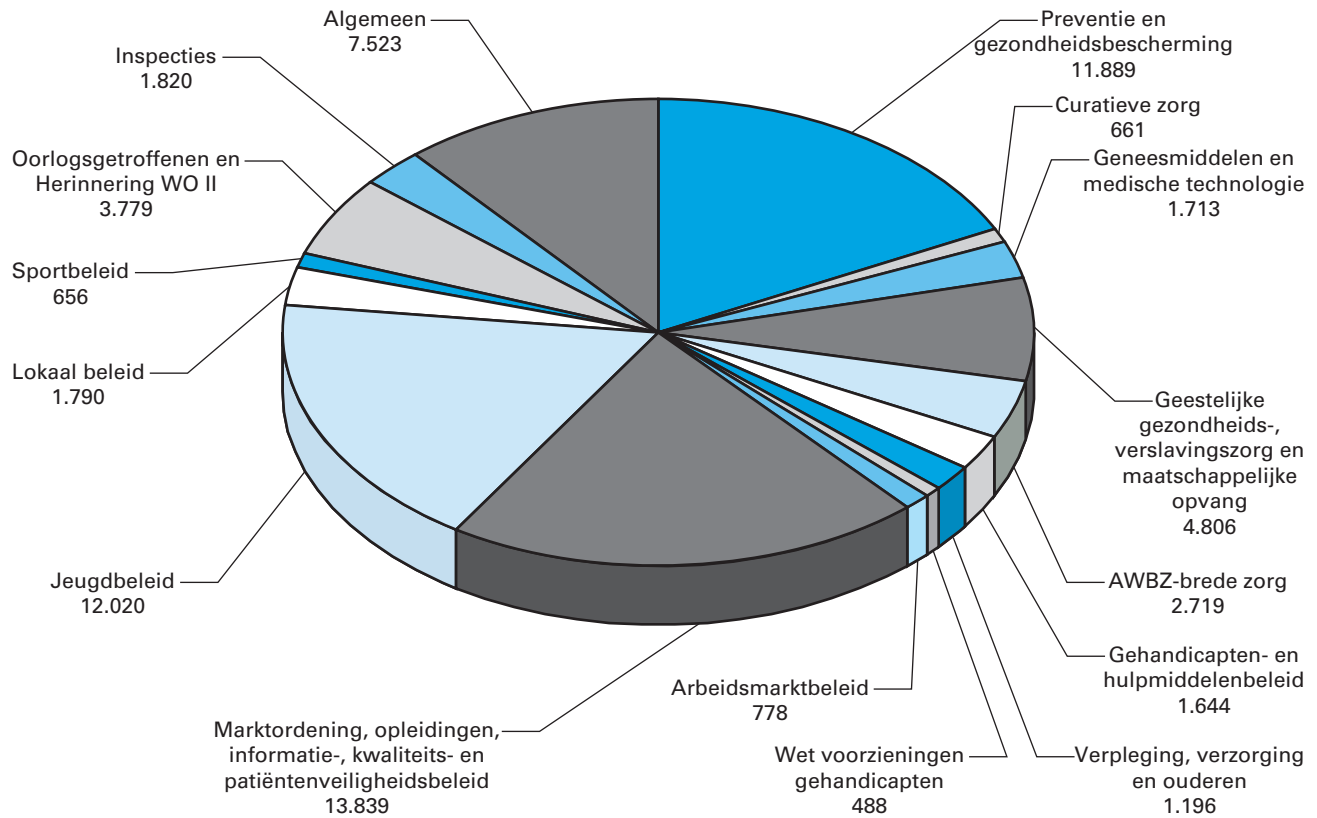
30 550 XVI

**Jaarverslag en slotwet ministerie van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2005**

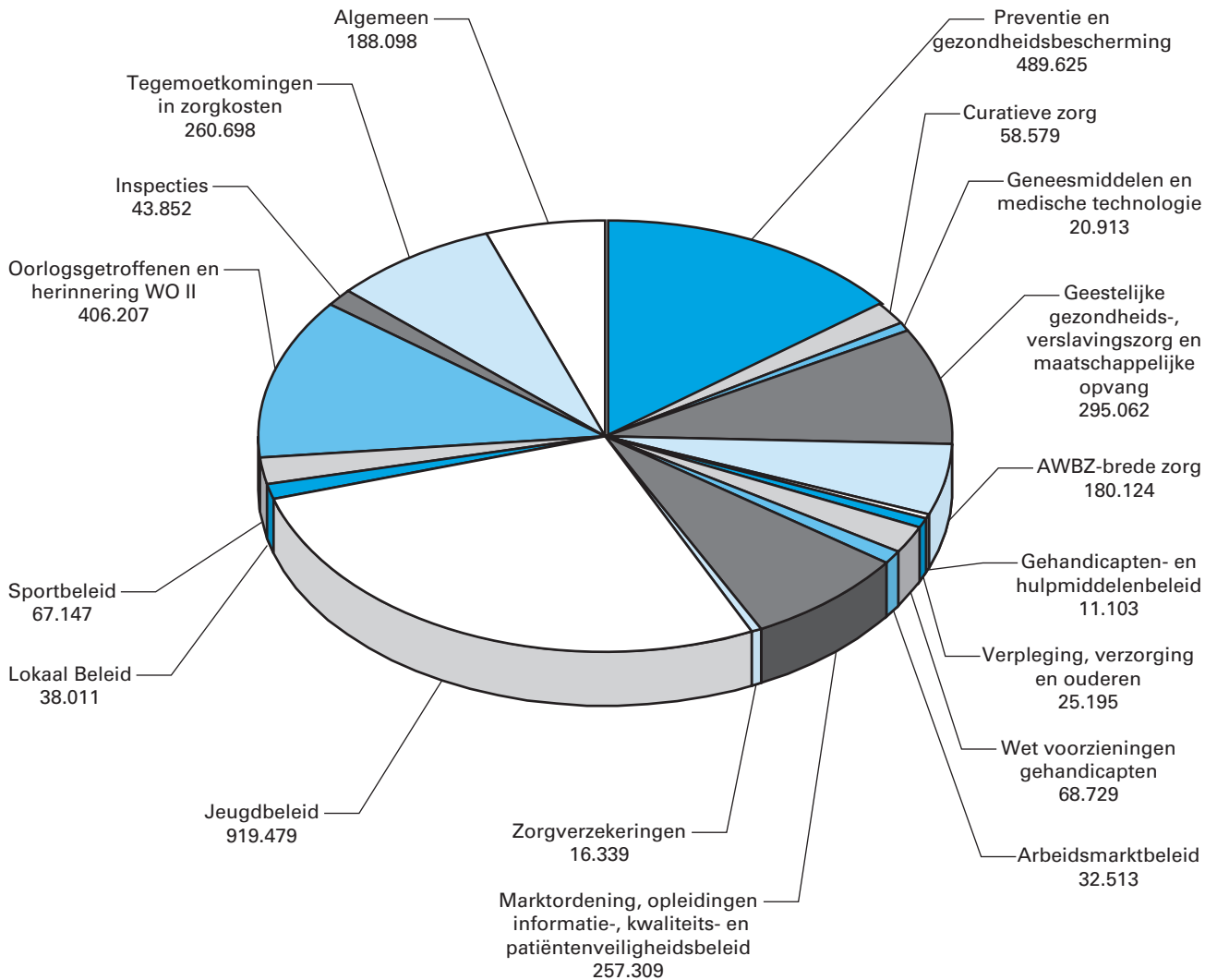
Nr. 1

**JAARVERSLAG VAN HET MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID,
WELZIJN EN SPORT (XVI)**
Aangeboden 17 mei 2006

Ontvangsten (bedragen x € 1 000)



Uitgaven exclusief Rijksbijdragen Volksgezondheid ad € 8 186 251 (bedragen x € 1 000)



Inhoudsopgave	blz.
A. Algemeen	6
B. Beleidsverslag	14
Beleidsprioriteiten 2005	14
Beleidsartikel 21: Preventie en gezondheidsbescherming	27
Beleidsartikel 22: Curatieve zorg	43
Beleidsartikel 23: Geneesmiddelen en medische technologie	55
Beleidsartikel 24: Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	61
Beleidsartikel 25: AWBZ- brede zorg	71
Beleidsartikel 26: Gehandicapten- en hulpmiddelenbeleid	78
Beleidsartikel 27: Verpleging, Verzorging en Ouderen	87
Beleidsartikel 28: Wet voorzieningen gehandicapten	95
Beleidsartikel 29: Arbeidsmarktbeleid	97
Beleidsartikel 30: Marktordering, Opleidingen, informatie-, kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid	100
Beleidsartikel 31: Zorgverzekeringen	112
Beleidsartikel 32: Rijksbijdragen volksgezondheid	122
Beleidsartikel 33: Jeugdbeleid	124
Beleidsartikel 34: Lokaal beleid	131
Beleidsartikel 35: Sportbeleid	136
Beleidsartikel 36: Oorlogsgetroffenen en herinnering WO II	141
Beleidsartikel 37: Inspecties	146
Beleidsartikel 38: Tegemoetkoming in zorgkosten	153
Niet-beleidsartikel 98: Algemeen	156
Niet-beleidsartikel 99: Nominaal en onvoorzien	163
Bedrijfsvoeringsparagraaf	166
C. Jaarrekening	171
1. Departementale verantwoordingsstaat 2005	171
2. Verantwoordingsstaten baten-lastendiensten	172
3. Saldibalans	174
4. Baten-lastendiensten	179
D. Bijlagen	191
Bijlage 1: Financieel Beeld Zorg	191
Bijlage 2: Bevindingen Algemene Rekenkamer 2004	205
Bijlage 3: Publicatieplicht op grond van de Wet openbaarmaking uit publieke middelen gefinancierde topinkomens bij het departement van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	207
Bijlage 4: ZBO's en RWT's	208
Bijlage 5: Afkortingenlijst	209
Bijlage 6: Trefwoordenregister	214

A. ALGEMEEN

Voorwoord

Met het jaarverslag 2005 geven wij, de staatssecretaris van VWS en ondergetekende, inzicht in de prestaties en resultaten die zijn bereikt met het beleid dat we in 2005 hebben gevoerd.

In dit jaarverslag vragen wij uw bijzondere aandacht voor de paragraaf «Beleidsprioriteiten», die ingaat op de belangrijkste beleidsresultaten van het afgelopen jaar op het terrein van de volksgezondheid, welzijn en sport. Ambitieuze plannen voor 2005 zijn ook daadwerkelijk gerealiseerd. Twee grote wijzigingen in het zorgstelsel, de Zorgverzekeringswet en de Wet maatschappelijke ondersteuning, hebben de Nederlandse gezondheidszorg klaar gemaakt voor de komende decennia. De verantwoordelijkheden liggen nu waar ze horen: bij burgers, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en in bepaalde gevallen bij gemeenten. De overheid schept hierbij nog steeds de benodigde randvoorwaarden om een toegankelijke, hoogwaardige en betaalbare gezondheidszorg te behouden. Tevens heeft het kabinet het afgelopen jaar met succes extra aandacht geschonken aan de jeugd door middel van de Wet op de jeugdzorg en Operatie Jong. Ook hebben we maatregelen genomen om de zorguitgaven te beheersen. Dat heeft in 2005 zijn vruchten afgeworpen.

Met belangstelling zien wij uit naar uw reactie op de inhoud van dit jaarverslag over de uitvoering van het beleid in 2005.

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 2005 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 2005; dit jaarverslag wordt separaat aangeboden.
- De slotwet van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het jaar 2005; 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 2005 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 2005 opgenomen rekening van uitgaven en ontvangsten van het Rijk over 2005 alsmede met betrekking tot de Saldibalans van het Rijk over 2005 (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

Dechargeverlening door de Tweede Kamer

Onder verwijzing naar artikel 64 van de Comptabiliteitswet 2001 verklaart de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal dat de Tweede Kamer aan het hiervoor gedane verzoek tot dechargeverlening tegemoet is gekomen door een daartoe strekkend besluit, genomen in de vergadering van

De Voorzitter van Tweede Kamer,

Handtekening:

Datum:

Op grond van artikel 64, tweede lid, van de Comptabiliteitswet 2001 wordt dit originele exemplaar van het onderhavige jaarverslag, na ondertekening van de hierboven opgenomen verklaring, ter behandeling doorgezonden aan de voorzitter van de Eerste Kamer.

Dechargeverlening door de Eerste Kamer

Onder verwijzing naar artikel 64 van de Comptabiliteitswet 2001 verklaart de voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal dat de Eerste Kamer aan het hiervoor gedane verzoek tot dechargeverlening tegemoet is gekomen door een daartoe strekkend besluit, genomen in de vergadering van

De Voorzitter van de Eerste Kamer,

Handtekening:

Datum:

Op grond van artikel 64, derde lid, van de Comptabiliteitswet 2001 wordt dit originele exemplaar van het onderhavige jaarverslag, na ondertekening van de hierboven opgenomen verklaring, doorgezonden aan de Minister van Financiën.

In het jaarverslag 2005 verantwoorden wij het beleid van het ministerie van VWS, zoals dat in de begroting 2005 is aangekondigd.

Het jaarverslag 2005 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 2005, 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 2005 zijn verder de volgende zaken van belang:

- het onderscheid tussen begrotings- en premie-uitgaven;
- de opbouw van de (niet-)beleidsartikelen;
- de indicatie van de betrouwbaarheid bij bronvermeldingen;
- de kwaliteit van de totstandkoming van premie-uitgaven;
- de bedrijfsvoeringsparagraaf.

Begrotings- en premie-uitgaven

In het jaarverslag 2005 zijn evenals in het jaarverslag 2004 naast de begrotingsuitgaven ook de premie-uitgaven opgenomen. 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 2e 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 (BKZ) 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 aan het eind van 2006, namelijk nadat het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ) zijn wettelijk geregelde rechtmatigheids-onderzoek 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 (Informatie & standaardisatie voor zorgverzekeraars). Over het algemeen hebben de cijfers – vanwege de vroegtijdige levering in het jaar – nog een voorlopig karakter. Eventuele wijzigingen worden 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 2003 tot en met 2005 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 2005 en de voorlopige realisatie van deze uitgaven in 2005, 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» (FBZ) opgenomen.

Deze bijlage geeft op hoofdlijnen een toelichting op de financiële kerncijfers over 2005 (voorlopige realisaties) en 2004 (definitieve realisaties). Hierbij gaan we in op de ontwikkeling van de totale zorguitgaven, eventuele aanpassingen van het Budgettaire Kader Zorg en confronteren we de netto-BKZ-uitgaven en het BKZ. Vervolgens presenteren we de financiering van de zorguitgaven voor de jaren 2004 en 2005 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 2005, maar kent evenals bij het jaarverslag 2004 naar aanleiding van de rijksbrede VBTB-evaluatie (Van Beleidsbegroting naar Beleidsverantwoording) 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 2005 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 2005 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 2005 opgenomen, het onderdeel «Instrumenten om deze doelstelling te verwzenlijken».

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

Zoals in de tweede suppletore begroting 2005 is aangegeven, is de structuur van artikel 38 «Tegemoetkoming in zorgkosten» gewijzigd. De algemene doelstelling van dit artikel is verruimd en er is een operationele doelstelling toegevoegd, zodat de zorgtoeslag op dit artikel kan worden begroot en verantwoord.

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 FBZ is een onderdeel opgenomen over de kwaliteit van de gebruikte informatiebronnen en de wijze van gegevensverzameling.

Bedrijfsvoeringsparagraaf

De bedrijfsvoeringsparagraaf is in dit jaarverslag anders van opzet dan voorheen. Naar aanleiding van de kabinetsmaatregelen na het Interdepartementale Beleidsonderzoek Regeldruk en Controletoeren en op basis van de brief van de Minister van Financiën van 20 februari 2006 en de brief van de President van de Algemene Rekenkamer van 23 februari 2006, heeft VWS, evenals VROM, SZW en Financiën, vooruitlopend op de wijziging van de Comptabiliteitswet, de bedrijfsvoeringsparagraaf opnieuw ingericht. De betrokken ministers hebben hiervoor gekozen naar aanleiding van afspraken over de verantwoording over de toeslagregelingen die in 2005 voor het eerst door de Belastingdienst zijn uitgevoerd. Dit betekent dat in de bedrijfsvoeringsparagraaf de Minister van VWS dit jaar voor het eerst rapporteert over belangrijke tekortkomingen die zich ten aanzien van de rechtmatigheid van de begrotingsuitvoering in 2005 hebben voorgedaan, naast de invoering van een getrouwbeeldverklaring van de departementale Auditdienst. Over de onrechtmatigheden die zich bij de uitvoering van de toeslagregelingen hebben voorgedaan, zal primair gerapporteerd worden in de bedrijfsvoeringsparagraaf van het departementale jaarverslag van het ministerie van Financiën. In het VWS-jaarverslag is de hoofdconclusie van het ministerie van Financiën overgenomen en wordt verder verwezen naar de bedrijfsvoeringsparagraaf van het ministerie van Financiën. Dit heeft tot gevolg dat de indeling van de paragraaf anders is dan de paragraaf uit de begroting 2005. De inhoudelijke onderwerpen uit de begroting 2005 zullen, indien de ontwikkelingen in 2005 daartoe aanleiding hebben gegeven, wel terugkeren in de bedrijfsvoeringsparagraaf van dit jaarverslag.

Subsidiebeleid

Het subsidiebeleid heeft in 2005 verder gestalte gekregen door minder zaken beter te doen, subsidiegeld flexibeler in te zetten en meer te richten op echte beleidsprioriteiten. In de begroting 2005 is aangegeven dat de projectsubsidies zijn gericht op de volgende hoofdprioriteiten: kwaliteit, innovatie en doelmatigheid, informatievoorziening, preventie, lokale agenda en sport. De verantwoording van de projectsubsidies is opgenomen onder de betreffende artikelen. Zoals reeds hierboven vermeld zullen de opmerkelijke verschillen worden toegelicht.

B. BELEIDSVERSLAG

BELEIDSPRIORITEITEN 2005

Actieve spelers in het zorgveld

Het jaar 2005 was een beslissend jaar voor de veranderagenda van dit kabinet, en helemaal voor de Nederlandse gezondheidszorg. De voorbereidingen voor grote stelselwijzigingen zijn afgerond.

We hebben alle stappen gezet om te zorgen dat per 1 januari 2006 de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) inging en per 1 januari 2007 de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Ook hebben we plannen gemaakt voor aanpassing van de AWBZ.

De verantwoordelijkheden liggen nu waar ze horen: bij burgers, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en in bepaalde gevallen gemeenten. De overheid schept de benodigde randvoorwaarden om tot een goed functionerende gezondheidszorg te komen en zorgt voor een goed functionerend toezicht.

De burger als kritische zorgconsument

Het kabinet wil dat de burger zich meer gaat opstellen als een kritische zorgconsument. Het is hierbij van belang dat burgers zich meer bewust zijn van het belang van gezond leven, meer kunnen kiezen in de zorg en de financiële verantwoordelijkheid van de burger wordt vergroot.

Meer bewust zijn van gezond leven

Het verband tussen ongezond leven en het vóórkomen van ziekten wordt steeds duidelijker. In 2005 heeft VWS veel aandacht gegeven aan de drie belangrijkste boosdoeners: overgewicht, diabetes en roken.

VWS heeft met andere partners een convenant overgewicht opgesteld om het aantal volwassenen met overgewicht niet verder te laten toenemen en het aantal kinderen met overgewicht te verminderen. In het convenant staan acties van zowel het rijk als maatschappelijke organisaties. Bijvoorbeeld het proefproject «schoolgruiten» waarbij basisschoolleerlingen gratis groente en fruit op school kregen.

Om het aantal rokers te verminderen werd in 2005 aan alle huisartsen een ondersteuningspakket voor een kortdurend stopadvies gestuurd. Uit onderzoek blijkt dat de Nederlandse huisartsen hiervan op grote schaal gebruik maken; 54% werkt er op dit moment mee en het aantal groeit. Dit «kortdurende stopadvies door de huisarts» levert jaarlijks naar schatting 25 000 extra ex-rokers op. De Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) richt zich op de naleving van de rookvrije werkplek en ander rookverboden.

Naast de drie hoofdonderwerpen overgewicht, diabetes en roken, richt het VWS-beleid zich ook op de strijd tegen alcoholmisbruik, vooral bij jongeren.

Om te voorkomen dat jongeren vroeg en te veel alcohol drinken, ziet de VWA er scherp op toe dat de leeftijdsgrenzen uit de Tabakswet en de Drank- en Horecawet worden nageleefd.

Bestaande voorlichtingscampagnes ter preventie van overgewicht, alcoholmisbruik, roken en drugsgebruik heeft VWS gecontinueerd en deels geïntensiveerd. Het gaat bijvoorbeeld om de campagne «Maak je niet dik» en «Borstvoeding, groente en fruit en vetten» en «De kater komt later».

Meer keuzemogelijkheden burgers

Om zijn rol als kritische zorgconsument te kunnen spelen, moet de burger ook beschikken over keuzevrijheid. De praktijk van de nieuwe zorgverzekering leert dat burgers hier echt iets te kiezen hebben, van jongerenpolis met gratis condooms tot een speciale diabetespolis én dat burgers dat ook echt doen. Het aantal mensen dat zich wil verdiepen in de keuzemogelijkheden en dat overwoog van verzekeraar te veranderen bleek al snel boven verwachting hoog.

In 2005 is er dan ook fors ingezet om de burgers te informeren over de gevolgen van de nieuwe zorgverzekering. In juli 2005 is een uitgebreide voorlichtingscampagne over de nieuwe zorgverzekering van start gegaan. Deze bestond uit radio- en televisiespotjes, artikelen in huis-aan-huis bladen, een brief met brochure die iedereen thuis in de bus heeft gekregen en de website www.denieuwezorgverzekering.nl. De campagne loopt tot mei 2006. Daarna vindt (op basis van onderzoek) nog nazorg plaats tot eind 2006. In de periode juli 2005 tot medio februari 2006 hebben ruim 2,3 miljoen mensen de site www.denieuwezorgverzekering.nl bezocht.

Ook is de site www.kiesBeter.nl gerealiseerd. Deze site biedt burgers de mogelijkheid om alle zorgverzekeraars, hun voorwaarden en aanbiedingen te vergelijken. Tot medio februari 2006 zijn er circa 1,7 miljoen bezoekers geweest. Postbus 51 heeft tot medio februari 230 000 vragen beantwoord. De meeste mensen hebben echter zelf antwoord op hun vragen gevonden op www.denieuwezorgverzekering.nl. De kennisbank op de site is 2,8 miljoen keer geraadpleegd.

In 2005 is ook de aanzet gegeven tot een voorlichtingstraject voor moeilijk bereikbare doelgroepen, zoals ouderen en dak- en thuislozen. Deze doelgroepen worden voorgelicht via intermediaire organisaties die dagelijks contact hebben met deze groepen.

Financiële verantwoordelijkheid burger

De laatste jaren heeft het kabinet al veel prikkels geïntroduceerd om burgers te stimuleren na te denken over de vraag hoe zij omgaan met onze dure gezondheidszorg. Daarvoor willen we het al dan niet gebruiken van zorg en de financiële verantwoordelijkheid dichter bij de burger brengen.

De no-claim is in de curatieve zorg ingevoerd, de eigen bijdrage in de AWBZ is verhoogd en het verzekerde pakket is verkleind. Bovendien kunnen nu ook alle verzekerden kiezen voor een eigen risico bovenop de no-claim. Bij de invoering van het nieuwe zorgstelsel is de nominale premie ingevoerd die een financieel belang geeft om te kiezen voor die verzekeraar die goed bij de eigen situatie past.

Verzekeraars concurreren meer

Het kabinet wil dat er meer concurrentie ontstaat in de zorgsector om te beginnen tussen zorgverzekeraars. De nieuwe zorgverzekeringswet draagt hieraan bij, maar ook binnen de AWBZ speelt deze concurrentie een steeds grotere rol.

Zorgverzekeringswet

Een belangrijke voorwaarde voor de concurrentie tussen verzekeraars is de invoering van één ziektekostenverzekering voor iedereen. Het jaar 2005 heeft in het teken gestaan van de parlementaire behandeling en de invoering van de wetten die dat regelt: de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet

op de Zorgtoeslag (Wzt). Nadat beide wetten in december 2004 in de Tweede Kamer waren aangenomen stemde de Eerste Kamer er in juni 2005 mee in.

Door deze grote operatie in het Nederlandse ziektekostenstelsel is er nu voor de basisverzekering één zorgverzekeringsmarkt ontstaan met gelijke toegang voor iedereen, ongeacht leeftijd, gezondheid of inkomen.

De acceptatieplicht voor een wettelijke vastgelegd pakket, een verbod op premiedifferentiatie naar persoonskenmerken en de mogelijkheid om jaarlijks van verzekeraar te kunnen wisselen staan daar borg voor. Dit alles stimuleert de verzekeraars tot het bieden van een goede prijs/kwaliteitsverhouding om hun klanten te behouden.

De zorgverzekeraars hebben eind 2005 hun verzekerden een aanbod gedaan voor een zorgverzekering waarna verzekerden ruim de tijd hebben gehad om een keuze tussen verschillende verzekeraars te maken. De meeste nominale premies voor het basispakket liggen onder het niveau waar vooraf door het kabinet rekening mee was gehouden, te weten € 1 106. De grotere verzekeraars hebben de nominale premie vastgesteld tussen ca € 1 050 en € 1 075.

Circa 6 miljoen huishoudens ontvingen een aanvraagformulier voor de zorgtoeslag. Op de sluitingsdatum, 1 november jl. waren 5,2 miljoen aanvragen ingediend. Betaling van de eerste maandelijkse termijn van de zorgtoeslag vond plaats in december 2005.

Zorgaanbieders presteren beter

Kritische klanten houden zorgaanbieders scherp over prijs, kwaliteit en service. Drie aspecten van marktwerking zijn daarbij van belang: inzicht in prestaties, meer tegenwicht van verzekeraars en consumenten en meer onderhandelingsruimte. Voor al deze aspecten zijn in 2005 belangrijke stappen gezet. De komst van het nieuwe zorgstelsel werkte hierbij vaak als katalysator.

Prestaties vergelijken en onderhandelingsruimte

Om prestaties te kunnen vergelijken en erover te kunnen onderhandelen, moet helder zijn over welke prestatie we het dan hebben. In 2005 zijn in een aantal sectoren nieuwe systemen ingevoerd om meer inzicht te krijgen in de zorg. Door prestaties duidelijk te definiëren en er een prijs aan te koppelen, wordt duidelijk wat verschillende zorgaanbieders precies aanbieden voor welke prijs. Met deze kennis kunnen verzekeraars en burgers eenvoudiger eisen stellen aan de prijs, kwaliteit en service van zorgaanbieders.

Dbc's

Op 1 januari 2005 is het systeem van diagnosebehandelcombinaties (dbc's) ingevoerd voor ziekenhuizen, specialisten en zelfstandige behandelcentra. De invoering van dbc's heeft er toe geleid dat alle declaraties van ziekenhuizen in dbc's plaats vinden. De rekeningen van zorgaanbieders laten nu zien welke handelingen gemiddeld worden verricht bij welke ingreep en welke prijs daarbij hoort. Hierdoor wordt de transparantie van de ziekenhuiszorg vergroot voor zowel het ziekenhuismanagement als de verzekeraars. Dit biedt mogelijkheden om zorgaanbieders onderling te vergelijken.

Daarnaast is voor circa 10% van de totale ziekenhuiszorg ook de bekostiging gebaseerd op dbc's. Op 1 februari 2005 heeft de overheid voor deze 10% de prijs vrijgelaten. De prijzen worden voortaan vastgesteld op basis

van onderhandelingen tussen de aanbieder en individuele verzekeraars en kunnen dus verschillen per verzekeraar.

De precieze gevolgen van deze vrije prijzen zijn nog niet bekend. Zo is nog niet duidelijk of er meer volume is ingekocht of meer kwaliteit is geleverd. Het is wel bekend dat voor bijna alle (95%) dbc's met vrije prijzen contracten zijn overeengekomen. De eerste indicatie laat zien dat voor handelingen die een vrijgegeven dbc kennen circa 5% meer is betaald dan in 2004. Dit brengt, rekening houdend met een verwachte inflatie van 1,5%, een kostenstijging van vooralsnog € 40 miljoen met zich mee.

Het dbc-systeem is nog niet perfect, maar er wordt aan gewerkt: direct in 2005 zijn er verbeteringen ontwikkeld die in 2006 worden ingevoerd.

Naast het inzicht in productie krijgt ook het inzicht in prestaties meer aandacht. De prestatie-indicatoren van ziekenhuizen in 2004 zijn completer en nauwkeuriger dan in 2003. Ook publiceren alle ziekenhuizen hun gegevens nu op de website van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen.

Eerstelijnszorg

Ook in de eerste lijn spelen prestatievergelijkingen een steeds grotere rol. Voor de huisartsen is een declaratiesysteem ingevoerd met een tarief per consult naast een tarief per ingeschreven patiënt. Daardoor is er een duidelijkere relatie van de beloning met de geleverde prestatie.

De huisartsenacties hebben tot enkele maanden vertraging geleid voor het experiment benchmark eerstelijnszorg. Resultaten zijn daarom nog niet bekend. De vier deelnemende regio's hebben zich in 2005 geconcentreerd op het ontwikkelen van een lijst met indicatoren die men in de benchmark wil meten. Ze werden daarbij geholpen door een breed opgezette veldklankbordgroep. Het Nederlands instituut onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) heeft op 20 september 2005 haar eindadvies over de indicatorenlijsten uitgebracht. De regio's leggen momenteel de laatste hand aan het verwerken van dit advies. Daarnaast zijn de regio's bezig geweest met het verkennen van de wijze waarop de informatie kan worden verzameld en gepubliceerd.

Sneller Beter

In 2005 hebben we het programma Sneller Beter¹ verder uitgebreid om meer inzicht te krijgen in de prestaties van zorgaanbieders. Ook verbetering van de patiëntveiligheid en het afleggen van rekenschap zijn onder de loep genomen. Daarvoor is hetzelfde stramien gekozen als eerder bij de patiëntenlogistiek gebeurde, namelijk door een topmanager met een frisse blik naar de zorgsector te laten kijken. De resultaten van de deelnemende ziekenhuizen zijn boven verwachting. Op de website www.Snellerbeter.nl zijn voorbeelden van goede zorgverlening uit alle ziekenhuizen opgenomen.

De transparantie van de ziekenhuiszorg is sterk toegenomen doordat de ziekenhuizen zich via IGZ-prestatie-indicatoren verantwoorden op de door hen geleverde kwaliteit van de zorg. In 2005 is de eerste IGZ-rapportage verschenen waarin de ziekenhuizen (anoniem) op kwaliteitsgebied met elkaar worden vergeleken. Najaar 2005 zijn de eerste resultaten gepresenteerd en op de site van Sneller Beter beschikbaar gesteld. Met name de toegangstijden zijn aanzienlijk gedaald en ook de doorstroomtijd op de polikliniek is fors verkort. Eind 2005 is al gestart met het volgende onderwerp: innovatie.

Zorg voor Beter

Het programma Zorg voor Beter geeft een impuls aan het kwaliteitsbeleid in de langdurige zorg. Leidende thema's hierbij zijn veiligheid en zeggen-

¹ Deelnemers: VWS, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Orde van Medisch Specialisten. Eind 2005 is de Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV) ook partner geworden in Sneller Beter.

schap. Eind 2005 zijn de eerste verbetertrajecten gestart gericht op decubitus, valpreventie en preventie van seksueel misbruik. In de sector verpleging, verzorging en thuiszorg is daarnaast een toetsingskader verantwoorde zorg vastgesteld. IGZ, zorgkantoren en cliënten-toetsingen zullen met deze indicatoren gaan werken. Ook in het jaardocument maatschappelijke verantwoording komen ze terug. Prestaties worden hierdoor transparanter en beter vergelijkbaar. Eveneens is in 2005 het innovatieprogramma in de care gestart.

Tegenwicht voor zorgaanbieders

Om zorgaanbieders beter te laten presteren is tegenwicht nodig van andere partijen. Verzekeraars zijn het tegenwicht voor de zorgaanbieders. De Zvw stimuleert de zorgverzekeraar om steviger te onderhandelen met de zorgaanbieders. Per 1 januari 2005 is de contracteerplicht voor 10% van de ziekenhuisproductie afgeschaft, vanaf 1 januari 2006 is er volledige contracteervrijheid. Aanbieders zullen zich dan meer moeten inspannen om in aanmerking te komen voor contracten met zorgverzekeraars. In 2005 is al flink onderhandeld over de zorg van 2006.

Meer onderhandelingsruimte

Tegenwicht heeft pas effect als er iets te onderhandelen valt. In 2005 is met de invoering van de dbc's de onderhandelingsruimte in de ziekenhuissector vergroot. Om de onderhandelingsruimte in de fysiotherapie te vergroten, heeft het kabinet in een experiment de tarieven van fysiotherapeuten vrijgegeven. Dit experiment loopt tot uiterlijk 1 januari 2007. Er zijn op dit moment dan ook nog geen definitieve conclusies te trekken. Wel blijkt uit de eerste monitoringsverslagen dat de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en fysiotherapeuten niet in alle gevallen soepel verliepen. Zo was er onder fysiotherapeuten veel weerstand tegen de standaardcontracten die zorgverzekeraars aanboden. Uiteindelijk hebben bijna alle fysiotherapeuten wel een contract met een zorgverzekeraar gesloten, waardoor de toegang tot de fysiotherapie gewaarborgd is. De tarieven zijn tijdens het experiment echter gemiddeld met 13% gestegen. Bovendien is de vraag naar fysiotherapie afgelopen jaar met 6% gedaald.

Overheid blijft randvoorwaarden bepalen

Met sterkere spelers en meer speelruimte is een goede scheidsrechter nodig: die affluit als het nodig is of juist indien mogelijk laat doorspelen om geen kans te laten liggen. Het kabinet is verantwoordelijk voor deze scheidsrechter en de spelregels. In 2005 hebben we drie grote trajecten op gang gebracht die er voor moeten zorgen dat wij deze verantwoordelijkheid waar kunnen maken. We bevorderen concurrentie, maar wel met beter toezicht op de mededinging, We geven instellingen meer vrijheid bij het (ver)bouwen en er komt een nieuwe toezichtstructuur.

Toezichtstructuur aanpassen

In mei 2005 heeft het kabinet de plannen voor de positionering van de zelfstandige bestuursorganen in het nieuwe zorgstelsel bekend gemaakt. De toezichtstructuur is daar onderdeel van. Waar mogelijk voeren de bestaande toezichthouders deze taken uit: het solvabiliteitstoezicht ligt bij De Nederlandsche Bank, het gedragstoezicht bij de Autoriteit Financiële Markten en het algemeen mededingingstoezicht bij de Nederlandse

Mededingingsautoriteit. Daarnaast zijn er voor onderwerpen die specifiek met gezondheidszorg te maken hebben twee aparte toezichthouders: de bestaande Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) voor het kwaliteitstoezicht en de in oprichting zijnde Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor het markttoezicht in de zorg.

In juni 2005 heeft het kabinet het wetsvoorstel Wet marktordening gezondheidszorg naar het parlement gezonden. Daarin krijgt de NZa meer instrumenten dan CTG/ZAio nu heeft. Wij verwachten dat de NZa op 1 april 2006 kan beginnen.

CTG/ZAio is al wel actief in het toezicht houden op de markt en heeft in 2005 gekeken naar de marktontwikkeling in de fysiotherapie en dbc's met vrije prijzen¹.

Meer vrijheid bouw instellingen

De Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is in oktober 2005 door de Eerste Kamer aangenomen. Deze wet vervangt de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV).

De nieuwe wet, die per 1 januari 2006 is ingegaan, bepaalt dat zorginstellingen een toelating moeten hebben om verzekerde zorg (die ten laste van Zorgverzekeringswet of AWBZ kan worden gebracht) te mogen leveren. De WTZi maakt het mogelijk de huidige regulering van de bouw van zorginstellingen geleidelijk af te bouwen. Zorginstellingen kunnen hun aanbod dan beter afstemmen op de wensen van cliënten en patiënten (locatie, groot- of kleinschalige opzet). Met deze toelatingwet kunnen wel eisen gesteld worden aan de transparantie van de bestuursstructuur en de bedrijfsvoering van zorginstellingen.

Voor de acute zorg stelt de WTZi wel specifieke eisen omdat de bereikbaarheid hiervan van te groot belang is om aan de markt over te laten.

De AWBZ in verbouwing

Ook de komende drie jaar zal de AWBZ door de zorgkantoren worden uitgevoerd. Het kabinet achtte het niet goed mogelijk om de sturing van de AWBZ in deze kabinetsperiode ingrijpend te veranderen. Voor de periode na de stelselherziening, de knip GGZ en de invoering van de Wmo per 2007, is het kabinet wel een onderzoek gestart naar de alternatieve mogelijkheden voor vormgeving van de uitvoering van de AWBZ. De kernvraag in dit onderzoek is hoe het sturingssysteem van de AWBZ zo doelmatig mogelijk kan worden vormgegeven. In het voorjaar zal het Interdepartementaal Beleidsonderzoek, voorzien van een kabinetsstandpunt, aan de Kamer worden aangeboden. Een nieuw kabinet kan dan, wanneer de WMO en de nieuwe Zorgverzekeringswet in werking zijn getreden, van deze bouwstenen gebruik maken voor de inrichting van de uitvoering van de AWBZ. Ook kan het kabinet op basis van dit onderzoek een beslissing nemen over verdere overheveling van de AWBZ naar de standaardverzekering of de Wmo.

In 2005 zijn wel al stappen gezet in de vernieuwing van de bekostiging in de AWBZ. De extramurale zorg is overgegaan naar bekostiging op basis van functies zoals persoonlijke verzorging.

Voor de zorg binnen instellingen heeft VWS een onderzoek laten doen naar de vraag hoe we de manier van financieren eenvoudiger kunnen maken.

Dit onderzoek heeft geleid tot een vorm van financiering die gebaseerd is op geleverde prestaties en die beter recht doet aan de karakteristieken van deze vorm van zorg, aansluitend op de intensiteit van de zorg die cliënten

¹ CTG/ZAio september 2005 «oriënterende monitor fysiotherapie» en CTG/ZAio september 2005 «oriënterende monitor ziekenhuiszorg»

nodig hebben. Daartoe zijn zogenoemde «zorgzwaartepakketten» ontwikkeld. Totdat deze manier van financieren volledig is gerealiseerd, stellen we voor verpleeghuizen een toeslag op de reguliere financiering van bepaalde patiëntencategorieën beschikbaar. In 2005 was dit € 15 miljoen en dat bedrag hebben de instellingen ingezet om de zorg aan patiënten met een hoge zorgzwaarte te verbeteren.

In de extramurale zorg hebben we verder gewerkt aan een financieringssysteem dat opgebouwd is uit modules.

Vanaf 1 januari 2005 is het niet meer de individuele gemeente die de indicatiestelling van de AWBZ-zorg bestuurt, maar het Centrum Indicatiestelling Zorg. Dat heeft geleid tot verdere protocollering van het afhandelen van zorgvragen, waardoor grotere uniformiteit bij de indicatiestelling is ontstaan. Daarnaast zijn per 1 mei 2005 standaard indicatiëprotocollen (SIP's) ingevoerd waarmee onder andere aanbieders en ziekenhuizen via internet snel zorg kunnen aanvragen en ook meteen inzetten.

Stevige rol gemeenten in Wet maatschappelijk ondersteuning

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) geeft gemeenten een steviger rol bij de maatschappelijke participatie en ondersteuning van alle burgers, zowel jongeren als ouderen, en mensen met of zonder beperking. De wet moet het mensen mogelijk maken om zo lang mogelijk zelfstandig in de maatschappij te functioneren. Daarbij wordt er primair van uitgegaan, dat mensen zelf verantwoordelijk zijn voor hun eigen maatschappelijke participatie en in hun omgeving anderen vrijwillig bij hun participatie meehelpen. Wanneer maatschappelijke ondersteuning nodig is, zijn de gemeenten daarvoor verantwoordelijk. Zij kunnen, als regisseur op het locale niveau, maatwerk bieden, afgestemd op de behoeften en mogelijkheden van hun burgers.

Afgelopen jaar is de invoering van de Wmo grondig voorbereid. Centraal in dat proces staan de proeftuinen, de pilots huishoudelijke verzorging, het ontwikkelen van praktische handreikingen voor gemeenten en een communicatietraject.

Vooruitlopend op de feitelijke invoering van de Wmo in 2007, zijn in 2005 twintig gemeenten begonnen met een proeftuin. Hierin geven gemeenten de verschillende prestatievelden en enkele centrale thema's in de Wmo vorm.

Voordat de Wmo aan de Tweede Kamer is aangeboden, was er uitgebreide afstemming tussen de Kamer en VWS. Verschillende briefwisselingen, overleggen en een AO hebben bijgedragen aan de voorbereiding van de wet. Naast het wetsvoorstel zijn er drie nota's van wijziging naar de Tweede Kamer gezonden. Belangrijke elementen uit deze nota's van wijziging zijn de opname van een tijdelijke zorgplicht voor scootmobielen, rolstoelen en huishoudelijke verzorging en de keuze voor een PGB voor deze zaken. Nu de Tweede Kamer met de wet heeft ingestemd, en uitgaande van goedkeuring door de Eerste Kamer, kan de Wmo per 1 januari 2007 worden ingevoerd.

Beheersen van de zorguitgaven

Het kabinet heeft sinds 2000 extra geïnvesteerd in de zorg om de productie te verhogen. Dit heeft geleid tot een daling en verkorting van de wachtlijsten. De keerzijde hiervan was een sterke stijging van de zorg-

uitgaven. Het kabinet heeft daarom bij de begroting 2004 een aantal maatregelen genomen om de zorguitgaven te beheersen.

Een daarvan was het geneesmiddelenconvenant. Dit werpt ook in 2005 zijn vruchten af. Het convenant vervangt kortingen en bonussen door structurele prijsverlagingen. De prijzen voor generieke geneesmiddelen en vergelijkbare niet-generieke geneesmiddelen zijn gemiddeld met 40% gedaald. Deze lagere prijzen dragen bij aan het betaalbaar houden van de zorg. De besparingen in 2005 bedragen naar verwachting ruim € 685 miljoen. Het geneesmiddelenconvenant is in 2005 verlengd, uitgebreid voor een periode van twee jaar en Nefarma (de vereniging van innovatieve geneesmiddelenfabrikanten) is toegetreden tot het geneesmiddelenconvenant. In 2006 wordt hiermee naar verwachting € 843 miljoen en in 2007 (vooralsnog) € 971 miljoen bespaard.

Bovendien heeft het kabinet in 2005 een aantal maatregelen genomen op het terrein van de zorgaanbieders om de doelmatigheid van de zorg te vergroten. Daarbij streven we ook naar een beter evenwicht tussen de collectieve verantwoordelijkheid en de eigen verantwoordelijkheid, zowel voor de zorgconsument als de zorgaanbieder.

Maatregelen curatieve zorg

- Per 1 januari 2005 is een aantal niet strikt medisch noodzakelijke behandelingen uit het verzekerde pakket verdwenen (TK, 2005–2006, 30 300, nr. 7). Dat geldt bij voorbeeld voor de behandeling voor ooglidcorrectie en de hersteloperatie na sterilisatie.
- Hoewel het kabinet op verzoek van de Tweede Kamer de nieuwe regeling Zittend ziekenvervoer, die op 1 juni 2004 was ingevoerd, op een aantal punten heeft aangepast, kost de nieuwe regeling nog altijd beduidend minder dan de vorige. De belangrijkste aanpassing was de invoering van een hardheidsclausule. Hierdoor worden bepaalde gevallen individueel beoordeeld. Daarnaast is diverse malen extra geld beschikbaar gesteld voor speciale gevallen. Met ingang van 1 januari 2005 is nog eens € 13 miljoen extra aan de regeling toegevoegd om de hardheidsclausule ruimhartiger toe te passen. Bij het ter perse gaan van dit document is nog niet bekend hoe vaak de hardheidsclausule is gebruikt.
- In 2004 hebben ziekenhuizen, verzekeraars en VWS een convenant afgesloten dat de ziekenhuizen moet aanzetten tot doelmatiger werken. Met de opbrengst daarvan kunnen de ziekenhuizen meer zorg leveren. In 2005 hebben de ziekenhuizen de afspraken voor het eerst ten uitvoer gebracht. Wel was het jaar 2005 direct een moeilijk jaar, omdat de ruimte voor extra productie beperkt was. Naar verwachting is er in 2005 in vergelijking met de afgelopen jaren sprake van een gematigde ontwikkeling van de zorguitgaven. Niettemin is de voor 2005 beschikbare ruimte overschreden. Conform de afspraken uit het convenant zullen we de oorzaken van die overschrijding met de convenantpartijen bespreken en zal de overschrijding worden betrokken bij de inzet van de groeirimte 2006.

Maatregelen AWBZ

In 2005 is verder ingezet op de beheersing van de AWBZ-uitgaven. Om de AWBZ betaalbaarder en doelmatiger te maken zijn al in 2004 meerjarige convenanten gesloten met de zorgaanbieders en Zorgverzekeraars Neder-

land. In het convenant met de aanbieders is afgesproken dat met het beschikbare budget jaarlijks 1,25% meer cliënten worden geholpen. Het is nog niet duidelijk of dit is gelukt.

In het kader van het convenant hebben de zorgkantoren in 2005 zorg gecontracteerd binnen een van tevoren begrensde financiële ruimte. De eerste ervaringen daarmee zijn positief, de maatregel draagt bij aan een meer terughoudende en kritische zorginkoop door zorgkantoren. Zorgkantoren onderhandelden daadwerkelijk met aanbieders over de tarieven. De contracten zijn dan ook onder de maximumtarieven gebleven.

Intensiveringen

In 2005 is extra geld ingezet op de volgende terreinen:

Jeugdzorg

Het kabinet vindt het van groot belang dat de jeugdzorg op tijd en op maat is. In 2005 is € 5 miljoen extra besteed aan extra capaciteit in de jeugdzorg. De middelen zijn beschikbaar gekomen als reactie op de toename van het aantal uithuisplaatsingen. Hierdoor wordt vaker dan voorheen het geval was, een beroep gedaan op de pleegzorg en de residentiële zorg. Ook is extra geld ingezet om wachtlijsten in de pleegzorg op te lossen. Bij de advies- en meldpunten kindermishandeling (AMK's) is € 6 miljoen extra besteed aan het structureel wegwerken van de wachtlijsten door te investeren in opleidingen en het inrichten van een flexforce.

Bestrijden van infectieziekten

De extra investeringen op het gebied van de infectieziektebestrijding hebben onder meer geleid tot het vormen van het Centrum Infectieziektebestrijding (Cib) bij het RIVM. Het Cib krijgt een centrale rol in de coördinatie van de bestrijding van infectieziekten en het ondersteunen van GGD'en bij de uitvoering hiervan.

Binnen het Rijksvaccinatieprogramma is het oude kinkhoestvaccin voor zuigelingen vervangen door een nieuw vaccin dat minder bijwerkingen heeft. Verder zijn voorbereidingen getroffen om zuigelingen vanaf juni 2006 ook in te enten tegen pneumokokken (hersenvliesontsteking). Ook heeft VWS in 2005 een Pandemie-team opgericht. Doel van dit team is om de voorbereidingen van Nederland op een mogelijke griep Pandemie te coördineren. Het gaat daarbij om onder meer de aanschaf en distributie van antivirale middelen, onderzoek en communicatie. In 2005 zijn de eerste 3 miljoen kuren antivirale middelen geleverd, het restant zal in 2006 en 2007 geleverd worden.

Stelselherziening

Er is € 49 miljoen extra ingezet voor de Zvw. Hiermee financieren we uiteenlopende projecten voor de invoering van de zorgverzekeringswet, zoals de communicatieactiviteiten, de herpositionering van de ZBO's en de patiënten/consumenten informatievoorziening. Daarnaast is onder andere budget ingezet voor de invoeringskosten van de Wmo en de invoering van de dbc's in de ziekenhuiszorg en de GGZ.

Extra opleidingen in de zorg

Vanwege het belang van voldoende opleidingscapaciteit voor verpleegkundige vervolgoopleidingen en medisch ondersteunende functies hebben de academische ziekenhuizen hiervoor in 2005 een bedrag van € 7,1 miljoen extra gekregen. Daarnaast is in 2005 is besloten de instroomcapaciteit voor de opleidingen tot physician assistent (PA) en nurse practitioner (NP) voor de jaren 2005 en 2006 met 75 plaatsen uit te breiden naar

325 opleidingsplaatsen. Ook is extra geld uitgetrokken voor de opleidingen voor radiotherapeutisch laboranten (€ 1,4 miljoen). Structureel werken we aan een nieuwe beroepen- en opleidingsstructuur. Belangrijkste stap op weg daarheen was in 2005 het rapport «Eenheid in verscheidenheid» van de stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (MOBG) waarin een voorstel is ontwikkeld voor een College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG).

Zelfzorggeneesmiddelen

In 2004 is besloten zelfzorggeneesmiddelen niet langer te vergoeden. In 2005 is op verzoek van de Kamer € 12 miljoen ingezet om die maatregel te verzachten. Vijf groepen van zelfzorggeneesmiddelen komen wél voor vergoeding in aanmerking wanneer deze geneesmiddelen langer dan zes maanden worden gebruikt. Met deze wijziging komen we patiënten met een ernstige chronische aandoening tegemoet die langdurig op zelfzorgmiddelen zijn aangewezen en deze in grotere hoeveelheden moeten gebruiken.

Overige prioriteiten

Wet op de Jeugdzorg

De Wet op de jeugdzorg is op 1 januari 2005 in werking getreden. De wet regelt het recht op jeugdzorg en formaliseert de positie van de bureaus jeugdzorg, waardoor er één toegang tot verschillende vormen van jeugdzorg ontstaat. De jeugdzorgbrigade heeft twee rapportages uitgebracht waarin zij aangeeft hoe onnodige bureaucratie in de jeugdzorg kan worden aangepakt. Provincies en Rijk hebben naar aanleiding hiervan actie ondernomen. Zo is bijvoorbeeld voorkomen, dat 10 000 kinderen werden geherindiceerd.

Verder heeft het kabinet besloten dat civielrechtelijk geplaatste jongeren, die nu in justitiële jeugdinrichtingen verblijven, in de toekomst door de jeugdzorg worden behandeld. Hiertoe is een wetswijziging in gang gezet, die naar verwachting in 2007 van kracht wordt. Als eerste stap zijn daarvoor 88 residentiele behandelplaatsen als intersectoraal besloten jeugdzorgaanbod tot stand gebracht. In 2006 wordt dit aantal uitgebreid tot minimaal 140 plekken.

Naar aanleiding van de grote toename aan uithuisplaatsingen en met het oog op de veiligheid van kinderen, heeft het kabinet € 33 miljoen extra beschikbaar gesteld om de benodigde pleegzorg en residentiele opvang te realiseren.

Operatie Jong

In 2005 is voortvarend verder gewerkt aan de twaalf thema's uit de jeugdagenda van Operatie Jong. In april 2005 hebben dertien gemeenten, twee provincies, twee stadsregio's en het Rijk een Jong-overeenkomst afgesloten. In de overeenkomst zitten vier elementen om het kind centraal te stellen. Ten eerste moeten de partijen tot een beperkt aantal resultaatgerichte samenwerkingsverbanden komen. Ten tweede moet samenwerking leiden tot betere uitvoerende regie op de jeugdketen. Een betere bestuurlijke regie is het derde doel. Het vierde resultaat zal een noodprocedure zijn, waarin gemeenten een doorbraak kunnen forceren als een jeugdige door een niet sluitende keten van voorzieningen tussen wal en schip dreigt te vallen.

Sportnota

Op 2 september 2005 heeft het Kabinet de nota «Tijd voor sport» aangeboden aan de Tweede Kamer (TK-2004–2005, 30 234, nr. 2). Deze nota is tot stand gekomen dankzij de constructieve inbreng van vertegenwoordigers uit de sport, de wetenschap, de gemeenten en het bedrijfsleven. Naast VWS zijn ook andere departementen nauw betrokken geweest bij de totstandkoming van de nota.

Het kabinet wil de komende jaren investeren in een sportieve samenleving. In de nota staat welke keuzes zij daarbij maakt en hoe zij de rolverdeling tussen de verschillende partners ziet. Kort samengevat streeft het kabinet naar het volgende: *Een sportieve samenleving waarin zowel veel aan sport wordt gedaan als van sport wordt genoten.* Daarbij zijn de volgende doelen gekozen:

- mensen gaan meer sporten en bewegen voor hun gezondheid;
- via de sport ontmoeten meer mensen elkaar en doen mee aan maatschappelijke activiteiten;
- mensen gedragen zich sportief en respecteren (spel)regels;
- de topsport in Nederland wordt bevorderd als symbool voor ambitie, als bron van ontspanning en voor ons nationale imago in binnen- en buitenland.

Het kabinet heeft per beleidsdoel aangegeven welke concrete resultaten zij wil bereiken.

In overleg met de relevante partners in de sport worden de beleidsvoornemens uit de nota uitgewerkt in een Sportprogramma 2006–2010. Het Sportprogramma zal in het voorjaar aan de Tweede Kamer worden aangeboden.

Minder bureaucratie in de zorg

In 2005 is de voorgenomen vermindering van 15 miljoen aan administratieve lasten op het terrein van de bouw deels gerealiseerd (€ 6 miljoen). De rest van die voorgenomen vermindering wordt echter in 2006 gerealiseerd met de invoering van de WTZi. Op het gebied van vereenvoudiging van handelingen en gebruik van ICT, is de reductie grotendeels gehaald. De stroomlijning van het declaratieverkeer is in 2005 wel op gang gekomen, maar heeft dat jaar nog niet de verwachte reductie opgeleverd. De totale reductie 2005 is uitgekomen op € 82 miljoen.

Er waren afgelopen jaar echter ook een aantal onvoorziene stijgingen van administratieve lasten. De introductie van de dbc's, de kaderregeling Administratieve Organisatie/Interne Controle en de invoering van EU-richtlijnen hebben de administratieve lasten met € 152 miljoen doen stijgen. Het netto resultaat over 2005 is hierdoor een stijging van administratieve lasten van € 70 miljoen.

Orgaan- en weefseldonatie

In 2005 is sterk geïnvesteerd in voorlichting over orgaan- en weefseldonatie. Als gevolg hiervan hebben bijna 300 000 Nederlanders het donorformulier ingevuld. Sinds de invoering van de Wet op de orgaandonatie schommelde dit aantal rond 100 000 per jaar. Minder meetbaar, maar ook zeer belangrijk zijn de vele gesprekken die waarschijnlijk naar aanleiding van de voorlichting over het onderwerp hebben plaatsgevonden. Hierdoor kunnen nabestaanden van niet-geregistreerden beter inschatten hoe hun naaste ten aanzien van de donatievraag zou hebben gereageerd. Naast

het vergroten van de bewustwording ten aanzien van orgaandonatie en het vergroten van het aantal reacties, investeren we jaarlijks in het optimale gebruik van het donorpotentieel en de stimulering van nieuwe mogelijkheden om donororganen te verkrijgen. Het aantal postmortale orgaandonoren is in 2005 met 5% afgenomen ten opzichte van 2004, het aantal postmortale orgaantransplantaties met 1%. Dit is overigens niet het gevolg van een lager aantal gemelde donoren (265 in 2004 versus 264 in 2005), maar van een groter afkeuringpercentage van donoren door medici waardoor uiteindelijk in 2005 alleen van 217 donoren sprake was in plaats van 228 in 2004.

Budgettaire consequenties van de beleidsprioriteiten 2005

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 ontwerp-begroting 2005 en de realisatie 2005.

Tabel 1: Begrotingsgefinancierde beleidsprioriteiten (bedragen x € 1 000)				
Beleidsprioriteit	Begroting 2005	Realisatie 2005	Vershil	Toelichting verschil raming realisatie
1 Zorgverzekeringswet	19 150	16 339	- 2 811	Enkele onderdelen van de massamediale campagne voor de invoering van de Zvw zijn de laatste maanden van het jaar aangepast. Tevens was de opvang Publieksvragen via Postbus 51 minder omvangrijk dan verwacht.
2 DBC's	21 055	16 504	- 4 551	Vertraging in de uitvoering van DBC-projecten.
3 Eerstelijnszorg	1 116	495	- 621	De uitvoering van een aantal projecten op het gebied van palliatieve zorg is vertraagd.
4 Sneller Beter	650	1 058	408	Door het succes van het Sneller-Beter-programma zijn er meer activiteiten ontwikkeld dan oorspronkelijk gepland.
5 Functiegerichte bekostiging AWBZ	1 650	1 500	- 150	De invoering van de functiegerichte bekostiging voor intramurale zorg is heroverwogen. De invoering van een herzien systeem bekostiging in de zorgzwaartepakketten is verschoven van 2006 naar 2007.
6 Indicatiestelling CIZ	171 608	175 569	3 961	Het verschil komt door het toekennen van extra bedragen voor de indicatiestelling in de GGZ-sector en voor het versneld afschrijven van inventaris.
7 Wmo	3 000	4 900	1 900	Er zijn in de loop van 2005 extra middelen beschikbaar gesteld voor de implementatie van de Wmo.
8 Jeugdzorg en wet op Jeugdzorg	831 869	879 585	47 716	Overdracht van taken van Justitie en extra middelen voor het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling en uithuisplaatsingen.
9 Bestrijden van infectieziekten	59 894	63 951	4 057	Vertraging in de afsluiting van het vaccincontract ter voorbereiding op de griepdemonie en de betaling aan het agentschap NVI om het eigen vermogen op peil te brengen.
10 Extra opleidingen in de zorg	10 000	8 650	- 1 350	Nieuwe bevoorschottingsregels en vertraging in de voortgang van project «Nieuwe Bekostiging Opleidingen» (NBO).
11 Operatie Jong	0	968	968	In de loop van het jaar zijn bijdragen ontvangen van overige departementen.
12 Orgaan- en weefseldonatie	9 376	12 054	2 678	Hogere uitgaven dan geraamd door activiteiten om de registratiegraad van de Nederlandse bevolking in het Donorregister te verhogen.

Tabel 2 heeft betrekking op de premiegefinancierde beleidsprioriteiten. In deze tabel wordt ingegaan op de verschillen tussen de in de ontwerp-begroting 2005 opgenomen intensiveringen en ombuigingen en de voor-

lopige 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 2005	Realisatie 2005	Verschil	Toelichting verschil raming realisatie
1. Niet meer vergoeden van niet strikt medisch noodzakelijke behandelingen	- 70,0	- 35,0	35,0	Uit de uitvoeringstoets van het College voor Zorgverzekeringen blijkt dat de opbrengst van de per 1 januari 2005 ingevoerde pakketmaatregelen curatieve zorg (onder andere behandelingen bij snurken, borstprotheses anders dan bij amputatie, correcties van de oorstand, bovenoogleden en buikwand) geen € 70 miljoen, maar € 35 miljoen bedraagt.
2. Aanpak doelmatigheid in ziekenhuizen (via convenant)	- 240,0	- 240,0	0,0	De doelmatigheid is gerealiseerd door verwerking in de CTG-budgetten van de ziekenhuizen.
3. Prijsverlaging door convenant geneesmiddelen	- 685,0	- 685,0	0,0	De beoogde opbrengst van het convenant is gerealiseerd.
4. Extra middelen voor innovatie en ICT-investeringen in de AWBZ	15,0 + PM	75,0		Bovenop de middelen voor innovatie is in het convenant aanvankelijk € 10 miljoen gereserveerd voor ICT. In 2005 is aanvullend hierop € 50 miljoen extra beschikbaar gesteld.
5. Extra middelen voor chronisch zieken	25,0	25,0	0,0	Dit bedrag is ingezet om vijf clusters van zelfzorgmiddelen weer terug te brengen in het pakket (€ 12 miljoen). Daarnaast is € 13 miljoen beschikbaar gesteld om de hardheidsclausule van de regeling zittend ziekenvervoer soepeler toe te kunnen passen.

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 2005 zijn:

- ZonMw en RIVM hebben een overzicht gemaakt van kansrijke en kosteneffectieve preventie-interventies.
- De wijkgerichte bevordering van gezondheid is opgenomen in het Beleidskader grotestedenbeleid (2005–2009).
- Een actieprogramma is ontwikkeld om de kwaliteit van de collectieve preventie te versterken.
- De kennis en ervaring over infectieziektebestrijding is gebundeld in één organisatie: het Centrum Infectieziektebestrijding.
- Het programma Diabeteszorg Beter is ontwikkeld.
- De minimale interventiestrategie «stoppen met roken in de huisartsenpraktijk» is landelijk ingevoerd.
- Om het aantal volwassenen met overgewicht niet verder te laten toenemen en het aantal kinderen met overgewicht te verminderen is een convenant overgewicht opgesteld met maatschappelijke organisaties.
- Ter voorkoming van alcoholmisbruik is een alcoholbeleidsbrief naar de Tweede Kamer gestuurd.
- Extra maatregelen zijn getroffen ter voorkoming van letsels bij kwetsbare doelgroepen zoals jonge kinderen en ouderen.

21.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begroting

(x € 1000)						
	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2005	2005	2005
Verplichtingen	224 439	1 197 267	288 971	528 651	234 884	293 767
Uitgaven	243 208	434 573	440 180	489 625	458 392	31 233
Programma-uitgaven	238 023	428 140	433 861	482 452	452 246	30 206
Gedraggerichte gezondheidsbevordering <i>waarvan bijdragen aan baten-lastendiensten</i>	15 428	24 956	16 461	11 795	16 859	- 5 064
Vermijden onnodige ziektelast door chronische ziekten	3 462	3 386	2 842	2 705	2 462	243
Bestrijden van infectieziekten <i>waarvan bijdragen aan baten-lastendiensten</i>	38 982	38 629	28 209	63 952	59 894	4 058
Toegankelijkheid en kwalitatieve voorz. preventieve zorg	21 851	189 906	191 573	195 210	195 873	- 663
<i>waarvan specifieke uitkeringen</i>	17 456	184 698	185 773	187 428	185 796	1 632
Bevorderen gezonde en veilige leefomgeving	0	0	911	747	1 740	- 993
Coördinatie/nazorg bij crises en rampen	17 612	11 045	6 780	3 936	6 527	- 2 591
Consumenten- en productveiligheid <i>waarvan bijdragen aan baten-lastendiensten</i>	81 220	88 872	86 673	89 397	84 467	4 930
Programmering onderzoek/ontwikkeling <i>waarvan bijdrage aan zbo's</i>	59 468	71 346	100 412	114 710	84 424	30 286
<i>waarvan bijdragen aan baten-lastendiensten</i>	7 143	7 138	6 888	6 797	6 493	304
			24 602	38 108	21 697	16 411
Apparaatsuitgaven	5 185	6 433	6 319	7 173	6 146	1 027
Ontvangsten	28 310	8 784	9 214	11 889	8 755	3 134

Toelichting op de belangrijkste verschillen

Programma-uitgaven

Gedraggerichte gezondheidsbevordering

Het verschil wordt verklaard door een verlaging van de uitgavenraming in verband met de technische overheveling naar de operationele doelstelling «Consumenten- en productveiligheid» (- € 5,3 miljoen) en hogere uitgaven voor voorlichtingscampagnes ter preventie van roken en drankgebruik (€ 0,3 miljoen).

Vermijden onnodige ziektelast door chronische ziekten

Overheveling van operationele doelstelling «Bestrijden van infectieziekten» voor projecten op het terrein van diabetes en dyslexie (€ 3,9 miljoen). Overheveling naar de premiemiddelen voor de 2e fase van het project dyslexie (- € 1,4 miljoen) en naar de operationele doelstelling «Programmering onderzoek en ontwikkeling» (- € 1,6 miljoen). Lagere uitgaven door vertraging van het onderzoeksprogramma Vroegtijdige opsporing mensen met Diabetes (- € 0,5 miljoen). Tot slot is er een onderuitputting opgetreden (- € 0,2 miljoen).

Bestrijden van infectieziekten

Het verschil wordt voor een belangrijk deel verklaard uit de wijzigingen die bij eerste (€ 14,6 miljoen) en tweede suppletore begroting (– € 9,6 miljoen) zijn opgenomen. De belangrijkste wijzigingen waren de verhoging van de uitgavenraming voor de aanschaf van antivirale middelen en pneumokokkenvaccin (€ 26,0 miljoen) en de overheveling naar de operationele doelstellingen «Programmering onderzoek en ontwikkeling» (– € 10,6 miljoen) in verband met uitvoering van programma's door ZorgOnderzoek Nederland en het agentschap RIVM, naar «Vermijden onnodige ziektelast door chronische ziekten» (– € 3,9 miljoen) en naar «Consumenten- en productveiligheid» (– € 2,4 miljoen).

De belangrijkste mutaties na tweede suppletore begroting zijn een overheveling naar de operationele doelstellingen «Toegankelijkheid en kwaliteit preventieve zorg» (– € 1,0 miljoen) voor de introductie in Nederland van het Parent Management Training Oregon Model (PMTO) en «Programmering onderzoek en ontwikkeling» (– € 2,6 miljoen) voor de meerkosten van de streeklabs. Minder uitgaven dan verwacht voor de opslag van het pokkenvaccin (– € 0,8 miljoen) en vertraging in de afsluiting van een contract ter voorkoming van een griepandemie (– € 2,0 miljoen). Tot slot heeft een overschrijding plaatsgevonden door een betaling (€ 5,6 miljoen) aan het agentschap Nederlands Vaccin Instituut (NVI) om het eigen vermogen op peil te brengen om als adequate buffer voor risico's te dienen en als financieringsbron voor de vaste kern van de voorraden.

Toegankelijkheid en kwalitatieve voorzieningen preventieve zorg

Het verschil wordt grotendeels verklaard door een verhoging van de uitgavenraming voor de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (€ 1,7 miljoen) en een overheveling van de operationele doelstelling «Bestrijden van infectieziekten» voor de introductie in Nederland van het Parent Management Training Oregon Model (PMTO) (€ 1,0 miljoen). Voorts heeft een overheveling plaatsgevonden naar de operationele doelstelling «Programmering onderzoek en ontwikkeling» (– € 3,0 miljoen) in verband met uitvoering van programma's door ZorgOnderzoek Nederland en het agentschap RIVM. Tot slot is bij tweede suppletore begroting de uitgavenraming verhoogd met € 25,0 miljoen voor de invoering van het Elektronisch kinddossier jeugdgezondheidszorg (EKD). Door een vertraging in de uitvoering van het EKD is dit bedrag niet uitgegeven.

Bevorderen gezonde en veilige leefomgeving

Het verschil wordt grotendeels verklaard door een overboeking naar het ministerie van SZW voor de Commissie Het Werkend Perspectief (– € 1,2 miljoen).

Coördinatie/nazorg bij rampen en crisis

Het verschil wordt voor het belangrijkste deel verklaard door de vrije ruimte in het budget voor het opvangen van rampen en crisis. Deze wordt conform afspraak jaarlijks bij tweede suppletore wet opnieuw gealloceerd (– € 2,5 miljoen).

Consumenten- en productveiligheid

Het verschil wordt voor een belangrijk deel verklaard door de mutaties in de eerste en tweede suppletore begrotingen. Zo werd met betrekking tot de Voedsel en Warenautoriteit de uitgavenraming verhoogd wegens een structuurwijziging in de administratie (€ 5,3 miljoen), een exploitatiekort wegens boventaligheid (€ 1,3 miljoen), extra handhavingsinspanning door nieuwe EU-regelgeving (€ 0,6 miljoen), oude p-problematiek (€ 0,6 miljoen) en een daling van de werkdruk (€ 0,4 miljoen). De uitgaven-

raming werd verlaagd wegens het niet meer benodigde budget voor de modernisering van de vleeskeuring (– € 3,0 miljoen) en het lager uitvallen van de regelingsafspraken (– € 1,5 miljoen). Voorts werd de uitgavenraming onder andere verhoogd voor activiteiten ter vermindering van de administratieve lasten in de zorgsector (€ 0,5 miljoen) en werd een bedrag overgeheveld van de operationele doelstelling «Bestrijden van infectieziekten» voor de intensivering van letselpreventie (€ 0,6 miljoen).

Programmering onderzoek/ontwikkeling

Het verschil wordt voor het belangrijkste deel verklaard door overheveling van gelden naar de centrale budgetten van ZorgOnderzoek Nederland (€ 14,0 miljoen) en het agentschap RIVM (€ 17,5 miljoen) in verband met uitvoering van programma's. Verder zijn er minder uitgaven dan verwacht door vertraging van de start van een aantal programma's bij ZorgOnderzoek Nederland (– € 0,7 miljoen) en het agentschap RIVM (– € 0,4 miljoen).

Apparaatsuitgaven

Hogere uitgaven door overheveling van de apparaatskosten uit artikel 24 in verband met de reorganisatie van een directie (€ 0,7 miljoen) en overheveling uit de operationele doelstelling «Toegankelijkheid en kwaliteit voorzieningen preventieve zorg» voor de projectorganisatie Antiviraal/griep pandemie (€ 0,15 miljoen). Voorts heeft er een overschrijding plaatsgevonden (€ 0,15 miljoen).

Ontvangsten

Verlaging van de ontvangstenraming wegens een te hoge raming bestuurlijke boetes (– € 1,2 miljoen) en een niet meer te ontvangen bijdrage sinds de verhuizing van de Keuringsdienst van Waren naar een eigen gebouw (– € 0,7 miljoen). Verder zijn er hogere ontvangsten als gevolg van de desalderingen van de bijdrage van het ministerie van EZ voor de Informatisering Jeugdgezondheidszorg (€ 0,8 miljoen) en het Medisch Onderzoek Vliegkamp Bijlmermeer (€ 0,5 miljoen). Tot slot zijn er hogere ontvangsten dan geraamd als gevolg van in het verleden te hoog verstrekte subsidievoorschotten (€ 3,7 miljoen).

Premie

Bedragen x € 1 miljoen

	Definitieve realisatie 2003	Volume	Nominiaal	Technisch	Definitieve realisatie 2004	Volume	Nominiaal	Technisch	Voorlopige realisatie 2005
	213,1	22,8	1,1	0,2	237,2	– 6,6	1,2	– 25,9	205,9
<i>Uitsplitsing volumemutatie</i>									
productie				2004	2005				
OVERIG				– 2,8	7,7				
Totaal				25,6	– 14,3				
				22,8	– 6,6				

Bovenstaande tabel geeft aan hoe de uitgavenontwikkeling tussen 2003 en 2004 respectievelijk tussen 2004 en 2005 is samengesteld. De nominale uitgavenontwikkeling is het gevolg van loon- en prijsbijstellingen in de verschillende deelsectoren. De volumeontwikkeling in 2004

(€ 22,8 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.

De hogere uitgaven voor productie in 2005 wordt voornamelijk veroorzaakt door hogere uitgaven in het kader van het Rijksvaccinatieprogramma (€ 5,9 miljoen). De volumeontwikkeling in 2005 onder overig houdt voornamelijk verband met de incidenteel hogere uitgaven voor dieetadvisering in 2004.

De technische mutatie (-/- € 25,9 miljoen) is voornamelijk het gevolg van het overhevelen van de uitgaven voor dieetadvisering naar artikel 22.

Bedragen x € 1 miljoen

Sectoren	Voorlopige realisatie 2004 in Jaarverslag 2004	Definitieve realisatie 2004	Vershil 2004	Raming 2005 in begroting 2005	Voorlopige realisatie 2005	Vershil 2005
Preventieve zorg (premie)	190,0	189,6	- 0,4	200,2	196,2	- 4,0
Ouder- en kindverzorging/ dieetadvisering	47,4	47,7	0,3	34,7	9,8	- 24,8
Groeiruimte preventie en gezondheidsbescherming	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	- 0,8
Totaal	237,3	237,2	- 0,1	235,6	205,9	- 29,7
Uitsplitsing verschil		Nominaal Volume	0,0 - 0,3		Nominaal Volume	- 0,6 i 3,7
		Technisch/ statistisch	0,2		Technisch/ statistisch	- 25,4
		Totaal	- 0,1		Totaal	- 29,7

Toelichting op de definitieve uitgaven 2004

Bovenstaande tabel geeft aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2004 sinds het Jaarverslag 2004. Per saldo betreft dit een mutatie van € 0,1 miljoen.

Toelichting op de voorlopige uitgaven 2005

De tabel geeft tevens aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2005 sinds de Begroting 2005.

De lagere ontwikkeling voor nominaal (-/- € 0,6 miljoen) is het saldo van nadere loon- en prijsbijstelling in deze sector. Het lagere volume in 2005 (-/- € 3,7 miljoen) is een saldo van diverse in omvang geringe mutaties, waarvan de belangrijkste is lager dan geraamde uitgaven voor subsidies via het CVZ (-/- € 6,6 miljoen). De technische mutaties (-/- € 25,4 miljoen) is voornamelijk het gevolg van het overhevelen van de uitgaven voor dieetadvisering naar artikel 22 (€ 27,3 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 2005 met een vijfde ten opzichte van 1999 (totaal 2005: 27,7%).	Nee
2. Verder werken aan het optimaliseren van tabakspreventie via diverse beleidsinstrumenten door voorlichting en wet- en regelgeving. Hierbij zijn Rookvrije sportkantines en horecavoorzieningen een belangrijk oogmerk.	Ja
3. Lokaal tabaksbeleid stimuleren bij gemeenten en Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en).	Ja
4. De (parlementaire) ratificatieprocedure door Nederland, samen met de EU en haar andere lidstaten, van het mondiale Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)-Tabaksverdrag zal worden afgerond.	Ja
5. Er worden subsidies verleend aan Stichting Volksgezondheid en Roken-Rookvrij (Stivoro) voor voorlichtingsactiviteiten en, via Zorg Onderzoek Nederland en Medische Wetenschappen (ZonMw), een campagne niet-roken.	Ja
6. De handhavingactiviteiten zullen zich in 2005 concentreren op de rookvrije werkplek en andere rookverboden. Verder is de bescherming van de jeugd ook in 2005 een speerpunt, en dus het toezicht op de naleving van de leeftijdsgrenzen uit de Tabakswet en de Drank- en Horecawet.	Ja
7. Meer bewegen: een stijging van het percentage mensen dat voldoet aan de normactiviteit gezond bewegen.* Bewegingsarmoede moet dalen van 12% (1998) naar 10% in 2005 en 8% in 2010 (uitgedrukt als een afname van inactiviteit). Bij burgers moet de kennis van voldoende bewegen (uitgedrukt als een toename van bekendheid met de inhoud van de Nederlandse Norm Gezond Bewegen) toenemen, van 0% (1998) tot 50% in 2005 en 75% in 2010.	Zie artikel 35/Sport
8. De hoeveelheid lichaamsbeweging wordt vooralsnog in samenhang met sportdeelname, sportblessures en letsels in het algemeen gepeild binnen de landelijke enquête Ongevallen en Bewegen in Nederland (Obin). Op dit moment worden de voorbereidingen getroffen voor een nieuwe meetperiode na medio 2005.	Ja
9. Gezond eten: een toename van het percentage mensen dat voldoet aan de Richtlijnen Goede Voeding (RGV)** en de voedingsnormen. Prioriteiten voor 2005 zijn het bevorderen van groente- en fruitconsumptie en het verminderen van de inname aan verzadigd vet en transvetzuren***.	Gedeeltelijk
10. Gezond eten: in 1997/1998 was de energie-inname aan verzadigd vet 14%. Wij streven naar een daling tot 10% in 2010. In 1997/98 was de energie-inname aan transvetzuren 2%. Wij streven naar maximaal 1% transvetzuren in 2010.	Gedeeltelijk
11. Stimuleren van het geven van borstvoeding door voorlichting.	Ja
12. We streven ernaar dat het percentage mensen met overgewicht respectievelijk obesitas over de hele linie niet verder stijgt. Bij kinderen is het doel een reductie. We hebben het RIVM gevraagd om, op grond van de kosten en effecten van effectieve maatregelen ter preventie van overgewicht of gewichtstoename, een rapport over een realistisch beleidsdoel voor overgewicht over 5 en 10 jaar op te stellen.	Gedeeltelijk
13. De voedselconsumptiepeiling (VCP) is hét instrument om het voedingsbeleid te monitoren, zowel op het gebied van verantwoorde voeding als van voedselveiligheid. Er is een nieuw systeem voor de VCP in ontwikkeling.	Ja
14. In 2005 zullen we specifiek onderzoek doen naar de voedselconsumptie bij kinderen.	Gedeeltelijk
15. Het Voedingscentrum continueert onder meer de voorlichting en informatie over borstvoeding, groente- en fruitconsumptie en vetten (transvetzuren en verzadigde vetzuren).	Ja

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
16. Matig drinken: alcoholmatiging bevorderen en het risico op alcoholgerelateerde problemen beperken. Concreet streven we ernaar het percentage probleemdrinkers te verminderen en excessief alcoholgebruik (met name het zogenaamde «binge drinking» onder jongeren) te voorkomen. In de beleidsbrief over alcohol en jongeren, die we begin 2005 aan de Tweede Kamer hebben aangeboden, komt een nieuw streefcijfer voor preventie van alcoholmisbruik onder jongeren.	Ja
17. Om vooral de lokale handhaving te verbeteren is voor medio 2005 een wijzigingsvoorstel Drank- en Horecawet in voorbereiding.	Nee
18. Voor het alcoholbeleid zullen we met een enquête onderzoeken of de leeftijdsgrenzen in de Drank- en Horecawet worden nageleefd. Ook zal de Stichting Alcoholpreventie de praktijk van de alcoholmarketing monitoren.	Ja
19. Er wordt subsidie verleend aan het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) voor het geven van voorlichting over alcohol. Via ZonMw wordt een campagne matig drinken gefinancierd.	Ja
20. Veilig vrijen: het percentage jongeren stabiliseren (72%) dat bij wisselende seksuele contacten altijd of bijna altijd veilig vrijt.	Nee
21. Er wordt subsidie verleend aan het seksueel overdraagbare aandoeningen Acquired Immune Deficiency Syndrome Nederland (soa AIDS) voor het geven van voorlichting over veilig vrijen.	Ja

* 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.

** De Gezondheidsraad brengt advies uit over de Richtlijnen Goede Voeding (RGV) en de voedingsnormen. In 2005 wordt een herziene versie van de RGV verwacht.

*** Transvetzuren zijn voor de volksgezondheid de meest ongunstige vetzuren.

Toelichting:

1. Het percentage rokers in 2005 is 27,7 (TNS/NIPO (CIPI 1)).
2. Het traject «kortdurend stopadvies via de zorgsector» is gestart in 2005. STIVORO heeft in maart 2005 alle huisartsen een ondersteuningspakket voor het kortdurend stopadvies gestuurd. Intussen blijkt uit TNO-NIPO onderzoek (in opdracht van STIVORO uitgevoerd) dat de Nederlandse huisartsen hiervan op grote schaal gebruik maken; 54% werkt er op dit moment mee en het aantal groeit. Dit «kortdurende stopadvies door de huisarts» levert jaarlijks naar schatting 25 000 extra ex-rokers op.
3. In 2005 heeft STIVORO een pilot uitgevoerd en een handleiding ontwikkeld voor het opzetten van lokaal rookbeleid in gemeenten. In 2006 volgt de landelijke implementatie en worden alle gemeenten in Nederland voorzien van de ontwikkelde materialen.
9. en 10. Er zijn nog geen nieuwe cijfers bekend. In 2006 start de voorbereiding voor een geplande meting bij de bevolking in 2007–2010.
12. Pas in de begroting 2006 zijn gekwantificeerde doelstellingen opgenomen. Het in 2005 afgeronde RIVM-rapport (260701001/2005) vormt mede de basis hiervoor.
14. De voedselconsumptiepeiling bij kinderen is vertraagd door de Europese aanbestedingsprocedure en daardoor pas in het najaar 2005 van start gegaan. De peiling zal worden vervolgd in 2006; de eindrapportage wordt verwacht in het voorjaar van 2007.
17. De voorbereiding van het wetsvoorstel heeft meer tijd in beslag genomen en is nu voorzien voor 2006.
20. De voorlopige cijfers (Rutgers Nisso Groep «Veilig Vrijen en condoomgebruik bij jongeren en jongvolwassenen, stand van zaken december 2005» (CIPI 1)) laten zien dat in 2005 68% van de jongeren altijd of bijna

altijd veilig vrijt met losse partners. Dit is een stijging ten opzichte van 2004 (65%).

21.3.2 Vermijden van onnodige ziektelast door chronische ziekten

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Stijging van het aantal opgespoorde mensen met familiale hypercholesterolemie (6 500/2003).	Gedeeltelijk
2. Stijging van de deelname aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker (79% / 2001)	Ja
3. Stijging van de deelname aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker (62–64% / 2001).	Ja
4. Handhaven van het bereik van de hieprijk op 99%.	Ja
5. Er worden subsidies verstrekt voor projecten en aan diverse instellingen.	Ja
6. Het RIVM verzamelt gegevens over incidentie, prevalentie, trends en ziektegevolgen van belangrijke chronische ziekten (<i>RIVM rapport 2608011001: Modulering van chronische ziekten</i>).	Ja
7. Voor diabetes analyseert het RIVM de preventiemogelijkheden en de effecten daarvan op het aantal diabetici en zorggebruik en -kosten.	Ja
8. Het College voor Zorgverzekeringen onderzoekt de kosteneffectiviteit en doelmatigheid van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker.	Ja
9. Het College voor Zorgverzekeringen onderzoekt tevens de mogelijkheden om grootschalige screening op darmkanker uit te voeren.	Ja
10. In 2005 starten wij samen met cliëntenorganisaties, zorgverzekeraars, behandelaars en lokale overheden met het actieprogramma Diabeteszorg Beter, dat loopt tot 2009.	Ja
11. Wij starten in 2005 met de uitvoering van het Nationaal Programma Kankerbestrijding (NPK).	Ja
12. Rondom diabetes vindt voorlichting plaats via een publiekscampagne en aan zorgverzekeraars.	Ja
13. Via de regeling Subsidies AWBZ en Ziekenfondswet (ZFW) worden subsidies verstrekt.	Ja
14. Digitale röntgentechniek invoeren bij het bevolkingsonderzoek.	Nee

Toelichting:

- In 2004 zijn 1 600 mensen getraceerd, de planning was 1 860. Inmiddels zijn 8 100 mensen opgespoord (Stichting Opsporing Erfelijke Hypercholesterolemie, CIPI 3)
- In 2005 was het percentage 80%, na een daling in 2004 door de uitbreiding van de leeftijd naar 75 jaar College voor zorgverzekeringen (CVZ), CIPI 3).
- Het percentage deelname aan bevolkingsonderzoek was in 2003 65,6%. Ten opzichte van 2002 (64%) een stijging van 1,6%. Het is nog niet mogelijk om gegevens aan te leveren over 2004/2005 (CVZ, CIPI 3).
- De invoering van de digitale röntgentechniek is vertraagd door de overgang van de coördinatie van het bevolkingsonderzoek naar het RIVM.

21.3.3 Bestrijden van infectieziekten met ernstige klachten of overlijdensrisico

Voorgenomen Beleidsprestaties		
1. Het behouden van een vaccinatiegraad van boven de 95% voor het Rijksvaccinatie-programma (RVP).	Ja	
2. Voor het Nationale Programma Grieppreventie streven we naar een vaccinatiegraad van boven de 75%.	Ja	
3. Het percentage deelnemers aan het Vaccinatieprogramma hepatitis B dat vaccinatieschema geheel heeft doorlopen ligt boven de 60%.	Ja	
4. Stijging van het percentage ziekenhuizen met een surveillance-systeem voor ziekenhuisinfecties (48% / 2003).	Ja	
5. Er worden subsidies verstrekt voor projecten en aan diverse instellingen.	Ja	
6. Verlenen van een financiële bijdrage aan de Agentschappen NVI en RIVM.	Ja	
7. We richten een centrum voor infectieziekten in, zodat kennis en ervaring op één centraal punt worden gebundeld.	Ja	
8. Het RIVM ondersteunt in 2005 de voorbereiding op grootschalige epidemieën via onderzoek.	Ja	
9. In 2005 wordt geëvalueerd hoe het draaiboek infectieziektenbestrijding gewerkt heeft bij lokaal gebruik.	Ja	
10. In 2005 vindt besluitvorming plaats inzake herziening van de internationale Gezondheidsregeling (IHR) van de WHO.	Ja	
11. In 2005 moderniseert en verbetert het RIVM de voorlichting aan ouders en consultatiebureau-artsen over het Rijksvaccinatieprogramma verder.	Ja	
12. Een voorlichtingscampagne om veilig vrijen te bevorderen wordt uitgevoerd via ZonMw.	Ja	
13. Via de regeling Subsidies AWBZ en ZFW worden subsidies verstrekt.	Ja	
14. Het RVP wordt gefinancierd op basis van de AWBZ.	Ja	
15. Een extra beveiligd laboratorium bouwen bij het RIVM.	Nee	

1. RIVM rapport 210 021 004/2005 Vaccinatietoestand Nederland per 1 januari 2005, CIPI 1.
2. College voor Zorgverzekeringen (CVZ); Rapportage Nationaal Programma Grieppreventie 2004, CIPI 1.
3. GGD Nederland HBV-campagne, CIPI 3.
4. PREZIES, landelijke surveillance netwerk ziekenhuisinfecties, CIPI 3.
9. Inspectie voor de Gezondheidszorg: Stand van zaken regionale voorbereiding influenza-pandemie.

Toelichting:

15. Rond de bouw van het extra beveiligd laboratorium is overleg gevoerd met universiteiten, farmaceutische industrieën en internationale laboratoria over de onderzoeksprogrammering op (Bio Safety Lab, level 4) BSL4 niveau. Over de gevolgen van de initiële plannen wordt momenteel overleg gevoerd.

21.3.4 Toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige lokale voorzieningen van preventieve zorg

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Stijging van het aantal GGD'en dat is gecertificeerd voor een of meerdere Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector-schema's (HKZ) (1/2004).	Ja
2. Stijging van het aantal thuiszorgorganisaties dat is gecertificeerd voor het HKZ-schema thuiszorg (waaronder jeugdgezondheidszorg voor 0–4 jarigen).	Nee
3. In 2006 heeft 100% van de gemeenten een nota Gezondheidsbeleid niet ouder dan 4 jaar.	Ja
4. Stabilisering/stijging van het percentage kinderen waarvoor een consultatiebureau bereikbaar is op 4 kilometer of minder (93%/2001).	Nee
5. Er worden subsidies verstrekt voor projecten en aan diverse instellingen.	Ja
6. Om de lokale bestuurlijke slagkracht verder te versterken gaan we na of en hoe de taken uit de Wet Collectieve Preventie (WCPV) onderdeel kunnen vormen van de nieuwe Wet op de maatschappelijke ondersteuning (WMO).	Ja
7. De Jeugdgezondheidszorg 0–19 jaar wordt aanvullend gefinancierd met de tijdelijke regeling «specifieke uitkering jeugdgezondheidszorg».	Ja
8. In 2005 financieren wij gezamenlijk met de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) enkele academische werkplaatsen.	Ja
9. Om de regionale gezondheidsgegevens vergelijkbaar te maken, wordt door het RIVM de Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid ontwikkeld.	Ja
10. De IGZ onderzoekt in 2005 de kwaliteit en de toegankelijkheid van de openbare gezondheidszorg.	Ja

3. Giesbers H (RIVM), Peppelenbos M (GGD Nederland). Stand van zaken lokale nota's gezondheidsbeleid september 2005. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid, 23 september 2005, CIPI 1.

10. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de gezondheidszorg 2005: Openbare gezondheidszorg: hoe houden we een volk gezond?

Toelichting:

1. ZonMw voert samen met de VNG, GGD-NL en Z-Org het programma Beter Voorkómen uit tot medio 2008. Dit programma is er onder andere op gericht de certificering van instellingen op basis van de door de stichting HKZ ontwikkelde certificatieschema's te bevorderen. Op 31 december 2005 waren 3 GGD'en gecertificeerd voor het deelschema infectieziektebestrijding, 1 GGD was gecertificeerd voor het deelschema jeugdgezondheidszorg (JGZ) 0–19 en 3 Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen-bureaus (GHOR) instellingen waren gecertificeerd voor het HKZ-schema GHOR (CIPI 3).
2. In juni 2005 is een nieuw deelschema thuiszorg/JGZ 0–19 beschikbaar gekomen. Het onderdeel JGZ 0–4 van het schema voor de thuiszorgorganisaties komt hiermee te vervallen, zodra de thuiszorg/JGZ-instelling zich laat hercertificeren. Herregistratie vindt plaats op basis van het nieuwe deelschema JGZ 0–19. Het deelschema JGZ 0–4 blijft tot de herregistratie gedurende een overgangstermijn van circa 3 jaar geldig.
3. In 2005 heeft 87% van de gemeenten een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid vastgesteld en in uitwerking genomen. De overige 13% werkt nog aan de ontwikkeling van deze nota.
4. Het RIVM heeft in 2000 onderzoek gedaan naar de geografische bereik-

baarheid van de JGZ en herhaalt dit nu. Half januari 2006 is de meting uitgevoerd. De uitkomsten hiervan zijn nog niet bekend.

6. Resultaat is, dat alleen de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg vanuit de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) in de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) wordt ondergebracht. De rest van taken blijft onderdeel uitmaken van de WCPV.

21.3.5 Bevorderen gezonde en veilige leefomgeving

Voorgenomen beleidsprestaties	
1. Stijging van het aantal gecertificeerde consultants gezondheidsbevordering op de werkplek (100 / 2004).	Ja
2. Stijging van het aantal bedrijven met een Models-of-Good-practice-certificaat (voorbeeldfunctie op het gebied van gezondheidsbevordering (14/1999–2002).	Ja
3. Er worden subsidies verstrekt voor projecten en aan diverse instellingen.	Ja
4. Eén van de doelstellingen van de tweede convenantperiode van het Beleidskader Grotestedenbeleid 2005–2009 is de gezondheidsachterstanden in te lopen bij mensen met een lage opleiding en een laag inkomen. Hierin krijgt de bestrijding van overgewicht extra aandacht.	Gedeeltelijk
5. In het Actieprogramma Gezondheid en Milieu (2002–2006) zetten wij er samen met VROM op in gezondheidsverlies door milieufactoren terug te dringen en ongerustheid van burgers weg te nemen over gezondheidsrisico's door milieu-incidenten. In 2005 ligt de focus op kinderen en wordt het Childeren's Enviremont and Health Actionplan for Europe (CEHAPE) uitgevoerd, dat in WHO-verband is opgesteld.	Gedeeltelijk
6. In 2005 verricht het RIVM onderzoek op het terrein van monitoring van sociaal-economische gezondheidsverschillen, lokaal gezondheidsbeleid en milieu.	Ja
7. In het kader van het Programma Preventie financiert ZonMw projecten op het gebied van lokaal gezondheidsbeleid en allochtonen.	Ja

1. en 2. Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie, CIPI 3

Toelichting:

4. Met de grote steden zijn concrete prestatieafspraken gemaakt over de aanpak van overgewicht bij 0–19-jarigen via de JGZ. Zie de brief van 13 mei 2005 van Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties aan Tweede Kamer inzake Prestatieafspraken 2005–2009 in het kader van het Grotestedenbeleid.
5. In 2005 is gestart met activiteiten in het kader van de in WHO-verband gemaakte afspraken over CEHAPE. RIVM heeft een inventarisatie gedaan van wat er in Nederland al gedaan en bereikt is op het gebied van de CEHAPE-doelen en wat nog extra aandacht nodig heeft. Besloten is dat Nederland in dit kader inzet op het verbeteren van de leefomgeving van kinderen. Op dit moment wordt hieraan gewerkt in de vorm van een actieplan Kind, Milieu en Gezondheid, dat moet aansluiten bij Operatie Jong en waarvan VROM de trekker is.

21.3.6 Adequate structuur voor crisisbeheersing en rampenbestrijding en de geneeskundige hulpverlening bij rampen en ongevallen

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Het aantal draaiboeken voor rampgevoelige beleidsterreinen is 4.	Ja
2. De congruentie tussen GGD'en en veiligheidsrisico's is 100% in 2006.	Gedeeltelijk
3. Het aantal GHOR-bureaus dat tenminste 90% van de wettelijke taken uitvoert is 25 in 2007.	Gedeeltelijk
4. Het percentage GHOR-regio's dat afspraken heeft over psychosociale nazorg is 100% in 2008.	Gedeeltelijk
5. Het percentage GHOR-bureaus dat HKZ is gecertificeerd is 100% in 2008.	Gedeeltelijk
6. Er worden subsidies verstrekt voor projecten en aan diverse instellingen.	Ja
7. In het project Bescherming Vitale Infrastructuur overleggen bedrijfsleven en VWS met elkaar over de beschermingsmaatregelen die ze moeten nemen.	Ja
8. In het zogenaamde voorzittersberaad worden de drie speerpunten van het GHOR-beleid verder ingevuld. Aan het beraad nemen alle relevante partijen deel op het terrein van reguliere acute zorg en GHOR.	Ja
9. Om de kennis rond de nazorg bij rampen en grootschalige incidenten te verankeren worden een tweetal instellingen gefinancierd.	Ja
10. Op het terrein van de GHOR loopt een onderzoeksprogramma bij ZonMw naar zorg vlak na een ramp of incident («golden hour»).	Ja
11. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft gemeten hoe de GHOR functioneert.	Ja

2. t/m 5 Raad van Regionaal Geneeskundig Functionarissen (RGF'en, CIPI 3.

11. Inspectie voor de Gezondheidszorg: Stand van zaken regionale voorbereiding influenza-pandemie

Toelichting:

2. De buitengrenzen van de GGD regio's zijn nagenoeg congruent met de buitengrenzen van de veiligheidsregio's. Knelpunten bestaan nog op twee punten: de indeling en verantwoordelijkheid voor Schiphol en de incongruentie bij Lochem. Daarnaast is een stimuleringsprogramma bij de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) voor het opschalen van de GGD'en tot 25 gelijk aan de veiligheidsregio's.
3. In 2004 scoorden 2 GHOR-regio's meer dan 90% op de Octaaf monitor. Een herhaling van de monitor heeft echter niet plaatsgevonden. Verwachting is dat het gegroeid is. Op dit moment wordt een benchmark ontwikkeld en zijn de GHOR bureaus bezig met het HKZ certificatiesysteem (zie onder 5). Een van de uitgangspunten van het HKZ systeem is de kwaliteit van de afspraken.
4. Voor Psychosociale Hulpverlening na ongevallen en Rampen (PSHOR) zijn gegevens bekend voor 20 van de 25 regio's.
 - 90% van deze regio's hebben een procesplan PSHOR formeel vastgesteld, voornamelijk op basis van het landelijk model;
 - 75% hiervan hebben een opvangteam ingesteld en deze operationeel gemaakt;
 - De samenwerkingsafspraken met de ketenpartners zijn voor 100% van de regio's vastgelegd in formele afspraken;
 - 75% van de regio's beoefent de PSHOR daadwerkelijk.
5. Eind 2005 zijn 16% van alle GHOR bureaus HKZ gekwalificeerd. Voor nog ongeveer 16% zijn de vorderingen in een ver stadium.

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

a. Voedselveiligheid

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Minder voedselinfecties. Hiertoe zetten wij in eerste instantie in op een verbod op de aanwezigheid van salmonella- en campylobacterbacteriën in rauw pluimveevlees voor de consument in 2007.	Gedeeltelijk
2. In 2005 zullen onderzoeken worden voortgezet naar de belangrijkste veroorzakers en de kostenaspecten van voedselinfecties en effectieve interventie maatregelen, ook voor langdurige gezondheidseffecten.	Ja
3. De kringloop doorbreken van belangrijke ziekten die van dier op mens over kunnen gaan (zoönosen), vooral van Boviene Spongiforme Encéfalopathie (BSE).	Gedeeltelijk
4. Doordat EU-regelgeving is herzien, is ook de mogelijkheid gecreëerd om de vleeskeuring aan te passen aan de risico's van vandaag. Verder wordt tegelijkertijd ingezet op vereenvoudiging van de nationale volksgezondheidswetgeving voor vlees, door in het kader van het Kabinetsbeleid «Bruikbare Rechtsorde» de volksgezondheidsbepalingen uit Vleeskeurings-, Vee, en Landbouwkwaliteitswet te integreren in de Warenwet. Het streven is om deze integratie in de eerste helft van 2005 af te ronden.	Gedeeltelijk
5. De resistentie tegen antimicrobiële middelen terugdringen.	Ja
6. Het aantal dierproeven verminderen, vervangen, verfijnen en proefdieren verantwoord gebruiken voor onderzoek.	Gedeeltelijk
7. Er zal worden ingezet op de vaststelling van maximum toelaatbare gehalten aan agrarische-, industriële-, milieu- of procesverontreinigingen. In 2005 zal inname door kwetsbare groepen, zoals kinderen, speciale aandacht krijgen.	Ja
8. Uit het oogpunt van voedselveiligheid moeten voedselketens transparant en traceerbaar zijn. Dit geldt ook voor ketens van voedingsmiddelen die afkomstig zijn van genetisch gemodificeerde organismen (ggo's) en nieuwe voedselingrediënten.	Ja
9. Allergische reacties door voedingsmiddelen moeten worden voorkomen. Wij streven naar goede informatie en gezonde voedingsmiddelen voor consumenten. In 2005 wordt prioriteit gegeven aan evaluatie van effecten en de uitvoerbaarheid van genomen maatregelen op basis van adviezen van Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) en de Gezondheidsraad.	Nee
10. Voorkómen dat consumenten in voeding te veel of te weinig belangrijke vitaminen of mineralen gebruiken en voorkómen dat onveilige kruidenpreparaten of andere voedingssupplementen worden gebruikt. Om een open ruggetje bij baby's te voorkomen, wordt bevorderd dat vrouwen met een zwangerschapswens foliumzuurprofylaxe innemen. Gestreefd wordt dat dit profylactisch gebruik wordt verhoogd van 50% (nu) naar 70% in 2010.	Gedeeltelijk
11. Nederland zet zich in EU-verband in voor een goed werkend communautair instrument om gezondheidsclaims te beoordelen evenals voor een gezamenlijk beleid om voedingsmiddelen te verrijken.	Ja
12. Over de implementatie van de hygiëne verordeningen en verordening Feed and Food controles in VWS wetgeving zal regelmatig voorlichting worden gegeven aan het bedrijfsleven en aan instanties die controles uitvoeren.	Ja
13. Via het signaleren/adviseren en handhaven op de terreinen eet- en drinkwaren en veterinaire zaken levert het agentschap Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) een belangrijke bijdrage aan het beschermen van de gezondheid van de consument. Het principe van overheidstoezicht op controle door het bedrijfsleven is al van toepassing op de levensmiddelensector, maar zal ook van toepassing worden op de vleessector.	Ja

Toelichting:

1. In 2005 zijn de resultaten uit het Campylobacter Risk Management and Assessment (CARMA)project naar de TK gestuurd (brief 23 juni 2005, kenmerk 26 991, nr. 121). Dit was tevens de opmaat voor het in te stellen verbod op de aanwezigheid van salmonella- en campylobacterbacteriën in rauw pluimveevlees voor de consument per 2007. Begin juli 2005 is dit voorstel voor een verbod ter notificatie aangeboden in Brussel (kenmerk: 2005/0314/NL C50A).
3. De kringloop van BSE is succesvol doorbroken. Momenteel worden in EU-verband zelfs al versoepelingen van BSE-maatregelen overwogen. Voor de overige zoönosen, zoals Campylobacter komen wel steeds meer interventiemogelijkheden ter beschikking, maar de kringlopen van deze ziekten zijn nog niet geheel doorbroken.
4. Aanpassing van de vleeskeuring aan de risico's van vandaag is een meerjarenproject dat in 2005 gedeeltelijk is gerealiseerd. De vereenvoudiging van de regelgeving ten aanzien van de vleeskeuring in het kader van het project Bruikbare Rechtsorde is afgerond. Met ingang van 1 januari 2006 is LNV verantwoordelijk voor de Vleeskeuring.
6. Onderzoek naar alternatieven is veelal nog niet in de toepassingsfase. Resultaten van onderzoek naar verminderen, vervangen en verfijnen van dierproeven moeten nog geïmplementeerd worden.
9. De adviezen van de VWA zijn eind 2005 in concept verschenen maar nog niet definitief. De Gezondheidsraad (GR) heeft VWS laten weten dat hun advies pas in het voorjaar van 2006 zal verschijnen. Er is hierover een uitstelbrief aan de Tweede Kamer (TK) gezonden.
10. In de EU wordt gewerkt aan een verordening verrijking. Tot aan de implementatie van die verordening wordt Nederlands beleid ingezet. De subsidies voor projecten die moeten leiden tot meer voorlichtingsactiviteiten voor inname van foliumzuurprofylaxe zijn verleend.
11. Een gemeenschappelijk standpunt inzake verrijking van levensmiddelen en gezondheidsclaims is eind 2005 gepubliceerd in het EU-publicatieblad (nummers 9857/3/05 en REV 3 en 9858/3/05 REV 3 ADD 1).

b. Productveiligheid en letselpreventie

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Verdere afname van het aantal privé-ongevallen. In 2006 moet het aantal ongevallen in ieder geval met 10% ten opzichte van het niveau van begin jaren negentig zijn teruggebracht naar 630 000 spoedeisende hulpbehandelingen in ziekenhuizen.	Ja
2. De Stichting Consument en Veiligheid (C&V) doet vanuit de basis-subsidie onder andere structureel onderzoek naar kwaliteit en effectiviteit van maatregelen die ongevallen in de privé-sfeer moeten voorkomen en naar de kosten van ongevallen in de privé-sfeer. Ook zullen de indirecte kosten (ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid) in kaart worden gebracht. C&V geeft voorlichting om veilig gedrag te bevorderen en over de veiligheid van producten en de leef-omgeving. In 2005 is de in 2004 gestarte campagne «Veilig slapen» (0–4 jarigen) voortgezet.	Ja
3. Een daling van het aantal ongevallen met zeer jonge kinderen (van 0 tot 4 jaar) van 5% in 2006 ten opzichte van 2001. Toen werden in totaal 58 000 kinderen in deze leeftijdscategorie op de spoedeisende hulp behandeld.	Ja
4. Het aantal doden en gewonden als gevolg van branden moet in 2006 met 10% verminderen ten opzichte van 2001.	Gedeeltelijk
5. Een meerjarige monitor betreffende woningbranden zal inzicht moeten geven in consumentenproducten die een grote bijdrage (als veroorzaker of verspreider) leveren aan deze branden.	Nee
6. In de handelsfase en waar nodig ook in de gebruiksfase moeten onveilige (voor consumenten bestemde) producten worden geweerd die wezenlijke chemische, microbiologische of stralingsrisico's opleveren voor gezondheid en veiligheid. In 2005 zal worden bijgedragen aan de wijziging van een viertal Europese productveiligheidsrichtlijnen (speelgoed, gastoestellen, elektrotechnische producten en machines). De implementatie van de nieuwe Algemene productveiligheidsrichtlijn van de EG (APV-richtlijn, nr. 2001/95/EG) zal in 2005 zijn afgerond.	Ja
7. In 2005 zal worden bijgedragen aan de verdere ontwikkeling van de Europese Verordening betreffende chemische stoffen (REACH). Anticiperend op dit nieuwe Europese beleid zal nationaal de eigen verantwoordelijkheid van het bedrijfsleven voor wat betreft het veilig toepassen van stoffen in consumentenproducten door middel van kleinschalige projecten worden versterkt.	Ja
8. Voor tatoeages en piercings zullen voorschriften voor hygiënisch werken ter voorkoming van infecties, op basis van de daartoe te wijzigen Warenwet worden vastgesteld. De GGD zal een belangrijke rol krijgen in het kader van de bevordering van de naleving van deze voorschriften.	Nee
9. Door GGD-adviseurs zal, ten behoeve van hun rol in het toezicht op de hygiënevoorschriften voor tatoeages en piercings, een in 2004 ingezet scholingstraject in 2005 zijn doorlopen.	Ja
10. Naar aanleiding van de afgeronde evaluatie van de regelgeving, zal het Warenwetbesluit Attractie- en Speeltoestellen worden aangepast.	Gedeeltelijk
11. Het agentschap VWA bevordert het naleven van voorschriften met betrekking tot de productveiligheid van consumentenartikelen door handhaving en signalering/advisering. De in 2004 begonnen en in 2005 af te ronden verschuiving van de capaciteit van voedselveiligheid naar productveiligheid zal vooral een intensivering van activiteiten inhouden ter bescherming van de meest kwetsbare groep consumenten, te weten kinderen.	Ja

Toelichting:

1. en 3. Het aantal SEH-behandelingen in 2002 was 630 000 (Consument en Veiligheid, Letsel Informatie Systeem 1998–2002 (CIP1 1)). In verband met de doorzettende vergrijzing, toegenomen welvaart, risicozoekend gedrag, grotere mobiliteit en snel veranderende samenstel-

ling 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. Dit houdt in een verlaging met 10% van het door demografische ontwikkelingen verwachte aantal ongevallen in 2006. Het aantal ongevallen met zeer jonge kinderen is in 2002 gedaald naar 5 100 op de 100 000 kinderen.

4. Deze doelstelling loopt door tot eind 2006. Begin 2007 kan de realisatie van deze doelstelling pas worden beoordeeld. De huidige gegevens laten een daling van woningbranden zien, maar het aantal slachtoffers lijkt niet significant te dalen maar zich eerder te stabiliseren. Het is voor de evaluatie en voortzetting van het beleid op dit terrein van belang de oorzaak hiervan te achterhalen.
5. Uit het VWA-advies over de rol van consumentenproducten bij het ontstaan van woningbranden blijkt dat deze beperkter is dan voorheen werd aangenomen. Het daarvoor bestaande beleid (normstelling) volstaat. Het opzetten en onderhouden van een monitor die zich zou richten op de vraag welke producten oorzaak zijn van branden heeft daarom geen meerwaarde. Uit het advies van de VWA komt naar voren dat gedrag (onoplettendheid, risicovol gedrag) een veel grotere rol speelt. Besloten is daarom om andere beleidsinstrumenten (onderzoek en voorlichting) in te zetten om het aantal slachtoffers terug te dringen.
8. Het wetgevingstraject is vertraagd door gewijzigde inzichten in de rol en betekenis van de jaarlijks verplichte GGD-rapporten. Om tot een zo efficiënt mogelijk toezicht door VWA en GGD te komen, wordt nu in het wetsvoorstel gekozen voor een vergunningstelsel. Dit noodzaakt tot hernieuwd intensief overleg met betrokken partijen. Het wetsvoorstel ligt nu bij de Tweede Kamer en wacht op plenaire behandeling.
10. Overleg met partijen over de uitkomsten van de evaluatie en de betekenis van die uitkomsten voor de bestaande regelgeving kost meer tijd. Hierdoor heeft de aanpassing van de regelgeving vertraging opgelopen. Inmiddels is duidelijk geworden tot welke aanpassingen de evaluatie aanleiding geeft. Voor zeer risicovolle speeltoestellen zal het zwaardere eisen- en keuringsregiem, dat voorheen uitsluitend bestemd was voor attractietoestellen, van toepassing worden. Er is een begin gemaakt met deze aanpassing.

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

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. De opdrachtverlening aan ZonMw is gericht op het ontwikkelen van instrumenten voor de preventie- en zorgsector om de kwaliteit, doelmatigheid en doeltreffendheid van preventie en zorg te verhogen. ZonMw werkt daarin nauw samen met het gebied Medische Wetenschappen van NWO	Ja
2. De opdrachtverlening aan het RIVM is georganiseerd naar programma's die zijn gericht op een specifiek inhoudelijk taakgebied. Voor elk inhoudelijk taakgebied is er zowel een programma gericht op beleidsondersteuning als een programma gericht op toezicht.	Ja

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 2005 zijn:

- Vanaf 1 januari 2005 geldt de diagnose-behandelcombinatie-systematiek (DBC) voor de financieringen van de ziekenhuiszorg op basis van centraal vastgestelde tarieven.
- Er is een actieprogramma gestart om de eerstelijns te versterken. Het programma heeft een looptijd van 2 jaar.
- De regionale ondersteuningsstructuur eerstelijns is in 2005 operationeel geworden.
- In 2005 is een concept-lijst gemaakt van indicatoren waarmee de prestaties van huisartsen kunnen worden gemeten voor de benchmark huisartsen.
- De wet Big is aangepast om directe toegang fysiotherapie mogelijk te maken.
- Op 1 januari 2005 is een start gemaakt met een tweejarige proef met vrije prijsvorming binnen de fysiotherapie.
- In 2005 zijn afspraken gemaakt met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) dat per 1 januari 2006 een nieuwe bekostigingssystematiek voor de huisartsenzorg overdag geïmplementeerd wordt. Tevens is afgesproken dat er in het jaar 2006 extra geld beschikbaar komt voor praktijkondersteuning, achterstandswijken en/of veel oudere patiënten.
- Er is onder voorwaarden structureel € 12 miljoen per jaar beschikbaar gesteld voor extra ambulancewagens en -personeel om de streefnorm te halen van binnen 15 minuten gemiddeld 95% van de burgers te bereiken met een ambulance.
- Er is overeenstemming bereikt met alle koepels van acute zorgaanbieders over de verplichting deel te nemen aan het regionaal overleg acute zorgketen. Niet via de WBMV, maar via de WTZi hebben de traumacentra de initiërende rol gekregen in het regionaal overleg acute zorgketen.
- Met betrekking tot de bekostiging acute zorgverlening is een eerste slag gemaakt met de huisartsenposten. Het budget van de huisartsenposten is per 1 januari 2005 gebudgetteerd.
- Het aanbod van de electieve zorg in dagbehandeling is in 2005 verruimd door een toename van het aantal zelfstandige behandelcentra (44 extra vergunningen).
- Het jaar 2005 was het eerste uitvoeringsjaar met betrekking tot het convenant ziekenhuizen. De financiële afspraak is in de budgetten van ziekenhuizen verwerkt.
- In 2005 is een eerste aanzet gegeven voor het programma «kennisbeleid kwaliteit curatieve zorg». Binnen dit programma worden de activiteiten van het CBO voortgezet en verbreed. In juni 2005 is het jaardocument zorgbreed geworden door samenwerking met de AWBZ sector.
- Eind 2005 is de voortgang van Sneller Beter in een separate rapportage aan de Tweede Kamer gezonden. De eerste Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) rapportage is verschenen waarin ziekenhuizen

op kwaliteitsgebied met elkaar worden vergeleken. De eerste 8 ziekenhuizen hebben op 31 oktober 2005 hun eerste resultaten gepresenteerd.

22.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begroting

(x € 1000)						
	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2005	2005	2005
Verplichtingen	99 447	89 969	48 101	45 206	43 841	1 365
<i>waarvan garantieverplichtingen</i>	<i>22 301</i>	<i>11 288</i>	<i>493</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
Uitgaven	76 296	66 135	68 913	58 579	36 883	21 696
Programma-uitgaven	72 618	61 978	64 680	53 872	33 200	20 672
Spoedeisende medische hulpverlening	5 265	4 259	731	490	215	275
Eerstelijnszorg	0	0	0	508	0	508
Tweedelijns zorg	7 914	3 477	584	0	916	- 916
Effectieve en efficiënte zorgverlening	59 439	54 242	63 365	52 874	32 069	20 805
Apparaatsuitgaven	3 679	4 157	4 233	4 707	3 683	1 024
Ontvangsten	5 988	3 763	2 678	661	1 098	- 437

Toelichting op de belangrijkste verschillen

Programma-uitgaven

Spoedeisende Medische Hulpverlening

Als gevolg van het gegrond verklaren van het bezwaarschrift, dat is ingediend door de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) Amsterdam tegen een subsidievaststelling, is € 0,2 miljoen betaald.

Eerstelijns zorg

Er is subsidie verleend aan de stichting Agora, ondersteuningspunt voor de palliatieve zorg, van € 0,4 miljoen die was geraamd op de doelstelling «Tweedelijns zorg».

Tweedelijns zorg

De subsidie van € 0,4 miljoen aan de stichting Agora is verantwoord op de doelstelling «Eerstelijns zorg». Daarnaast is € 0,3 miljoen voor de realisatie van de Landelijke Meldkamer Ambulancezorg (LMAZ) verantwoord op doelstelling «Spoedeisende Medische Hulpverlening». Beide posten waren hier geraamd.

Effectieve en efficiënte zorgverlening

In het kader van de uitvoering van de garantieregelingen is VWS als borg, voor door het Rijk gegarandeerde geldleningen, aangesproken. Dit heeft geleid tot uitbetaling van circa € 23,3 miljoen aan de Bank van Nederlandse Gemeenten. Ten aanzien van het programma Sneller Beter is een bedrag van € 1,2 miljoen extra uitgegeven en er is € 0,7 miljoen subsidie verleend aan de Orde van Medisch Specialisten voor de start van het

onderzoeksprogramma «Patiënt veiligheid». Voorts is subsidie voor de ontwikkeling van een invoertool voor de Maatschappelijke verantwoording (Alivio) van € 0,5 miljoen verleend. Ook is aan het Nederlands Kanker Instituut voor ver- en nieuwbouw een extra subsidie van € 0,4 miljoen betaald. Het betreft rente en afschrijving van het niet Wet ziekenhuisvoorzieningen-deel (WZV). De structurele subsidie van € 3,4 miljoen aan het Nederlands Instituut voor eerstelijns gezondheidszorg (NIVEL) was op dit artikel geraamd, maar wordt op beleidsartikel 30 verantwoord. Voorts zijn door vertragingen, (mede) veroorzaakt door problemen die zijn ontstaan bij de totstandkoming van het huisartsenakkoord, voor € 1,6 miljoen projectactiviteiten gerealiseerd.

Premie

Bedragen x € 1 miljoen

	Definitieve realisatie 2003	Volume	Nominiaal	Technisch	Definitieve realisatie 2004	Volume	Nominiaal	Technisch	Voorlopige realisatie 2005
	17 381,2	- 263,5	273,6	2,3	17 393,7	70,9	247,8	26,4	17 738,2
<i>Uitsplitsing volumemutatie arbeidsmarkt en werkdruk</i>		2004	2005						
productie		- 29,9	10,8						
overig		619,0	319,2						
Totaal		- 852,6	- 259,1						
		- 263,5	70,9						

Bovenstaande tabel geeft aan hoe de uitgavenontwikkeling tussen 2003 en 2004 respectievelijk tussen 2004 en 2005 is samengesteld.

Uitgaven 2004

De nominale uitgavenontwikkeling is het gevolg van loon- en prijsbijstellingen en de exploitatiegevolgen van instandhoudingsbouw in de verschillende deelsectoren. De daling 2004 in de uitgaven voor arbeidsmarkt en werkdruk (- € 29,9 miljoen) wordt voor € 25 miljoen veroorzaakt door maatregelen om de kosten voor avond-, nacht- en weekeinddiensten (ANW-diensten) van huisartsen te normeren.

De extra uitgaven in het kader van productie (€ 619,0 miljoen) slaan grotendeels neer bij de ziekenhuizen en medisch specialisten (€ 446,9 miljoen). De overige uitgaven hagen grotendeels samen met hogere uitgaven in de sectoren huisartsen, fysiotherapie, tandheelkunde en overig ziekenvervoer. De neerwaartse bijstelling onder de post overig hangt samen met de effecten van de pakketmaatregelen die per 1 januari 2004 zijn doorgevoerd.

Uitgaven 2005

Bij arbeidsmarkt is er in 2005 een uitgavenstijging van € 10,8 miljoen verdeeld over verschillende onderdelen van de curatieve zorg. Dit hangt voornamelijk samen met de beëindiging van de subsidie sectorfondsen; de vrijvallende middelen zijn overgeheveld naar de verschillende sectoren, waaronder dit artikel.

De extra uitgaven voor productie in 2005 (€ 319,2 miljoen) hebben grotendeels betrekking op ziekenhuizen en medisch specialisten (€ 268,5 miljoen). Daarnaast zijn de uitgaven voor productie gestegen door hogere uitgaven bij fysiotherapie als gevolg van een stijging van het aantal

behandelingen van chronische patiënten (€ 20,2 miljoen). Verder zijn er extra uitgaven bij ambulances (€ 23,9 miljoen) als gevolg van de doorwerking van extra uitgaven 2004 en extra middelen in het kader van de motie Buijs. Ten slotte zijn er extra uitgaven bij de sectoren tandheelkundige (specialistische) zorg (€ 20,8 miljoen) en overig curatief (€ 17,2 miljoen). Daartegenover staat een daling van de uitgaven bij de kraamzorg, die onder andere samenhangt met een voortgaande daling van het aantal geboorten (€ 24 miljoen).

De daling van de uitgaven in de post overig (€ 259,1 miljoen) wordt voor het grootste deel (€ 167,4 miljoen) veroorzaakt door maatregelen bij de ziekenhuizen (pakketmaatregelen en convenant). Daarnaast leiden incidenteel hogere uitgaven in 2004 als gevolg van een overgangsregeling bij de fysiotherapie (€ 50 miljoen) en de vertraagde invoering in 2004 van de maatregel bij het zittend ziekenvervoer (€ 50 miljoen) tot een daling in de uitgaven in de post overig.

Bedragen x € 1 miljoen

Sectoren	Voorlopige realisatie 2004 in Jaarverslag 2004	Definitieve realisatie 2004	Vershil 2004	Raming 2005 in begroting 2005	Voorlopige realisatie 2005	Vershil 2005
Huisartsen	1 574,0	1 583,5	9,5	1 615,3	1 593,4	- 21,9
Gezondheidscentra	29,9	29,2	- 0,7	27,1	30,7	3,6
Tandheelkundige zorg (wettelijk deel)	403,1	402,0	- 1,1	379,7	405,8	26,1
Fysiotherapie/Oefentherapie	320,6	319,0	- 1,6	237,8	337,3	99,5
Logopedie	46,8	51,0	4,2	53,8	53,9	0,1
Ergotherapie	4,1	4,1	0,0	4,0	4,9	0,9
Verloskundige zorg	110,1	112,2	2,1	121,2	109,1	- 12,1
Kraamzorg	288,1	285,6	- 2,5	312,5	270,4	- 42,1
Algemene en categorale ziekenhuizen	9 019,1	9 164,5	145,4	9095,7	9 378,1	282,4
Academische ziekenhuizen	2 832,6	2 875,3	42,7	2 848,4	2 947,1	98,7
Overige curatieve zorg	345,5	379,6	34,1	343,2	397,8	54,6
Medisch specialistische zorg	1 635,2	1 635,2	0,0	1 600,8	1 593,3	- 7,5
Tandheelkundig specialistische zorg	89,5	89,4	- 0,1	90,8	108,1	17,3
Ambulancevervoer	312,8	303,1	- 9,7	323,1	324,3	1,2
Overig ziekenvervoer	160,1	160,0	- 0,1	116,6	119,2	2,6
Dieetadvisering	-	-	0,0	0	25,6	25,6
Groeiruimte ziekenhuizen en medisch specialisten	122,7	0,0	- 122,7	92,4	39,7	- 52,7
Demo extramurale zorg	0,0	0,0	0,0	33,7	0,0	- 33,7
Demo overig curatieve zorg	0,0	0,0	0,0	7,8	0,0	- 7,8
Totaal	17 294,2	17 393,7	99,5	17 303,9	17 738,7	434,8
Uitsplitsing verschil		Nominaal	28,2		Nominaal	103,5
		Volume	71,5		Volume	304,0
		Technisch/statistisch	- 0,2		Technisch/statistisch	27,3
		Totaal	99,5		Totaal	434,8

Toelichting op de definitieve uitgaven 2004

Bovenstaande tabel geeft aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2004 sinds het Jaarverslag 2004.

De hogere ontwikkeling voor nominaal (€ 28,2 miljoen) is het saldo van nadere loon- en prijsbijstellingen in de sector en het actualiseren van de raming van de kapitaallasten. De volumemutatie van € 71,5 miljoen heeft deels betrekking op extra uitgaven bij ziekenhuizen. Deze worden veroorzaakt door de nacalculatie van de budgetten als gevolg van onder andere een hogere productie dan afgesproken en extra specialistenplaatsen. Uit de herziene afrekening van de uitgaven in de sector curatieve zorg volgt

een bijstelling van € 34,3 miljoen, voornamelijk als gevolg van hogere uitgaven voor centra voor erfelijkheidsonderzoek en de huisartsenlaboratoriums.

Toelichting op de voorlopige uitgaven 2005

Deze tabel geeft tevens aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2005 sinds de Begroting 2005.

De hogere ontwikkeling voor nominaal (€ 103,5 miljoen) is het saldo van nadere loon- en prijsbijstellingen in de sector en het actualiseren van de raming van de kapitaallasten. Een relatief grote nominale bijstelling (€ 39,8 miljoen) heeft zich voorgedaan bij fysiotherapie waar de tarieven in 2005 met circa 14% zijn gestegen.

De volumemutatie van € 304 miljoen betreft voornamelijk extra uitgaven voor productie in ziekenhuizen (€ 163,6 miljoen) en extra uitgaven als gevolg van een besparingsverlies pakketmaatregel curatieve zorg (€ 35 miljoen) die eveneens bij de ziekenhuizen neerslaat.

Bij tandheelkundige zorg is als gevolg van doorwerking extra uitgaven 2004 sprake van een stijging van € 33,2 miljoen. Bij de tandheelkundig specialisten bedraagt de uitgavenstijging € 19,9 miljoen en bij de overig curatieve zorg € 47,2 miljoen, die voor ongeveer € 30 miljoen veroorzaakt wordt door doorwerking extra uitgaven 2004. Verder is er bij fysiotherapie sprake van een stijging van € 59,7 miljoen. Dit wordt waarschijnlijk vooral veroorzaakt door doorwerking extra uitgaven 2004. Naast deze tegenvallers zijn er op de sectoren kraamzorg en verloskundige zorg meevallers van respectievelijk € 40,3 miljoen en € 10,2 miljoen. Deze wordt waarschijnlijk verklaard door een daling in het aantal geboortes in 2005; het onder de maximumprijs contracteren van kraamzorg en verzekeraars die minder uren toedelen. Het overige deel van de volumemutatie wordt verklaard door kleinere mutaties.

De onder technisch/statistisch vermelde mutatie (€ 27,3 miljoen) hangt vrijwel volledig samen met de overheveling van de uitgaven voor dieetadvisering vanuit artikel 21.

22.3 Operationele doelstellingen

22.3.1 Een optimale zorgverlening in de eerste lijn

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Een sterke eerstelijnszorg handhaven, zodat in de toekomst ook het grootste deel van alle vraag naar zorg in de eerste lijn kan worden opgevangen.	Gedeeltelijk
2. Bewuster gebruik maken van beschikbare middelen, zodat de zorg doelmatig en betaalbaar wordt geleverd.	Ja
3. Een cultuuromslag van denken bewerkstelligen, binnen de beroepsgroep, naar een geïntegreerde eerstelijnsdenken, waarbij de beroepsgroepen elkaar aanvullen.	Gedeeltelijk

Toelichting:

1. Voor de langere termijn zijn organisatorische verbeteringen in de eerstelijnszorg noodzakelijk. In het programma versterking eerstelijnszorg zijn hiervoor concrete actiepunten geformuleerd. Dit programma wordt samen met relevante veldpartijen uitgevoerd en heeft een looptijd van twee jaar (2005–2006). De effecten worden de komende jaren zichtbaar.
2. *Fysiotherapie:* In 2005 is een start gemaakt met een tweejarige proef

met vrije prijsvorming binnen de fysiotherapie. Als achterliggende gedachte geldt dat met vrije prijsvorming meer marktdynamiek binnen het domein ontstaat. Fysiotherapeuten en zorgverzekeraars moeten gezamenlijk de consument bedienen door het ontwikkelen van heldere en kwalitatieve producten tegen een aanvaardbare prijs. In 2005 zijn de tarieven door de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en fysiotherapeuten op een meer marktconform niveau gekomen. Fysiotherapeuten en zorgverzekeraars hebben tevens een aanvang gemaakt met het ontwikkelen van een meer gedifferentieerd productpalet.

Huisartsen: In 2005 hebben de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en VWS afspraken gemaakt over een nieuwe bekostigingssystematiek voor de huisartsenzorg overdag. Vanaf 1 januari 2006 bestaat het nieuwe systeem uit een inschrijftarief van € 52 voor alle patiënten die op naam staan ingeschreven bij een huisarts en een consulttarief van € 9. Daarnaast wordt macro gezien € 49 miljoen beschikbaar gesteld voor praktijkondersteuning en € 25 miljoen voor huisartsen in achterstandswijken en/of met veel oudere patiënten. Voor modernisering en lokale initiatieven is € 75 miljoen beschikbaar. Het College Tarieven Gezondheidszorg- Zorgautoriteit in oprichting (CTG-Zaio) heeft eind 2005 de definitieve tariefbeschikking afgegeven, waarmee de nieuwe bekostigingssystematiek is verwerkt in wet- en regelgeving. Het systeem biedt een betere financiering voor praktijken die een grotere zorgvraag hebben dan gemiddeld, zoals praktijken in achterstandsgebieden, praktijken met veel ouderen en praktijken met chronisch zieken. Partijen zijn tevens een beleidsagenda op hoofdlijnen overeengekomen voor de ontwikkeling van de huisartsenzorg met de totale eerstelijnszorg. De afspraken hebben vooral betrekking op modernisering en innovatie, zoals het stimuleren van samenwerkingsverbanden, verdere ontwikkeling van programmatische aanpak van chronische aandoeningen, substitutie van zorg van tweede naar eerste lijn en kwaliteitsbevordering van de huisartsenzorg. Het invoeren van de nieuwe bekostigingssystematiek huisartsen is een van de instrumenten om de voorgenomen beleidsprestatie te realiseren. De invoering van de nieuwe bekostigingssystematiek is gerealiseerd en zal zeker een bijdrage leveren aan het bereiken van de beleidsprestatie in de toekomst.

3. Binnen het Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg werken landelijke koepelorganisaties van patiënten, beroepsbeoefenaren, verzekeraars en overheden met elkaar samen om een cultuuromslag te maken naar een wijk-/buurtgerichte geïntegreerde eerstelijnszorg. In het kader van het aanjaagteam zijn thematische bijeenkomsten georganiseerd, goede voorbeelden via de website www.snellerbeter.nl verspreid, handleidingen en praktische instrumenten gepubliceerd en er is een praktische helpdesk opgezet. Er zijn nu meer initiatieven om samenwerkingsverbanden in de eerstelijnszorg op te zetten. De regionale ondersteuningsstructuur is in 2005 operationeel geworden en de wet BIG is aangepast om directe toegang tot fysiotherapie mogelijk te maken. Het totale veranderingsproces heeft nog tijd nodig. Om die reden is de beleidsprestatie niet volledig gerealiseerd. De wens van het veld om de veranderingen te ondersteunen met een extra investering is niet gehonoreerd, aangezien de invoering van de no claim bij huisartsen niet is doorgedaan.

22.3.2 Een optimale acute zorgverlening

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Gemiddeld 95% van de burgers binnen de streefnorm van 15 minuten bereiken met een ambulance in geval van ongevallen of calamiteiten.	Gedeeltelijk
2. In 2005 in alle regio's netwerken bewerkstelligen van acute-zorgaanbieders, waarbij afspraken worden gemaakt over logistiek en zorginhoud.	Ja
3. Verandering van de bekostigingsstructuur van de acute zorgverlening.	Gedeeltelijk
4. Een nieuwe Wet op de ambulancezorg (WAZ) realiseren.	Gedeeltelijk
5. Traumacentra via de Wet bijzondere medische verrichtingen aanwijzen om de coördinerende rol voor de acute zorg op zich te nemen.	Ja

Toelichting:

1. Om de streefnorm van binnen 15 minuten gemiddeld 95% van de burgers te bereiken met een ambulance in geval van ongevallen en calamiteiten worden extra wagens en personeel ingezet. Over de daarvoor beschikbaar gestelde € 12 miljoen extra structurele middelen zijn in de meeste regio's afspraken gemaakt tussen ambulancediensten en verzekeraars. Om het totale referentiekader spreiding en beschikbaarheid uit te voeren is in 2004 nog eens € 18 miljoen ter beschikking gesteld. Ook daarover zijn nu op regionaal niveau afspraken gemaakt om deze middelen in te zetten. In 2006 worden de resultaten van de afspraken bekend.
2. In september 2005 is er overeenstemming bereikt met alle koepels van acute zorgaanbieders over de verplichting deel te nemen aan het regionaal overleg acute zorgketen. Dit is een voortvloeisel van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). In het regionaal overleg acute zorgketen worden zowel zorginhoudelijke als logistieke afspraken gemaakt. De traumacentra initiëren dit overleg voor de, binnen hun regio liggende, acute zorgaanbieders.
3. Met betrekking tot de bekostigingsstructuur van de acute zorgverlening is een eerste slag gemaakt met de huisartsenposten. Het budget van de huisartsenposten is per 1 januari 2005 genormeerd. In 2006 zal worden gezien op welke wijze het overige deel van de bekostigingsstructuur acute zorg in de toekomst zal moeten veranderen om de visie acute zorg te ondersteunen. De beleidsprestatie is om die reden gedeeltelijk gerealiseerd.
4. Het voorstel van wet op ambulancezorg is in het najaar van 2004 aan de Tweede Kamer aangeboden. In december 2005 is samen met de minister van BZK een brief gestuurd aan de veiligheidskoepel om nogmaals de uitgangspunten van de wet en de positie van de burgemeesters ten tijde van grootschalige rampen en ongevallen te verduidelijken.
5. De Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV) bleek niet het geschikte instrument om de traumacentra een initiërende rol in de acute zorgketen te geven. Via de WTZi hebben de traumacentra de bedoelde initiërende rol gekregen in het regionaal overleg acute zorgketen.

22.3.3 Een optimale zorgverlening de tweede lijn

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Tegemoet (blijven) komen aan de vraag van patiënten en verzekerden.	Ja
2. Een doelmatige en betaalbare zorgverlening mogelijk maken.	Gedeeltelijk
3. Een gepast gebruik van ziekenhuiszorg mogelijk maken.	Ja

Toelichting:

1. Het aanbod van electieve zorg in dagbehandeling is in 2005 verruimd door een toename van het aantal zelfstandige behandelcentra. In 2005 zijn er 44 vergunningen voor zelfstandige behandelcentra afgegeven, waardoor het totaal op ruim 130 komt. Onder andere de toename van het aantal behandelcentra en het gedeeltelijk opheffen van de contracteerplicht hebben ertoe geleid dat verzekeraars en patiënten in 2005 meer keuzevrijheid hebben gekregen voor de electieve zorg. In 2005 is de WTZi aangenomen door de Tweede en de Eerste Kamer. Door deze wet, die op 1 januari 2006 in werking is getreden, kunnen zelfstandige behandelcentra naast zorg in dagbehandeling ook een deel van de klinische zorg aan patiënten aanbieden. Het totale aanbod van klinische zorg wordt daarmee verruimd.
2. *Convenant ziekenhuizen:* Teneinde de groei van de zorguitgaven binnen de daarvoor in het regeerakkoord beschikbaar gestelde ruimte te laten plaatsvinden, hebben ziekenhuizen, verzekeraars en VWS in 2004 een convenant afgesloten. Doel van het convenant was om de noodzakelijke groei van het zorgvolume voor een deel te financieren uit doelmatigheidsverbetering bij ziekenhuizen. De looptijd van het convenant beslaat de periode 2005–2007. Het jaar 2005 was derhalve het eerste uitvoeringsjaar. De financiële afspraak uit het convenant inzake de op macroniveau te realiseren doelmatigheidswinst is in de budgetten van de ziekenhuizen verwerkt. Daarbij is rekening gehouden met een differentiatie-indicator op basis van de mate waarin een ziekenhuis al doelmatig werkt. In het eerste jaar van de convenantsperiode was de beschikbare budgettaire groei ruimte beperkt. Naast de doelmatigheidswinst van €115 miljoen, die binnen de sector ziekenhuizen opnieuw kon worden ingezet ter financiering van de benodigde zorgkosten, was € 40 miljoen extra groei ruimte beschikbaar. In totaal was in 2005 ten opzichte van 2004 dus € 155 miljoen beschikbaar, overeenkomend met een beschikbaar groeipercentage van 1,5%. In maart 2006 heeft CTG/ZAio gerapporteerd over de voorlopige stand van de ziekenhuisbudgetten. Daarin werd voor het A-segment uitgegaan van een volumestijging van € 279 miljoen (2,6 %) in 2005. Dit is € 124 miljoen hoger dan de voor 2005 beschikbare ruimte. In vergelijking met de volumeontwikkeling van de afgelopen jaren is in 2005 echter sprake van een gematigde ontwikkeling. Ten aanzien van het B-segment was door CTG/ZAio in een oriënterende monitor over 2005 een stijging van de macromeerkosten geconstateerd van circa € 60 miljoen, overeenkomend met circa € 40 miljoen na inflatiecorrectie. Vanwege de onzekerheid over de hoogte van de overeengekomen prijzen in het B-segment is CTG/ZAio echter terughoudend met uitspraken over de macromeerkosten. Bovendien zijn er nog geen cijfers beschikbaar over de hoeveelheid geleverde zorg. In totaal is over 2005 een overschrijding van € 164 miljoen geconstateerd waardoor de voorgenomen beleidsprestatie gedeeltelijk is gerealiseerd.

Productiegegevens

In de onderstaande tabel zijn productiegegevens opgenomen voor Algemene en Academische ziekenhuizen. Bij zowel de klinische opnamen, de dagopnamen als de eerste polikliniekbezoeken is tussen 2002 en 2004 een duidelijke stijging van de productie te zien. Het cijfer voor de productieafspraken 2005 betreft enkel de productieafspraken voor het A-segment. Dat dit cijfer onder het realisatieniveau 2004 ligt, is dan ook niet aan een productiedaling toe te schrijven.

Productie ziekenhuizen				
	Realisatie 2002	Realisatie 2003	Realisatie 2004	Afspraak 2005 (stand maart 2006) ¹
klinische opnamen Algemene ziekenhuizen	1 457 917	1 527 752	1 602 051	508 252
klinische opnamen Academische ziekenhuizen	205 425	212 429	224 216	221 943
totaal klinische opnamen Algemene en Academische ziekenhuizen	1 663 342	1 740 181	1 826 267	1 790 195
dagopnamen Algemene ziekenhuizen	896 275	998 466	1 104 733	986 518
dagopnamen Academische ziekenhuizen	113 899	127 257	143 661	142 971
dagopnamen Algemene ziekenhuizen en Academische ziekenhuizen	1 010 174	1 125 723	1 248 394	1 129 489
eerste polikliniekbezoek Algemene ziekenhuizen	7 368 930	7 580 927	7 642 787	
eerste polikliniekbezoek Academische ziekenhuizen	915 600	952 658	976 669	965 261
totaal polikliniekbezoek Algemene en Academische ziekenhuizen	8 284 530	8 533 585	8 842 562	8 608 048

Bron: CTG (College Tarieven Gezondheidszorg)

¹ Betreft enkel productie in het A-segment

Wachttijden

De wachttijden voor ziekenhuiszorg zijn ten opzichte van 2000 behoorlijk afgenomen. De gemiddelde wachttijden voor de kliniek zijn gedaald van bijna gemiddeld 9 weken tot gemiddeld circa 5 weken. De wachttijden voor dagopnamen zijn gedaald van ruim 6 weken naar 4,3 weken. Onderstaande tabel laat de ontwikkeling van de wachtlijsten zien tot en met 2004. Gegevens over 2005 zijn op dit moment nog niet voorhanden.

gemiddelde wachttijd in weken	december 2000	december 2001	december 2002	juli 2003	december 2003	juli 2004	december 2004	afname in %
Kliniek	8,8	6,7	5,8	5,5	5,7	5	5	43%
Dagopname	6,4	5,7	5,2	5,1	5,2	4,5	4,3	33%

De oude wachtlijstregistratie van de van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), die de wachttijden beschikbaar stelde op haar website, is niet meer beschikbaar. De verwachting was dat in de loop van 2005 de wachtlijstgegevens aangeleverd zouden worden aan het DBC informatie systeem (DIS). De vulling van het DIS inclusief de wachtlijstgegevens is echter pas eind 2005 op gang gekomen. Pas in de loop van 2006 komen de eerste wachtlijstrapportages beschikbaar

uit het DIS. De wachtlijstinformatie in het DIS is gelijk aan de informatie die in het verleden werd verzameld.

Op termijn worden de gegevens over wachttijden en wachtlijsten gekoppeld aan de DBC-productie. De registratiedruk bij de ziekenhuizen wordt daarmee verminderd en tegelijkertijd kan de betrouwbaarheid van de wachtlijstinformatie worden verbeterd.

Uurtarief Medisch specialisten: In september 2004 is de Commissie Uurtarief Medisch Specialisten ingesteld. In de taakopdracht was opgenomen dat de Commissie haar advies medio 2005 zou uitbrengen. Het adviestraject heeft echter langer geduurd dan oorspronkelijk verwacht. De belangrijkste reden hiervoor was een verschil in interpretatie van betekenis en reikwijdte van de in de taakopdracht opgenomen maatschappelijke aanvaardbaarheid van het uurtarief. Het advies van de Commissie is in januari 2006 verschenen.

Wachtlijsten levensbedreigende aandoeningen: Begin 2005 heeft via het oude systeem de laatste landelijke meting van de wachttijden plaatsgevonden. Hieruit bleek dat de wachttijden in Nederland gemiddeld korter zijn dan 5 weken. Nog niet cijfermatig maar wel kwalitatief onderbouwd lijken de wachttijden sindsdien gemiddeld te zijn afgenomen. Ook voor de wachttijden voor hart- en vaatziekten en oncologie blijken grosso modo geen problematische wachttijden meer te bestaan. De beleidsprestatie is daarom gerealiseerd.

3. Gepaste ziekenhuiszorg dient veilig, gepast en kwalitatief op orde te zijn. In 2005 is de eerste aanzet gegeven voor het Zorg Onderzoek Nederland en Medische Wetenschappen programma «kennisbeleid kwaliteit curatieve zorg». Binnen dit programma worden de activiteiten van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO) voortgezet en verbreed. Met de verbreding komt ook de verbeterde samenhang van ziekenhuiszorg met onder andere arbocuratieve zorg, de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de eerste lijn aan bod. 2005 is ook een jaar waarin patiëntveiligheid meer dan ooit op de agenda is gekomen. Met de Nationale Week van de Patiëntveiligheid is de start gegeven van een onderzoek naar patiëntveiligheid. Ook toepassing van dure geneesmiddelen behoort tot gepaste zorg. Met de aanpassing van de beleidsregel dure geneesmiddelen reageert de ziekenhuisbudgettering tijdig op nieuwe middelen die op de markt komen.

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

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Transparantie van het zorgaanbod.	Gedeeltelijk
2. Prestatiebepaling: loon naar werken.	Gedeeltelijk
3. Introductie van marktwerking: meer concurrentie.	Ja

Toelichting:

1. *Maatschappelijke verantwoording:* Op 1 juli 2004 is in samenwerking met alle informatievragers en -aanbieders in de cure, gestart met de ontwikkeling van het «Jaardocument maatschappelijke verantwoording». In juni 2005 is het Jaardocument zorgbreed geworden door samenwerking met de AWBZ sector. Het doel van het Jaardocument is:
 - Maatschappelijke verantwoording realiseren met één integraal document (vanaf 2006 verplicht)
 - Verminderen administratieve lasten door:

1. De diverse gegevensstromen zijn gebundeld in één document
2. Elektronische en gebruikersvriendelijke database dat makkelijk toegankelijk is voor informatievragers
3. Bij de samenstellingen van het Jaardocument zijn dubbele informatievragen en overbodige informatievragen geschrapt. Omdat het een meerjarig traject is, is er sprake van een gedeeltelijke realisatie van dit traject.

Benchmark huisartsen: In de aan het experiment benchmark huisartsenzorg deelnemende regio's (Almere, Rotterdam, Drenthe en Zoetermeer) is het afgelopen jaar hard gewerkt aan de totstandkoming van een lijst van indicatoren waarmee de prestaties van huisartsen kunnen worden gemeten. Omdat dit complexer bleek dan was verwacht en omdat de huisartsenacties ook in de regio's hun invloed hebben gehad, heeft de totstandkoming van deze indicatorenlijsten enkele maanden vertraging opgelopen. De besluitvorming in de regio's over de definitieve indicatorenlijsten is nu voorzien voor de eerste helft van 2006.

2. Door middel van brieven en diverse voortgangsrapportages (10 maart, 22 april, 13 juni 2005 en 17 november met kamerstuk 29 248 nrs. 14, 15, 16 en 20) is de Kamer geïnformeerd over de voortgang van de invoering van DBC's in de ziekenhuiszorg. Vanaf 1 januari 2005 geldt de DBC-systematiek voor de financiering van de ziekenhuiszorg. Voor dit zogenaamde A-segment vindt de financiering en daarmee de declaratie plaats op basis van centraal vastgestelde tarieven voor DBCs. Voor de budgettering van segment A blijft de functiegerichte budgettering (fb) en lumpsum in stand. Vanaf 1 februari 2005 gelden voor een beperkt aantal niet-spoedeisende ziekenhuisbehandelingen, het zogenaamde B-segment, geen wettelijke, door het CTG/ZAio vastgestelde tarieven meer en is vrije prijsvorming mogelijk. Hiermee is het gestelde doel van prestatiebekostiging gedeeltelijk gerealiseerd in 2005, omdat vrije prijsvorming op basis van de DBC systematiek voortsnog alleen geldt voor het B-segment (dat is 10% van de ziekenhuiszorg). Omdat het DBC systeem nog de nodige kinderziektes kende is in 2005 prioriteit gegeven aan het oplossen daarvan. Omdat deze kinderziekten niet achter de tekentafel kunnen worden opgelost is de veegploeg de opdracht gegeven om voorstellen te doen om registratie-uitval te voorkomen.
Het CTG/ZAio, het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en DBC Onderhoud hebben oplossingen aangedragen voor het verduidelijken van de factuur. Daarnaast zijn DBC dagen georganiseerd waarin met mensen uit het veld de stand van zaken is opgemaakt inzake de volgens hen noodzakelijke verbeteringen. Aan de beleidsmatige doorontwikkeling is in 2005 minder prioriteit gegeven, dit zal in 2006 verder worden opgepakt. Wel is CTG-ZAio gevraagd om een uitvoeringstoets te doen naar het opnemen van kapitaallasten in de DBCs en de verhouding van het fb-systeem ten opzichte van DBCs. Deze toets zal begin 2006 gereed zijn. Ook is verder gewerkt aan de structurele privacy-oplossing met betrekking tot de aanlevering van informatie aan het DBC Informatiesysteem. De exploitatie van het DBC Informatiesysteem is vanuit de begroting gefinancierd. Een andere essentiële activiteit in 2005 betrof het publieke en private onderhoud van DBCs. In 2005 heeft VWS het private onderhoudsorgaan gesubsidieerd omdat dit zich in een opbouwfase bevindt. De gemaakte kosten voor het onderhoud en de verdere ontwikkeling van DBCs in de ziekenhuiszorg bedroegen in 2005 € 7,6 miljoen.
3. Eind 2005 is de voortgang van Sneller Beter in een separate rapportage aan de Tweede Kamer gezonden (CZ/B 2639345). In deze rappor-

tage is aangegeven dat de beoogde resultaten van Sneller Beter zijn bereikt en dat op onderdelen zelf meer is bereikt dan was beoogd. Voorbeelden van resultaten zijn de volgende. De implementatie van de adviezen van de Sneller Beter gezanten TNT (voorheen TPG) en Shell is gaande. Op de website www.Snellerbeter.nl zijn voorbeelden van goede zorgverlening uit alle ziekenhuizen opgenomen waardoor een grote database is ontstaan. De transparantie van de ziekenhuiszorg is belangrijk toegenomen omdat de ziekenhuizen zich via IGZ-prestatie-indicatoren verantwoorden op de door hen geleverde kwaliteit van de zorg. In 2005 is de eerste IGZ rapportage verschenen waarin de ziekenhuizen (anoniem) op kwaliteitsgebied met elkaar worden vergeleken. De derde pijler van Sneller Beter richt zich op het daadwerkelijk versneld invoeren van best practices op het gebied van veiligheid, logistiek en patiëntgerichtheid in de ziekenhuissector. Eind 2004 is de eerste groep van acht ziekenhuizen gestart, in oktober 2005 de tweede groep van 8 ziekenhuizen en de laatste groep start in 2006. In totaal doen 24 ziekenhuizen mee. De eerste acht ziekenhuizen hebben op 31 oktober van 2005 hun eerste resultaten gepresenteerd. In 2005 is aan 114 projecten gewerkt. Met name de toegangstijden zijn aanzienlijk gedaald en ook de doorstroomtijd op de polikliniek is fors verkort.

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 2005 zijn:

- Er is geld uit het Fonds Economische Structuurversterking ter beschikking gesteld voor de oprichting van een Topinstituut Pharma.
- De uitkomsten van de conferentie over het WHO-rapport priority medicines for the citizens of Europe and the World» zijn overgenomen in het conceptvoorstel voor de aanwending van de middelen uit het 7e kader programma van de EU, in het conceptvoorstel voor het zogeheten Joint Technology Initiative Innovative Medicines, en worden tevens meegenomen door de EMEA.
- Per 1 januari 2005 is een farmaco-economische toets verplicht voor niet-clusterbare geneesmiddelen, waarvoor de fabrikant opname in het verzekerde pakket vraagt.
- De geraamde opbrengst (€ 685 miljoen) van het convenant geneesmiddelen wordt naar verwachting gehaald. Een nieuw convenant geneesmiddelen voor de periode 2006–2007 is afgesloten.
- De uitkomsten van de in 2005 gehouden proef met het koppelen van het donorformulier aan het moment van paspoortuitgifte zijn positief.
- Er is een meldingssysteem opgezet voor registratie van bijwerkingen na gebruik van cellen en weefsels.

23.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begroting

(x € 1000)						
	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2005	2005	2005
Verplichtingen	13 877	21 394	19 951	19 650	22 496	- 2 846
Uitgaven	14 285	21 023	18 100	20 913	23 199	- 2 286
Programma-uitgaven	11 174	17 989	15 062	17 885	20 325	- 2 440
Geneesmiddelen	5 502	7 833	5 386	5 678	8 447	- 2 769
waarvan bijdragen aan baten-lastendiensten		1 094	747	918	678	240
Medische technologie en transplantaten	5 672	10 156	9 676	12 207	11 878	329
waarvan bijdragen aan baten-lastendiensten		3 361	3 436	5 168	3 315	1 853
Apparaatsuitgaven	3 111	3 034	3 038	3 028	2 874	154
Ontvangsten	1 485	1 830	1 540	1 713	0	1 713

Programma-uitgaven

Geneesmiddelen

Het verschil wordt voor het belangrijkste deel verklaard door lagere uitgaven in verband met het uitblijven van de uitspraak door de Nederlandse Mededingingsautoriteit over activiteiten Z-index (€ 2 miljoen), het niet van start gaan van het onderzoek naar inkomenspositie praktijkkosten apotheekhoudenden (€ 0,4 miljoen), een latere start van projecten op het gebied van doelmatig geneesmiddelengebruik (€ 1 miljoen), diverse kleinere posten (€ 0,4 miljoen) en verantwoording van de uitgaven op respectievelijk artikel 30 en 21 van de kosten voor het Geneesmiddelenbulletin (CVZ) en de stuurgroep Weesgeneesmiddelen Zorg Onderzoek Nederland en Medische Wetenschappen (ZonMw) (totaal € 1 miljoen), hogere uitgaven in verband met het exploitatietekort (Bureau Medicinale Cannabis) BMC (€ 0,2 miljoen), de informatievoorziening via de (Stichting Farmaceutische Kengetallen) SFK (€ 0,8 miljoen) en het topinstituut Pharma (€ 1 miljoen).

Medische technologie en transplantaten

Het verschil wordt verklaard door lagere uitgaven voor medische technologie, door op een ander artikel verantwoorde opdrachten aan RIVM/ Zon/mw (€ 0,4 miljoen), agenda medische biotechnologie en diverse kleinere posten (€ 0,4 miljoen) Hogere uitgaven voor het donorregister in verband met acties Nier- en Hartstichting en hogere productie als gevolg van overige acties (€ 1,6 miljoen).

Ontvangsten

Geneesmiddelenvoorziening: de hogere ontvangsten worden verklaard door ontvangsten als gevolg van afrekeningen van subsidies uit voorgaande jaren.

Medische technologie en transplantaten: de hogere ontvangsten worden verklaard door ontvangsten als gevolg van afrekeningen van subsidies uit voorgaande jaren en de afrekening over het jaar 2004 met het agentschap Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg/Donorregister (CIBG). Van EZ is € 1 miljoen ontvangen voor het «Topinstituut Pharma».

Premie

Bedragen x € 1 miljoen

	Definitieve realisatie 2003	Volume	Nominiaal	Technisch	Definitieve realisatie 2004	Volume	Nominiaal	Technisch	Voorlopige realisatie 2005
	4 333,9	- 181,3	46,6	5,0	4 204,2	165,0	57,0	0,0	4 426,1
<i>Uitsplitsing volumemutatie arbeidsmarkt en werkdruk</i>									
overig				0,0	0,7				
totaal				- 181,3	164,3				
				- 181,3	165,0				

Bovenstaande tabel geeft aan hoe de uitgavenontwikkeling tussen 2003 en 2004 respectievelijk tussen 2004 en 2005 is samengesteld.

De nominale uitgavenontwikkeling is het gevolg van loon- en prijsbijstellingen in de verschillende deelsectoren. Het jaar 2004 laat een volumedaling zien van € 181,3 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.

In 2005 is sprake van een volumestijging van € 164,3 miljoen. Door het convenant en de pakketmaatregelen is de groei minder groot dan in eerdere ramingen was verwacht.

Bedragen x € 1 miljoen

Sectoren	Voorlopige realisatie 2004 in Jaarverslag 2004	Definitieve realisatie 2004	Verschil 2004	Raming 2005 in begroting 2005	Voorlopige realisatie 2005	Verschil 2005
Farmaceutische hulp	4 156,8	4 192,1	35,3	4 449,6	4 411,3	- 38,3
Subsidies	10,0	12,1	2,1	13,4	14,8	1,4
Totaal	4 166,8	4 204,2	37,4	4 463,0	4 426,1	- 36,9
Uitsplitsing verschil		Nominaal	0,0		Nominaal	57,0
		Volume	37,4		Volume	- 93,9
		Technisch/ statistisch	0,0		Technisch/ statistisch	0,0
		Totaal	37,4		Totaal	- 36,9

Toelichting op de definitieve uitgaven 2004

Bovenstaande tabel geeft aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2004 sinds het Jaarverslag 2004. Uit de herziene afrekening 2004 blijkt een tegenvaller van € 37,4 miljoen. De verwachte meevaller in het Jaarverslag 2004 is hierdoor iets minder groot.

Toelichting op de voorlopige uitgaven 2005

De tabel geeft tevens aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2005 sinds de Begroting 2005. De hogere ontwikkeling voor nominaal (€ 57,0 miljoen) is het saldo van nadere loon- en prijsbijstellingen in de sector. Voorts is sprake van een volumemutatie van -/- € 93,9 miljoen. Dit is het saldo van zowel mee- als tegenvallers in de uitgaven. Deze meevaller wordt veroorzaakt door het convenant, minder nieuwe geneesmiddelen die op de markt zijn gekomen en tenslotte is bij een aantal groepen geneesmiddelen de groei lager dan gebruikelijk.

23.3 Operationele doelstellingen

23.3.1 Kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de geneesmiddelenvoorziening bevorderen

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Informatie voor patiënten over en het ontwikkelen van wees-geneesmiddelen voor zeldzame aandoeningen. Nadruk leggen op de ontwikkeling van weesgeneesmiddelen.	Gedeeltelijk
2. Onderzoeksagenda voor Priority Medicines opstellen en het onderzoeksklimaat verbeteren.	Ja
3. Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG) vervangen door de nieuwe geneesmiddelenwet.	Nee
4. Convenant 2005 met generieke industrie, innovatieve industrie, apothekers en zorgverzekeraars over prijsverlagingen met als opbrengst € 685 miljoen in 2005.	Ja
5. Onderzoek naar aanpassingen van de Wet Geneesmiddelen Prijzen (WGP).	Gedeeltelijk
6. Modulair tarief voor apotheekhoudenden realiseren.	Nee
7. Zorgverzekeraars aanspreken op de eigen verantwoordelijkheid om kwalitatief goed en doelmatig geneesmiddelengebruik te realiseren.	Ja
8. Beleidsregel voor bekostiging van weesgeneesmiddelen in ziekenhuizen.	Ja
9. Farmaco-economische toets per 2005 verplicht stellen bij het opnemen van een geneesmiddel in het verzekerde pakket, die niet-clusterbaar zijn.	Ja
10. Impuls geven aan doelmatiger geneesmiddelengebruik.	Ja

Toelichting:

1. Naar aanleiding van een evaluatie-onderzoek in 2004 is de instelling van de stuurgroep weesgeneesmiddelen tot en met 2007 verlengd. In 2005 zijn 4 nieuwe weesgeneesmiddelen geregistreerd. Daarmee komt het aantal geregistreerde weesgeneesmiddelen op 22. In Nederland worden nu 17 geregistreerde middelen vergoed. Eén geneesmiddel zal in 2006 worden vergoed. Van drie geneesmiddelen loopt de vergoedingsaanvraag nog, één geneesmiddel is (voorlopig) niet op de markt gebracht. De voorlichting aan patiënten is gerealiseerd. Aan ZonMw is opdracht gegeven voor het aanstellen van een orphan regulator, die bedrijven moet stimuleren om te investeren in weesgeneesmiddelen.
3. De plenaire behandeling van de Geneesmiddelenwet in de Tweede Kamer heeft plaatsgevonden in februari/maart 2006.
4. Het voor 2005 gesloten convenant zal naar verwachting de geraamde opbrengst realiseren. Bovendien is op 13 november 2005 een convenant gesloten voor de jaren 2006 en 2007 met de Bond van de generieke geneesmiddelenindustrie in Nederland (Bogin), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) en de Nederlandse Vereniging van Research-georiënteerde Farmaceutische Industrie (Nefarma)
5. Een eerste onderzoek heeft uitgewezen dat aanpassing van de WGP-uitvoering wenselijk is. Thans wordt onderzocht op welke wijze de gewenste verbetering gerealiseerd kan worden. Naar verwachting wordt dit onderzoek medio 2006 afgerond.
6. Het onderzoek door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) naar de invoering van het modulaire tarief is fors vertraagd, doordat geen overeenstemming met de betrokken partijen kon worden bereikt. Het zal nu in 2006 plaatsvinden.
8. De beleidsregel is ingegaan per 1 januari 2006.
10. Medio 2005 is gestart met de uitvoering van het beleidsplan doelma-

tiger gebruik van geneesmiddelen. De uitwerking hiervan zal in 2006 en 2007 doorlopen.

23.3.2 Kwaliteit, veiligheid, beschikbaarheid en doelmatig gebruik van transplantaten en van medisch technologische toepassingen bevorderen

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Donorwerving in ziekenhuizen: uitvoeren van de pilot requestorfunctie binnen ziekenhuizen, beslissing over verdere implementatie, aanstellen donatiefunctionarissen in ziekenhuizen.	Ja
2. De bereidheid onder burgers vergroten om zich als potentiële donor te laten registreren. Het aanbod van organen uit nieuwe ontwikkelingen vergroten.	Ja
3. Van start gaan van het landelijk programma voor introductie non-heart-beating donatie en transplantatie.	Ja
4. Implementeren van de agenda medische biotechnologie: ontwikkelen van onderwijspakketten, website actualiseren, periodieke informatie van de GR, translationeel onderzoek bij ZonMw.	Gedeeltelijk
5. FBG beziet met verschillende partijen of er specifieke knelpunten bestaan voor de toegankelijkheid van nieuwe medische-biotechnologische producten en hoe deze kunnen worden opgelost.	Ja
6. Stimuleren van het gebruik van de Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg-richtlijn (CBO) bloed.	Ja
7. Europese richtlijnen implementeren, zodat de kwaliteit en veiligheid van medisch technologische producten en toepassingen zijn gegarandeerd.	Ja
8. Optimaal gebruik van bloed stimuleren.	Ja

Toelichting:

1. De pilot requestorfunctie¹ is uitgevoerd. Er is op dat moment gekozen de requestorfunctie niet breder in te voeren omdat het aantal donormeldingen in de pilot is gestegen, terwijl het aantal geëffectueerde postmortale orgaandonaties niet is gegroeid.
2. Het aantal geregistreerden in het Donorregister nam toe met 6%. In totaal waren eind 2005 4 985 922 burgers geregistreerd. Het percentage dat bij registratie toestemming gaf (al dan niet met beperkingen) steeg van 54,9% naar 56,3%. Het percentage weigeringen daalde van 32,5% in 2004 naar 31,3% in 2005. Het aantal non-heartbeating donoren steeg van 94 in 2004 naar 101 in 2005. Daar tegenover staat dat het aantal post-mortale donoren, dat in 2005 heeft gedoneerd lager was dan in 2004. De oorzaak hiervan zal nader worden onderzocht. De registratiegraad in het Donorregister is gestegen van 36,7% per januari 2003 naar 39,3% per 1 januari 2006. Voor eind 2006 is de streefwaarde 40%.
4. Het ERFO-centrum verzorgt inmiddels, op basis van subsidie van VWS (€ 0,2 miljoen), voorlichting over de medische biotechnologie aan het brede publiek. Voor de ontwikkeling van onderwijspakketten voor scholieren is inmiddels een plan van aanpak opgesteld. Uitvoering daarvan zal starten in het voorjaar van 2006. In 2005 heeft VWS advies gevraagd aan de Gezondheidsraad (GR) over neonatale screening. Inmiddels heeft VWS ingestemd met het voorstel van GR om het aantal aandoeningen waarop middels de hiepriek wordt gescreend met 15 uit te breiden. In 2005 zijn voorbereidingen getroffen voor een Internationale agenda medische biotechnologie. Die agenda zal naar verwachting voorjaar 2006 aan de Kamer worden toegezonden.
5. De instellingsbeschikking van het Forum Biotechnologie & Genetica (FBG) en de financiering daarvan is verlengd tot eind 2007.

¹ (inzetten specifieke deskundigen in verband met het stellen van de donatievraag aan nabestaanden.

6. De implementatie van de richtlijn «Bloed» heeft plaatsgevonden door een aanvullende regeling «voorschriften bloedvoorziening» (Staatscourant: 4 februari 2005, nr. 25, pag. 17) onder de Wet inzake bloedvoorziening en het onder de Kwaliteitswet Zorginstellingen hangende besluit «Kwaliteitseisen ziekenhuisbloedbanken» (staatsblad 2005, 33). Voor de normalisatie van medische hulpmiddelen en bewerkt lichaamsmateriaal werd aan het Nederlands Normalisatie Instituut subsidie verstrekt (€ 0,1 miljoen) Daarnaast werd hiervoor ook door het RIVM expertise geleverd. Aan de stichting Transfusie Reacties in Patiënten (TRIP) is een subsidie verleend (€ 0,2 miljoen) voor het registreren en rapporteren over de bijwerkingen bij bloedtransfusies.

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 2005 zijn:

- De financiering van de GGZ-cure overhevelen vanuit de AWBZ naar de nieuwe zorgverzekeringswet is uitgesteld tot 1-1-2007.
- Diagnose-behandelingscombinaties (DBC's) zijn verder ontwikkeld voor de GGZ. Heroïnebehandeling: het aantal behandelplaatsen is uitgebreid van 300 naar 715.
- De advies- en steunstructuur huiselijk geweld is versterkt.
- De kwaliteit van de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang zijn verder verbeterd via een vierjarig kennisprogramma.

24.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begroting

(x € 1000)						
	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2005	2005	2005
Verplichtingen	320 977	287 566	306 920	291 110	314 678	- 23 568
Uitgaven	294 786	301 417	295 875	295 062	317 867	- 22 805
Programma-uitgaven	294 786	301 417	295 875	295 062	314 926	- 19 864
Drugsgebruik	5 307	4 348	6 115	4 716	5 899	- 1 183
Geestelijke gezondheidszorg	30 105	28 788	17 809	15 176	31 503	- 16 327
Verslavingszorg	14 630	16 434	14 177	24 052	12 220	11 832
Maatschappelijke en vrouwenopvang	221 563	228 586	236 026	231 234	238 838	- 7 604
waarvan specifieke uitkeringen	221 182	228 309	233 829	228 324	237 464	- 9 140
Specifieke doelgroepen en samenleving	23 181	23 261	21 748	19 884	26 466	- 6 582
Apparaatsuitgaven	0	0	0	0	2 941	- 2 941
Ontvangsten	3 119	2 059	3 519	4 806	1 361	3 445

Toelichting op de belangrijkste verschillen

Programma-uitgaven

Drugsgebruik

Door het deels vrijvallen van het budget voor wachtgeldverplichtingen en het lager uitvallen van de kosten van een aantal projecten (onder andere XTC en Cannabis) werd € 1,2 miljoen minder uitgegeven.

Geestelijke Gezondheidszorg

Een bedrag van € 5,8 miljoen voor indicatiestelling door het Centrum Indicatiestellingen Zorg (CIZ) is verantwoord op beleidsartikel 25 (eerste suppletore wet). In verband met de overheveling van de curatieve geeste-

lijke gezondheidszorg naar de Zorgverzekeringswet is € 2,1 miljoen verantwoord op beleidsartikel 31 (tweede suppletore wet). Vanwege vertraging en te ruime begroting is € 4,4 miljoen van het door diagnose-behandelcombinatie-geestelijke gezondheidszorg (DBC-GGZ) beschikbare bedrag niet uitgegeven. Voorts zijn er door onvoorziene omstandigheden (de late start van projectactiviteiten met betrekking tot de GGZ-prestatie-indicatoren en vertragingen bij andere projecten) minder activiteiten dan wel activiteiten tegen minder dan geraamde kosten (door vergaande onderhandelingen) uitgevoerd. Hierdoor is in totaal € 2 miljoen minder uitgegeven (tweede suppletore wet). In 2005 is een tijdelijke beleidsregel in werking getreden voor een tegemoetkoming ICT-DBC voor alle GGZ instellingen. De hiervoor geraamde uitgaven van € 2 miljoen zijn bij de premie-uitgaven verantwoord.

Verslavingszorg

Voor de uitbreiding van de heroïnebehandelplaatsen in de jaren 2005 tot en met 2007 is een bijdrage ineens aan de gemeenten betaald. Bij tweede suppletore wet is hiervoor € 12 miljoen beschikbaar gesteld, waarvan € 6 miljoen op artikel 21.

Maatschappelijke opvang en vrouwenopvang

Met ingang van 1 januari 2005 is de methadonbehandeling overgeheveld van de welzijnswet naar de AWBZ. Hiervoor is € 10 miljoen overgeheveld naar de premiemiddelen. Bij de 2e suppletore wet is het budget verhoogd met € 2,0 miljoen voor loonbijstelling. Landelijk overzicht gezondheidsproblemen (€ 1,2 miljoen): Bij de 1e suppletore wet is € 0,1 miljoen overgeboekt naar het Ministerie van Justitie voor het Bureau Nationaal Rapporteur Mensenhandel. Het budget voor de vrouwenbesnijdenis (€ 0,3 miljoen) is overgeboekt naar artikel 21 «preventie en gezondheidsbescherming». € 0,7 miljoen is overgeboekt naar artikel 34 Lokaal Beleid. De uitgaven worden bij dat artikel toegelicht.

Specifieke doelgroepen en samenleving

De lagere uitgaven zijn voornamelijk het gevolg van een overheveling van het budget voor tolk- en vertaalcentrum Nederland bij de tweede suppletore wet (€ 4,3 miljoen).

Apparaatsuitgaven

Het verschil tussen de vastgestelde begroting en de realisatie op de apparaatsuitgaven van artikel 24 wordt verklaard door de reorganisatie die in begrotingsjaar 2005 binnen VWS heeft plaatsgevonden. Het gevolg hiervan is dat de apparaatsuitgaven van artikel 24 zijn verdeeld over de artikelen 21, 22, 26, 34 en 98.

Ontvangsten

Het verschil heeft voor € 2,9 miljoen betrekking op ontvangsten uit afrekeningen van de tijdelijke stimuleringsregeling Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW). Voor € 0,3 miljoen heeft het verschil betrekking op te veel betaalde subsidievoorschotten in de GGZ.

Premie

Bedragen x € 1 miljoen

	Definitieve realisatie 2003	Volume	Nominaal	Technisch	Definitieve realisatie 2004	Volume	Nominaal	Technisch	Voorlopige realisatie 2005
	3 407,9	226,7	39,4	33,2	3 707,2	137,6	56,0	- 21,3	3 879,5
<i>Uitsplitsing volumemutatie arbeidsmarkt en werkdruk</i>									
					2004	2005			
productie					1,3	1,1			
overig					305,9	138,3			
Totaal					- 80,5	- 1,8			
					226,7	137,6			

Bovenstaande tabel geeft aan hoe de uitgavenontwikkeling tussen 2003 en 2004 respectievelijk tussen 2004 en 2005 is samengesteld.

De nominale uitgavenontwikkeling is het gevolg van loon- en prijsbijstellingen en de exploitatiegevolgen van instandhoudingsbouw in de verschillende deelsectoren. De volumeontwikkeling in 2004 (€ 226,7 miljoen) bestaat voor het grootste gedeelte uit uitgaven voor extra productie (€ 305,9 miljoen). Daarnaast heeft er een daling plaatsgevonden in de overige uitgaven (€ 80,5 miljoen), voornamelijk als gevolg van de budgettaire verwerking van de pakketmaatregel psychotherapie (€ 77,9 miljoen).

De volumeontwikkeling in 2005 (€ 137,6 miljoen) bestaat eveneens voor het grootste deel uit uitgaven voor extra productie (€ 138,3 miljoen).

Bedragen x € 1 miljoen

Sectoren	Voorlopige realisatie 2004 in Jaarverslag 2004	Definitieve realisatie 2004	Vershil 2004	Raming 2005 in begroting 2005	Voorlopige realisatie 2005	Vershil 2005
GGZ	3 454,3	3 456,3	2,0	3 340,3	3 634,3	294,0
Vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten	81,8	82,9	1,1	69,0	81,3	12,3
TBS-instellingen	145,4	145,4	0,0	140,7	148,3	7,6
Subsidieregelingen GGZ	27,5	22,6	- 4,9	31,7	15,6	- 16,1
Totaal	3 709,0	3 707,2	- 1,8	3 581,7	3 879,5	297,8
Uitsplitsing verschil		Nominaal	- 14,6	Nominaal		31,6
		Volume	12,8	Volume		259,5
		Technisch/statistisch	0,0	Technisch/statistisch		6,7
		Totaal	- 1,8	Totaal		297,8

Toelichting op de definitieve uitgaven 2004

Bovenstaande tabel geeft aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2004 sinds het Jaarverslag 2004.

De nominale uitgavenontwikkeling (-/- € 14,6 miljoen) is het saldo van nadere loon- en prijsbijstellingen in de sector en het actualiseren van de raming van de kapitaallasten.

De volumemutatie in 2004 (€ 12,8 miljoen) wordt veroorzaakt door het saldo van diverse bijstellingen op basis van nieuwe gegevens van het CTG en correcties op de uitbreidingsbouw.

Toelichting op de voorlopige uitgaven 2005

De tabel geeft tevens aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2005 sinds de Begroting 2005.

De nominale uitgavenontwikkeling (€ 31,6 miljoen) is het saldo van nadere loon- en prijsbijstellingen in de sector en het actualiseren van de raming van de kapitaallasten.

De volumeontwikkeling in 2005 (€ 259,5 miljoen) wordt deels verklaard door een toename van de productie in de GGZ (incl. PAAZ) en deels door doorwerking van extra uitgaven in 2004. Hierin is de veronderstelling verwerkt dat het realisatieniveau van de productie ten opzichte van de afspraken gemiddeld 99% bedraagt.

De technische mutatie (€ 6,7 miljoen) is het saldo van diverse mutaties. Er is € 10 miljoen vanuit de Begroting overgeheveld ten behoeve van de uitgaven voor methadon-verstrekking en € 2 miljoen voor ICT-kosten die samenhangen met de verplichte registratie van DBC's. Daarnaast is sprake van een overheveling van extra middelen vanuit de Begroting van Justitie voor uitbreiding van de capaciteit in TBS-klinieken (€ 6,7 miljoen). Daar tegenover staat een overheveling naar artikel 27 ten behoeve van de subsidie wonen met zorg (€ 12,0 miljoen).

24.3 Operationele doelstellingen

24.3.1 Drugsgebruik voorkomen en gezondheidsrisico's beperken

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. De mogelijke risico's van een hoog gehalte aan tetrahydrocannabinol (thc-gehalte) in cannabis terugdringen d.m.v. onderzoek.	Gedeeltelijk
2. Drugsgebruik in het algemeen een cannabis- en xtc-gebruik in het bijzonder ontmoedigen en de risico's ervan beperken d.m.v. voorlichting.	Ja
3. Internationale samenwerking versterken en ervaringen uitwisselen op het gebied van onderzoek, monitoring, preventie, voorlichting en behandeling, waarbij de nadruk ligt op Frankrijk.	Ja
4. Pro-actief informatie verstrekken aan andere landen over het Nederlandse drugsbeleid, om meer begrip te kweken voor een evidence based benadering.	Ja

Toelichting:

1. Het RIVM voert onderzoek uit naar de acute gezondheidsrisico's van cannabis met een hoog tetrahydrocannabinol-gehalte (THC). De afronding is enkele maanden vertraagd en zal voorjaar 2006 plaatsvinden.
2. Voor cannabis is de voortgang beschreven in een brief van VWS, Justitie en BZK aan de Tweede Kamer (24 077, nr 171, implementatie van de cannabisbrief), voor XTC in de brief in het kader van de tussentijdse evaluatie van de XTC-nota «Samenspannen tegen XTC» (23 760, nr 19). In 2005 is onder andere een publiekscampagne over cannabis uitgevoerd en zijn er voor voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs-scholen (VMBO) gerichte interventies over cannabis en XTC ontwikkeld en geïmplementeerd. De verschillende onderdelen (zoals voorlichting bezoekers, eerste hulp bij drugsongelukken) van het project Uitgaan en Drugs zijn ontwikkeld en in februari 2005 is de implementatiefase van start gegaan.

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

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. De financiering van de GGZ-cure overhevelen vanuit de AWBZ naar de nieuwe Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006	Nee
2. Diagnose-behandelingscombinaties (DBC's) ontwikkelen en implementeren voor de GGZ.	Gedeeltelijk
3. Zorggegevenssets en registraties GGZ harmoniseren, aanvullen en verbeteren om te komen tot een informatievoorziening die past bij een vraaggericht zorgstelsel.	Gedeeltelijk
4. De zorgketen (in het bijzonder de eerste lijn) versterken, met als doel de juiste hulp tijdig te verstrekken, zodat mensen niet onnodig in de gespecialiseerde GGZ terechtkomen of verstoken blijven van hulp.	Gedeeltelijk
5. De zorg voor en behandeling van jeugdige psychiatrische patiënten en meerderjarige forensische patiënten verbeteren.	Ja
6. Bewezen evidence based care en best practices doelmatig invoeren.	Gedeeltelijk

Toelichting:

- Op 13 april 2005 is de Tweede en Eerste Kamer geïnformeerd over de fasering van de overheveling van de GGZ (29 763, nr. 72). Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft in een brief d.d. 23 maart 2005 aangegeven dat de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) veel bestuurlijke en operationele aandacht vraagt. Uit overleg met partijen bleek dat een gefaseerde invoering een praktische oplossing kan bieden waarin al op korte termijn flinke stappen gezet worden. Deze fasering heeft instemming van alle partijen. De overheveling vanuit de AWBZ naar de nieuwe zorgverzekeringswet zal nu per 1 januari 2007 plaatsvinden.
- Voor de ontwikkeling en implementatie van DBCs in de GGZ was in 2005 € 13,3 miljoen beschikbaar. Hiervan is € 8,9 miljoen ingezet, doordat de ontwikkeling en implementatie minder snel is verlopen dan verwacht. De DBC-systematiek voor de GGZ is nog niet uitontwikkeld en gaat verder in 2006. In 2005 heeft daardoor nog geen overdracht kunnen plaatsvinden aan het onderhoudsorgaan (Stichting DBC-Onderhoud). Door middel van de brief van 13 april 2005 met kenmerk Z/M-2574172 (gefaseerde invoering overheveling en DBC GGZ) en twee voortgangsrapportages (8 november 2005 met kenmerk CZ/2632606 en 19 december 2005 met kenmerk CZ/2645439) is de Kamer geïnformeerd over de voortgang met betrekking tot het ontwikkelen en implementeren van DBCs in de GGZ. In 2005 hebben 94 koplopers (waarvan 34 instellingen en 60 vrijgevestigde psychiaters en/of psychotherapeuten) een bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van de productstructuur voor de GGZ. In 2005 is zowel het registratiemodel verder ontwikkeld, als de specificaties voor de validatiemodule. Daarnaast is in december de eerste versie van de productstructuur vastgesteld. In 2006 wordt deze verder ontwikkeld. Omdat er meer voorbereidingstijd nodig was, kon er niet per 1 juli 2005 gestart worden met verplichte registratie in het DBC-registratiemodel. GGZ-aanbieders gaan daarom per 1 januari 2006 van start met verplichte registratie in DBC-termen. De declaratie en bekostiging vinden in 2006 nog plaats op basis van de «oude» bekostigingscategorieën. Om de voortgang van de voorbereidingen voor de invoering van DBCs in de GGZ te volgen heeft in 2005 twee maal een onafhankelijke monitor plaatsgevonden (juni en november). Deze monitor gaf aan dat

- een groot deel van de aanbieders in de laatste weken van 2005 nog veel werk moesten verzetten om klaar te zijn voor de verplichte registratie per 1 januari 2006.
3. Met het vaststellen van de minimale data set in het kader van de DBC ontwikkeling is in overleg met alle partijen een informatie set samengesteld. Doel is om deze set zoveel mogelijk de basisgegevenset voor de gehele GGZ te laten zijn.
 4. VWS heeft via enkele projecten geld beschikbaar gesteld voor het versterken van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg. De drie projecten zijn de consultatieregeling, het diablo-project en de Korte Lijnen projecten. Alle projecten hadden tot doel de eerstelijns GGZ te versterken (verbeteren van de kwaliteit en samenwerking binnen de eerste lijn en tussen de eerste lijn en tweede lijn). Met als uiteindelijk doel dat meer mensen met psychische stoornissen in de eerste lijn geholpen kunnen worden en alleen indien nodig in de tweede lijn terecht komen. Uit de eerste resultaten van onderzoek blijkt, dat de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ in de pilot-regio's is verbeterd en dat de samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns GGZ is toegenomen. In 2006 wordt een start gemaakt met het landelijk borgen en implementeren van de goede voorbeelden uit de verschillende projecten via de regionale ondersteuningsstructuren (ROS-sen).
 5. In de jeugd-GGZ is het zorgaanbod voor jongeren met psychiatrische stoornissen in combinatie met ernstige gedragsstoornissen in 2005 verder ontwikkeld. Hiervoor is in 2005 € 5 miljoen extra beschikbaar gesteld voor de behandeling van jongeren in de crisisopvang van de justitiële jeugdinrichtingen. Het intramurale aanbod voor deze jongeren zal de komende jaren met 130 plaatsen worden uitgebreid. Diverse GGZ instellingen hebben hiervoor in 2005 een aanvraag ingediend. Op dit moment worden de aanvragen beoordeeld. Om de minister van Justitie beter in staat te stellen inhoud te geven aan zijn verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het strafrechtelijk vonnis heeft het kabinet in 2005 besloten dat de geestelijke gezondheidszorg voor meerderjarigen in strafrechtelijk kader vanaf 1 januari 2007 niet langer uit premiemiddelen of via het AFBZ (algemeen fonds bijzondere ziektekosten) wordt gefinancierd maar onderdeel uitmaakt van de rijksbegrotingmiddelen van de minister van Justitie.
 6. In 2005 is een start gemaakt met het landelijk actieprogramma kwaliteit (LAK) in de GGZ. Dit programma loopt tot eind 2007. Het LAK GGZ is een onderdeel van het programma Sneller Beter. Het LAK richt zich op de derde pijler van Sneller Beter. Op het gebied van het kwaliteitsprogramma en de ondersteuning van kwaliteitsprojecten kunnen op korte termijn grote stappen gezet worden. Thema's die binnen pijler 3 samen met het veld benoemd hebben zijn:
 - De invoering in de praktijk van multidisciplinaire richtlijnen waarbij ook patiënten, dan wel patiëntenorganisaties, betrokken zijn. Uiteraard komen voor implementatie met name die richtlijnen in aanmerking die zich qua timing daarvoor lenen en waarover inmiddels nog geen bevredigende afspraken zijn gemaakt.
 - Veiligheid: verbetering van de substitutiebehandelingen opiaatverslaving, medicatiebewaking, preventie van suicide, zelfverwonding en van incidenten in de zorg.
 - Patiëntenlogistiek: triage in de GGZ/Verslavingszorg.

Productiegegevens

De onderstaande tabel geeft een overzicht van enkele productie-indicatoren voor de Geestelijke Gezondheidszorg. De productie vertoont een groei bij het circuit ouderen en bij kinder- en jeugdpsychiatrie. Voor

wat betreft de productie in het circuit alcohol en drugs valt op dat het aantal deeltijdbehandelingen is afgenomen, terwijl het aantal ambulante contacten juist is toegenomen. Ten slotte is de productie forensische zorg gestegen en is ook het aantal verzorgingsdagen bij de RIBW-en toegenomen.

Productie Geestelijke Gezondheidszorg

	Realisatie 2000	Realisatie 2001	Realisatie 2002	Realisatie 2003	Realisatie 2004	Afspraak (stand maart 2006)
volwassenen en ouderen						
eerste opnamen	28 489	40 173	42 103	46 726	48 781	48 962
verpleegdagen	5 933 249	6 201 573	6 183 213	6 369 598	6 359 923	6 435 159
deeltijdbehandelingen	1 017 972	1 084 967	1 125 381	1 167 201	1 133 764	1 192 059
ambulante contacten	3 460 671	3 980 322	4 416 434	5 122 147	6 013 982	6 523 029
kinderen en jeugd						
eerste opnamen	1 951	2 458	2 554	2 789	3 227	2 268
verpleegdagen	387 439	395 676	427 389	462 199	485 858	501 170
deeltijdbehandelingen	118 058	138 219	155 573	167 983	183 951	211 872
ambulante contacten	465 062	491 123	515 376	571 078	668 586	747 496
alcohol en drugs						
eerste opnamen	7 652	8 490	8 043	7 970	7 903	8 732
verpleegdagen	505 328	511 845	545 807	597 493	629 470	656 648
deeltijdbehandelingen	60 409	59 499	69 025	74 858	121 097	90 007
ambulante contacten			198 552	271 602	411 683	506 144
forensisch						
eerste opnamen	331	401	476	603	729	746
verpleegdagen	122 775	147 536	156 034	176 390	207 276	220 287
deeltijdbehandelingen	16 826	13 645	16 316	18 359	19 879	22 947
ambulante contacten	45 592	67 739	94 226	119 614	163 307	218 163
RIBW						
verzorgingsdagen	2 079 866	2 115 534	2 248 436	2 109 864	2 626 930	3 021 843

Bron: CTG (College Tarieven Gezondheidszorg)

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

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Heroïnebehandeling: het aantal behandelplaatsen uitbreiden van 300 naar 1000.	Gedeeltelijk
2. Alcoholzorg: de drempel naar hulpverlening verlagen.	Gedeeltelijk
3. Het aanbod van voorzieningen voor verslaafden met psychiatrische problemen verspreiden.	Gedeeltelijk
4. Landelijk centraal registreren van medicatie die voorgeschreven is onder de Opiumwet.	Gedeeltelijk
5. Bewezen evidence based care en best practices doelmatig invoeren.	Ja
6. Zorggegevenssets en registraties in de verslavingszorg harmoniseren, aanvullen en verbeteren om te komen tot een informatievoorziening die past bij een vraaggericht zorgstelsel.	Gedeeltelijk

Toelichting:

1. Een aantal gemeenten heeft plannen ontwikkeld voor de ontwikkeling

van nieuwe behandel eenheden. Eind 2005 zijn in totaal 415 uitbreidingsplaatsen toegekend en is de eenmalige rijksbijdrage per gemeente aan de kosten hiervan vastgesteld. Een aantal aanvragen voldeed niet aan de gestelde eisen. Ook heeft een aantal gemeenten geen aanvraag ingediend.

2. Er zijn meer dan 80 projecten uitgevoerd, gericht op laagdrempelige alcoholhulpverlening en eerder bereiken van alcoholverslaafden. Het streven om 1 850 extra (nieuwe) cliënten te helpen is bereikt (Cipi 3). Avondspreekuren bleken niet te leiden tot een beter bereik van problematische drinkers. Het Actieplan alcoholzorg is inmiddels afgelopen. De gelden zijn structureel toegevoegd aan de premiemiddelen voor alcoholhulpverlening.
3. In de meeste regio's is een zorgaanbod voor verslaafden met psychiatrische stoornissen gerealiseerd. Er is bovendien een protocol ontwikkeld voor de behandeling van deze dubbel-diagnose patiënten. In sommige regio's blijkt overleg tussen de GGZ en de verslavingszorg meer tijd te kosten waardoor het zorgaanbod niet in 2005 gerealiseerd kon worden.
4. De uitrol van het registratiesysteem verloopt trager dan gepland door onder meer de diverse ICT-ontwikkelingen waarmee instellingen te maken hebben. Naar verwachting zal de uitrol in 2007 gerealiseerd zijn.
5. Uit een eind 2005 afgeronde evaluatiestudie van GGZ-Nederland blijkt dat de binnen het project Resultaten Scoren ontwikkelde behandelprotocollen en richtlijnen breed worden toegepast in de verslavingszorg.
6. Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) en zorginformatiesysteem (Zorgis) (de twee registratiesystemen in de verslavingszorg/GGZ) zijn geharmoniseerd. In 2006 zullen vanuit beide systemen gegevens worden aangeleverd.

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

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. De beschikbare capaciteit van de maatschappelijke opvang uitbreiden door de gemiddelde verblijfsduur te laten dalen d.m.v. een doeluitkering.	Gedeeltelijk
2. De beschikbare capaciteit voor vrouwenopvang uitbreiden met 100 extra opvangplaatsen in 2005 d.m.v. een doeluitkering.	Gedeeltelijk
3. De kwaliteit en effectiviteit van de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang Versterken.	Gedeeltelijk
4. De preventie, hulp en opvang verbeteren in geval van huiselijk en seksueel geweld.	Gedeeltelijk

Toelichting:

- 1 en 2. In het kader van grotestedenbeleid III (GSB) (loopt tot en met 2009) is afgesproken dat in 2005 een begin zou worden gemaakt met het uitbreiden van de beschikbare capaciteit van de maatschappelijke opvang door de gemiddelde verblijfsduur te laten dalen. Er zijn nog geen resultaten bekend. De bedragen voor de maatschappelijke opvang en de vrouwenopvang GSB vallen met ingang van 2005 onder de reikwijdte van de Brede doeluitkering sociaal, integratie en veiligheid (BDU SIV). Hiervoor is in 2005 een bedrag van € 190,1

miljoen overgeboekt naar het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

3. Projecten en onderzoeken zijn gestart waarvan de resultaten bijdragen aan een hogere effectiviteit en kwaliteit. Voorbeelden: Drempels weg, Geef opvang de ruimte. De projecten lopen door in 2006 en 2007. Resultaten zijn nu nog niet bekend.
4. De vorming van advies- en steunpunten huiselijk geweld, op grond van de Tijdelijke stimuleringsregeling advies- en steunpunten huiselijk geweld, ligt op schema. Per 1 januari 2006 zijn de Advies- en steunpunten operationeel in 27 centrumgemeenten voor de vrouwenopvang. De overige 9 starten naar verwachting in 2006 (bron: Rapport december 2005 van Transact, CIPI 1)

Voor bovenstaande punten wordt bovendien verwezen naar de voortgangsrapportage Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) maatschappelijke opvang 2005 van 23 december 2005.

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

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Zorg aan mensen aan de rand van de samenleving verbeteren, zodat de kwaliteit van hun leven wordt versterkt en verloedering en overlast worden aangepakt.	Ja
2. Zorg bieden aan onvrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten, met inachtneming van de rechten van de patiënt.	Gedeeltelijk
3. De betrokken (zorg)partijen stimuleren hun verantwoordelijkheid te nemen om de zorg toe te spitsen op allochtone zorgvragers.	Ja
4. De categorale eerstelijnsseksualiteitshulpverlening verbeteren, mede met het oog op de preventie van ongewenste zwangerschap.	Gedeeltelijk
5. Vrouwelijke genitale verminking bestrijden.	Gedeeltelijk

Toelichting:

1. Voor instellingen voor maatschappelijke opvang en vrouwenopvang was dit jaar ruim € 70 miljoen uit de AWBZ-middelen beschikbaar. Dat heeft geleid tot een substantiële uitbreiding van het aantal plaatsen begeleid wonen en meer zorgplaatsen in de maatschappelijke opvang. Daarmee was het mogelijk de zorg voor cliënten met zware psychische en verslavingsproblemen te verbeteren.
2. Het wetsvoorstel over het «klachtrecht» is door de Eerste en Tweede Kamer aangenomen en treedt in werking op 1 maart 2006. Voordat een eerdere wetwijziging in werking kon treden, moest een aantal geconstateerde gebreken in de klachtregeling worden hersteld. Nu dit wetsvoorstel is aanvaard, wordt de cassatiemogelijkheid, die al is aanvaard bij wet van 22 juni 2000, Stb. 292, ook van kracht. Ook het wetsvoorstel over de *observatiemachtiging* is in 2005 afgerond en treedt per 1 januari 2006 in werking. Deze machtiging regelt het observeren van mensen van wie een ernstig vermoeden bestaat dat zij lijden aan een geestesstoornis en dat door die stoornis gevaar voor henzelf bestaat. De observatiemachtiging treedt eerst tijdelijk (drie jaar) in werking. Het wetsvoorstel «zelfbinding» is door de Tweede Kamer aangenomen. Het Kabinetsstandpunt op de «tweede evaluatie van de Wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Bopz)» is door de Tweede Kamer besproken en aanvaard. De «Evaluatiecommissie derde evaluatie van de Wet Bopz» is met ingang van 1 december 2005 inge-

steld (tot 1 mei 2007). De commissie heeft tot taak om de volgende hoofdvraag te beantwoorden: functioneert de Wet Bopz na de diverse aanpassingen en de verbeterde voorlichting op adequate wijze en welke wijzigingen zijn eventueel noodzakelijk?

3. Conform de voornemens, zoals vastgelegd in de brief aan de Tweede Kamer van 10 januari 2005, zijn de volgende activiteiten uitgevoerd: Zorg Onderzoek Nederland en Medische Wetenschappen (ZonMw) heeft de opdracht gekregen een praktijkprogramma uit te werken, op basis van twee uitgangspunten: 1. het moet gaan om de implementatie van al beschikbare kennis en kunde; 2. het moet niet alleen gaan om de toerusting van zorgverleners, maar vooral ook om de toerusting van zorgvragers. Dit praktijkprogramma wordt uitgevoerd vanaf januari 2006. Het RIVM heeft een factsheet geproduceerd over de gezondheidssituatie van allochtonen en een tweede factsheet over het zorggebruik door allochtonen. Daarnaast bereidt het RIVM een advies voor over de vorm en inhoud van een monitor gezondheid en allochtonen.
4. In 2005 is gestart met het evaluatietraject van de medische en seksuologische hulpverlening. Dit moet uiteindelijk leiden tot een betere eerstelijns hulpverlening en een nieuwe financieringssystematiek in 2008. Mogelijkheden voor ruimte voor preventie van ongewenste zwangerschap in de eerstelijns hulpverlening zijn geïnventariseerd en worden bij de evaluatie in 2006 meegenomen. Met betrekking tot preventie van ongewenste zwangerschap is in 2005 een aantal onderzoeken verricht en nieuwe interventies ontworpen in opdracht van VWS.
5. Op 23 maart 2005 presenteerde de adviescommissie (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg) RVZ aan VWS haar advies over vrouwenbesnijdenis. Het Kabinet heeft hierover vervolgens met haar brief PG-OGZ 2594902 een standpunt gegeven. Dit standpunt komt in het kort neer op: Vanuit Pharos, het landelijke kenniscentrum voor Vluchtelingen en Gezondheid, worden gerichte preventieve acties ondernomen voor de risicogroepen. Andere doelen van het project zijn een grotere inzet van de jeugdgezondheidszorg, tijdige signalering en actieve voorlichting. Ook komt er een landelijke meldcode meisjesbesnijdenis voor medische beroepsgroepen. Het kabinet heeft besloten om de verjaringstermijn pas in te laten gaan als het slachtoffer 18 jaar wordt. VWS heeft € 3 miljoen in 2006 en 2007 voor de bestrijding van meisjesbesnijdenis beschikbaar gesteld. Dit bedrag gaat vooral naar de regio's waar relatief veel mensen wonen uit risicolanden: Amsterdam, Den Haag, Eindhoven, Rotterdam, Tilburg en Utrecht. De betrokken GGD'en maken voor deze steden een plan van aanpak. Het project loopt van 2005 tot en met 2008. Ook basisscholen en lokale zelfzorgorganisaties nemen deel aan het project.

Beleidsartikel 25: AWBZ- brede zorg

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 2005 zijn:

- In het convenant AWBZ 2005–2007 zijn de afspraken met brancheorganisaties vastgelegd voor een doelmatige AWBZ en een beheerste groei.
- Het CIZ heeft de protocollen Gebruikelijk Zorg, Huishoudelijke Verzorging, Ondersteunende begeleiding en Activerende begeleiding vastgesteld. Alle ketenpartners (CIZ-kantoren, zorgkantoren en zorgaanbieders) zijn aangesloten op de AZR en de landelijke kaders van het berichtenverkeer (berichtenmodel, integratiestandaarden, bedrijfsregels, handboek, beveiliging) zijn opgeleverd.

25.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begroting

(x € 1000)						
	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2005	2005	2005
Verplichtingen	23 173	27 737	82 655	136 908	171 408	- 34 500
Uitgaven	37 284	29 855	40 199	180 124	171 408	8 716
Programma-uitgaven	37 284	29 855	39 702	179 706	170 808	8 898
Vraaggestuurd systeem/zorg op maat (AWBZ)	37 284	29 855	39 702	179 706	170 808	8 898
Apparaatsuitgaven	0	0	497	418	600	- 182
Ontvangsten	2	468	516	2 719	0	2 719

Toelichting op de belangrijkste verschillen

Programma-uitgaven

De hogere uitgaven zijn een gevolg van de volgende mutaties:

- Bij eerste suppletore wet een verhoging van € 5,8 miljoen ten laste van artikel 24 ten behoeve van indicatiestellingen (geestelijke gezondheidszorg) GGZ-sector door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).
- Bij tweede suppletore wet een verhoging van € 2,7 miljoen voor subsidies aan Zorgkantoren ten behoeve van de ontwikkelingen en implementatie van de Algemene ZorgRegistratie (AZR) en een verlaging van € 6,2 miljoen als gevolg van minder uitgaven voor de indicatiestelling.
- Bij slotwet wordt per saldo € 7,1 miljoen toegevoegd aan het budget voor indicatiestelling ten behoeve van de versnelde afschrijving van de inventaris van het CIZ. Dit is een gevolg van de overname van de

inventaris van de regionale indicatie organen (RIO's) door het CIZ. De RIO's hadden een andere waarderingsgrondslag voor het inventaris. De versnelde afschrijving van inventaris van het CIZ betekent dat de afschrijvingslasten in de komende jaren lager zullen zijn.

Premie

Bedragen x € 1 miljoen

	Definitieve realisatie 2003	Volume	Nominaal	Technisch	Definitieve realisatie 2004	Volume	Nominaal	Technisch	Voorlopige realisatie 2005
	625,6	125,4	7,4	- 32,6	725,8	105,1	14,5	3,0	848,4
<i>Uitsplitsing volumemutatie</i>									
productie				2004	2005				
overig				125,4	135,1				
Totaal				0,0	- 30,0				
				125,4	105,1				

Bovenstaande tabel geeft aan hoe de uitgavenontwikkeling tussen 2003 en 2004 respectievelijk tussen 2004 en 2005 is samengesteld. De nominale uitgavenontwikkeling is het gevolg van toegedeelde loon- en prijsbijstellingen in de sector. De volumemutatie 2004 is het gevolg van een stijging in de uitgaven voor verstrekte PGB's.

Ook de volumestijging 2005 hangt samen met een hoger aantal verstrekte PGB's (€ 135,1 miljoen). Het onder overig vermelde bedrag hangt samen met een taakstelling terugdringing administratieve lasten.

Bedragen x € 1 miljoen

Sectoren	Voorlopige realisatie 2004 in Jaarverslag 2004	Definitieve realisatie 2004	Verschil 2004	Raming 2005 in begroting 2005	Voorlopige realisatie 2005	Verschil 2005
PGB's	805,2	725,8	- 79,4	889,0	848,4	- 40,6
Groeiruimte AWBZ	0,0	0,0	0,0	470,7	0,0	- 470,7
Totaal	805,2	725,8	- 79,4	1 359,7	848,4	- 511,3
<i>Uitsplitsing verschil</i>		Nominaal	0,0		Nominaal	14,5
		Volume	- 79,4		Volume	- 513,8
		Technisch/ statistisch	0,0		Technisch/ statistisch	- 12,0
		Totaal	- 79,4		Totaal	- 511,3

Toelichting op de definitieve uitgaven 2004

Bovenstaande tabel geeft aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2004 sinds het Jaarverslag 2004.

De volumemutatie in 2004 (-/- € 79,4 miljoen) wordt veroorzaakt door de afrekening van de uitgaven voor verstrekte PGB's op basis van geactualiseerde gegevens van het CVZ.

Toelichting op de voorlopige uitgaven 2005

De tabel geeft tevens aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2005 sinds de Begroting 2005.

De hogere ontwikkeling voor nominaal (€ 14,5 miljoen) is het saldo van nadere loon- en prijsbijstellingen in de sector.

De volumeontwikkeling in 2005 (-/- € 513,8 miljoen) wordt voornamelijk verklaard doordat in de Begroting 2005 op deze sector nog de groei ruimte voor de diverse AWBZ-sectoren stond geparkeerd. De groei waarvoor deze ruimte was gereserveerd is inmiddels gerealiseerd op de artikelen 24, 26 en 27 en wordt daar verantwoord. Daarnaast is sprake van een meevaller in de uitgaven voor verstrekte PGB's.

De technische mutatie (-/- € 12,0 miljoen) is het saldo van een tweetal mutaties. Er is € 6,0 miljoen overgeheveld naar artikel 27 ten behoeve van de subsidieregeling Coördinatie Vrijwillige Thuiszorg en Mantelzorg. Daarnaast is € 6,0 miljoen overgeheveld naar artikel 31 ten behoeve van beheerskosten PGB's.

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. Samenvoegen van de RIO's en het Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg (LCIG) in één organisatie (het CIZ). Deze organisatie wordt gefinancierd door de Rijksoverheid.	Ja
2. Kwaliteit van de indicatiestelling verbeteren door, uniformering, standaardisering en afbakening ten opzichte van andere voorzieningen zoals onderwijs arbeid etc.	Gedeeltelijk
3. Indicatiestelling doelmatiger laten plaatsvinden	Gedeeltelijk

Toelichting:

2. Het uniformeren, standaardiseren van indicatieprocessen alsmede het afbakenen ten opzichte van andere domeinen vergt een meerjarige aanpak en is in 2005 voortvarend ter hand genomen. Het CIZ heeft in het tweede kwartaal 2005 de protocollen Gebruikelijke Zorg, Huishoudelijke Verzorging, Ondersteunende begeleiding en Activerende begeleiding als CIZ beleidslijn opgesteld. De protocollen Behandeling, Verblijf, Persoonlijke Verzorging en Verpleging waren in 2005 in ontwikkeling. Hierin is de afbakening ten opzichte van andere voorzieningen aan de orde. Indicatiestellers worden opgeleid in het toepassen van de protocollen. In de loop van 2005 is een referentiewerkproces ontwikkeld dat zich richt op verdere vereenvoudiging en standaardisering van processen en de stroomlijning van gegevensvastlegging rond indicatiestelling.
3. Het referentiewerkproces heeft ook tot gevolg dat de indicatiestelling doelmatiger plaats vindt: wat snel kan worden afgehandeld, wordt ook snel afgehandeld. Per 1 mei 2005 zijn 19 standaard indicatieprotocollen ontwikkeld (SIP's). Gemandateerde ketenpartners (waaronder zorgaanbieders en ziekenhuizen) kunnen met behulp van deze SIP's snel zorg aanvragen en ook meteen zorg inzetten. De mogelijkheden om via mandatering zorg aan te vragen worden in de loop van 2006 uitgebreid. Verder is eind 2005 een aanmeldmodule opgeleverd waarmee ketenpartners via het Internet digitaal aanvragen kunnen indienen.

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 (berichtenmodel, integratiestandaarden, bedrijfsregels, handboek, beveiliging) die de basis vormen voor de 2e release (2006) van de AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR).	Ja
2. Alle ketenpartners (CIZ-kantoren, zorgkantoren en zorgaanbieders) aansluiten op de AZR.	Ja
3. Wachtlijstmeting uitvoeren op basis van AZR.	Ja
4. Ultiem vullen van de AZR en verbeteren van de kwaliteit.	Gedeeltelijk
5. Vermindering van de bureaucratie en vergroting van de transparantie door vervanging van papieren communicatie door gestandaardiseerd digitaal berichtenverkeer.	Gedeeltelijk
6. Het innen van de eigen bijdrage via de AZR.	Nee

Toelichting:

4. In 2005 zijn de voorbereidingen getroffen voor het project gericht op de ultieme vulling van de AZR. In vier zorgkantoorregio's is de ultieme vulling reeds gerealiseerd. In zes regio's zijn eind 2005 pilots uitgevoerd. Parallel aan de ultieme vulling is in 2005 een draaiboek gemaakt voor het verbeteren van de kwaliteit van de AZR. Dit kwaliteitsbeleid richt zich op de inhoudelijke aspecten van de AZR (volledigheid, actualiteit en de betrouwbaarheid van de gegevens) en op het verder stroomlijnen van de werkprocessen bij de ketenpartners (meer uniforme werkwijzen).
5. De invoering van de AZR leidt tot een vermindering van de papierstroom. Indicatiebesluiten worden niet meer per post verstuurd, maar vervangen door elektronische berichten. De indicatieorganen sturen bijna alle indicatiebesluiten elektronisch via het zorgkantoor naar de zorgaanbieders. In enkele regio's is reeds een begin gemaakt met het afschaffen van enkele van de zogeheten BZ-formulieren. Beide trends worden in 2006 krachtig doorgezet.
6. De implementatie van het berichtenverkeer met de zorgaanbieders loopt nog tot het voorjaar van 2006. Omdat de ultieme vulling in 2005 niet volledig is afgerond kon inning van de eigen bijdrage via de AZR niet in 2005 worden gerealiseerd.

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. Beheerste groei: onderzoek van het subsidieplafond 2005 pgb-nieuwe-stijl.	Ja
2. Afschaffing eigen bijdrage voor de functies ondersteunende- en activerende begeleiding in het pgb.	Ja
3. Onderzoek naar de monetarisering van de mantelzorg.	Ja
4. Beëindiging van de pgb-regelingen oude stijl.	Ja
5. Omslagpunten in de pgb-regeling.	Ja
6. Het nader bepalen van de waarde van het pgb-nieuwe-stijl naar aanleiding van het onderzoek naar normatieve kostprijzen en de invoering van de functiegerichte bekostiging.	Nee
7. Onderzoeken naar de vermindering administratieve lasten voor budgethouders.	Gedeeltelijk
8. Voorbereiden van de overgang van pgb-houders naar Wet maatschappelijke ondersteuning/ Zorgverzekeringswet (Wmo/Zvw).	Nee

Toelichting:

1. Naar aanleiding van signalen van een aantal zorgkantoren dat in januari 2005 het subsidieplafond al bereikt was of bereikt zou worden, is het College voor zorgverzekeringen (CVZ) om nader onderzoek verzocht. Bij brief van 15 april 2005 is de Tweede Kamer geïnformeerd over het onderzoeksrapport van het CVZ en de reactie daarop. Vooruitlopend op de uitkomsten van het onderzoek hebben zorgkantoren toestemming gekregen om pgb's toe te kennen tot 110% van het subsidieplafond en is het totale subsidieplafond 2005 vanwege een indexering met € 14,4 miljoen (1,63%) verhoogd. Met het subsidieplafond pgb-nieuwe-stijl van € 902,3 miljoen zijn wachtlijsten voorkomen en is beheerste groei gerealiseerd.
2. De motie Vietsch c.s. om de eigen bijdrage voor de functies ondersteunende- en activerende begeleiding in het pgb af te schaffen wordt per 1 januari 2006 uitgevoerd. De kosten die hiermee gemoeid zijn, zijn geraamd op circa € 10 miljoen per jaar.
3. Op basis van het onderzoek naar de monetarisering van de mantelzorg is de conclusie dat er op dit moment geen aanleiding is voor beleidswijzigingen. Het blijft mogelijk met een pgb verzekerde zorg bij mantelzorgers in te kopen.
4. Er is een plan van aanpak opgesteld om ervoor te zorgen dat de ruim 6 000 budgethouders oude stijl op 1 januari 2006 kunnen instromen in het pgb-nieuwe-stijl op basis van een functiegericht indicatiebesluit.
5. De gedragslijn ten aanzien van de omslagpunten in de pgb-regeling zijn in de pgb-regeling 2006 verankerd. Tot € 300 per dag moeten zorgkantoren onverkort uitvoering geven aan het indicatiebesluit. Daarnaast kunnen zorgkantoren een netto pgb van een verzekerde met een indicatie voor verblijf ophogen tot het bedrag dat de verzekerde in een instelling zou kosten, onder aftrek van de woonlasten. Hiermee wordt invulling gegeven aan de motie-Smits, waarin wordt verzocht instrumenten als zorgzwaartefinanciering en pgb zo in te richten dat zelfstandig wonen mogelijk is en blijft (Tweede Kamer, vergaderjaar 2004–2005, 26 631, nr. 122).
6. De invoering van de zorgzwaartefinanciering in de intramurale zorg is

uitgesteld tot 1 januari 2007. In verband daarmee is de waardebepaling van het pgb-nieuwe-stijl niet nader ingevuld.

7. Er zijn twee onderzoeken gestart om de mogelijkheden voor administratieve lastenverlichting voor budgethouders in kaart te brengen. Het onderzoek naar de mogelijkheid digitale verantwoording is in december 2005 afgerond en een breed verkennend onderzoek wordt begin 2006 afgerond.
8. De invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de «knip in de GGZ» is uitgesteld tot 1 januari 2007.

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. Er ontstaan concurrentiemogelijkheden op de aanbodmarkt, doordat aanbieders zich op de markt een positie met een eigen cliëntenkring kunnen verwerven door uit de zeven AWBZ-functies eigen producten met een eigen zorgprofiel samen te stellen.	Nee
2. De doelmatigheid wordt bevorderd, doordat bij de zorginkoop onderhandelingsmogelijkheden ontstaan over het volume en de prijs van de functies die worden ingezet.	Nee
3. De transparantie wordt bevorderd, doordat van elk product bekend is uit welke functies in welke omvang het is opgebouwd.	Nee
4. Er ontstaat meer maatwerk en er komen meer keuzemogelijkheden voor de cliënt.	Nee
5. Prijsvergelijking is mogelijk, doordat van elke functie (module) is aangegeven wat ervoor geacht wordt te zijn betaald (inzet deskundigheid, productiviteit, overhead).	Nee
6. De administratieve belasting kan worden teruggebracht, doordat de registratie en verantwoording die voor de bekostiging nodig is, AWBZ-breed gebeurt voor alle sectoren in termen van functies en klassen.	nee

Toelichting:

Alle voorgenomen beleidsprestaties hangen samen met de invoering van de intramurale functionele bekostiging, die uitgesteld is naar 1 januari 2007.

1 t/m 6: *Intramurale bekostiging:* aan het einde van 2003 is gestart met alle voorbereidende werkzaamheden om het sluitstuk van de gemoderniseerde AWBZ, de intramurale functiegerichte bekostiging per 1 januari 2006 in te voeren. Deze invoering is een technisch complexe operatie waarbij de bestaande situatie macro budgettair omgezet zal worden naar de nieuwe situatie. Om deze omzetting te vergemakkelijken is in samenwerking met de brancheorganisaties van zorgaanbieders, Zorgverzekeraars Nederland, het College Tarieven Gezondheidszorg en het College voor Zorgverzekeringen een hulpmiddel ontwikkeld om goed zicht te krijgen op de zorgvolumes in de AWBZ. Dit zijn de Intramurale Zorgarrangementen (IZA's). De ontwikkeling van het hulpmiddel is een dynamisch proces geweest waarbij het hulpmiddel is ontwikkeld, uitgetest, bijgesteld en weer opnieuw uitgetest. In februari en maart 2005 zijn door het hele land bijeenkomsten georganiseerd waarin aan aanbieders van intramurale zorg het hoe en waarom van de nieuwe bekostiging en de werking van het hulpmiddel (IZA's) is toegelicht. De brancheorganisaties bleken in de loop van het voorjaar 2005 te weinig vertrouwen te hebben in de goede invoering

van de nieuwe bekostiging en vonden dat het tempo te hoog lag. Daarom is besloten om de invoering van de nieuwe bekostiging uit te stellen tot 1 januari 2007. Omdat ook daarna vanuit het veld de complexiteit van de systematiek nog dikwijls opspeelde is de zomer van 2005 aangegrepen om de mogelijkheden te verkennen en uit te werken om de bekostigingssystematiek eenvoudiger en begrijpelijker te maken en te houden voor de cliënt, de inkoper van de zorg en de aanbieder ervan. Dit heeft geleid tot een aanpak gebaseerd op maximaal 15 zorgzwaartepakketten met meer ruimte voor flexibiliteit en vraagsturing in de zorglevering en zo min mogelijk administratieve lasten, door substitutie tussen de zorgsoorten (functies) binnen zorgzwaartepakketten (ZZP's) toe te staan (TK 2005–2006, 26 631, nr. 152). Het vanaf 2003 ontwikkelde hulpmiddel (IZA's) blijft als onderligger een belangrijk instrument voor de verdere ontwikkeling van de nieuwe bekostigingssystematiek waar het gaat om het prijzen van de zorgzwaartepakketten en bij het herijken van de indicatiestelling voor intramurale cliënten.

Extramurale bekostiging

Op 1 januari 2005 is bij de bekostiging van de extramurale zorg een vervolgstap gezet. Op die datum zijn nieuwe beleidsregels voor extramurale zorg ingegaan. In deze nieuwe beleidsregels is elke functie opgebouwd uit een basistarief met enkele opslagmodules. Deze beleidsregels bieden de inkopers en aanbieders van extramurale zorg de mogelijkheden om gericht en efficiënt afspraken over de levering van zorg te maken en maken een goede aansluiting mogelijk bij de zorgbehoefte van de cliënt. In 2006 wordt deze systematiek voortgezet.

Beleidsartikel 26: Gehandicapten- en hulpmiddelenbeleid

26.1 Algemene beleidsdoelstelling

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

Belangrijkste resultaten in 2005 zijn:

- Op regionaal niveau werken indicatieorganen voor onderwijs, zorg en justitie samen, maken afspraken en vereenvoudigen procedures. Deze good practices worden in 2006 landelijk verspreid.
- Om gelijke behandeling in de praktijk te bevorderen is een Actieplan opgesteld. Dit Actieplan (kamerstukken II, 29 355, nr. 1, 2004) is er op gericht «inclusief beleid» te realiseren.
- Een motie Vietsch met betrekking tot overhevelen van functies Ondersteunende en Activerende Begeleiding (OB/AB) naar de WMO heeft er toe geleid dat het project voor de overheveling van de dagbesteding naar arbeid en onderwijs zich vooralsnog geconcentreerd heeft op het inventariseren van de dagbesteding voor zowel kinderen als volwassenen.
- Als Keuze- ondersteunende informatie is de Hoorwijzer (www.hoorwijzer.nl) gerealiseerd en de eerste fase van de Routeplanner Alarmeringsapparatuur is afgerond.

26.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begroting

(x € 1000)						
	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2005	2005	2005
Verplichtingen	38 301	20 547	15 689	12 235	17 323	- 5 088
Uitgaven	33 761	23 467	16 126	11 103	17 365	- 6 262
Programma-uitgaven	29 728	20 425	13 105	8 180	14 445	- 6 265
Stimuleren aanbod zorgvoorzieningen	11 572	7 050	5 091	2 495	5 618	- 3 123
Versterken van de rechtspositie	8 532	6 276	5 572	4 140	5 518	- 1 378
Opheffen gescheiden leefsituatie	302	109	0	457	0	457
Kwaliteitstoetsing en -verbetering	9 322	6 990	2 442	1 088	3 309	- 2 221
Apparaatsuitgaven	4 033	3 042	3 021	2 923	2 920	3
Ontvangsten	1 747	1 058	1 294	1 644	182	1 462

Toelichting op de belangrijkste verschillen

Programma-uitgaven

Stimuleren aanbod zorgvoorzieningen

De lagere uitgaven zijn met name een gevolg van:

- Een verlaging bij de eerste suppletore wet door een overboeking € 0,4 miljoen naar artikel 33/Jeugdbeleid. Door het in werking treden van de Wet op de Jeugdzorg wordt de subsidie aan de William Schrikker

Stichting voor opvangplaatsen met ingang van 1 januari 2005 door het Regionaal Orgaan Amsterdam (ROA) verstrekt op basis van een provinciale of regionale verordening.

- Een verlaging bij tweede suppletore wet door een overboeking van € 0,8 miljoen naar de operationele doelstelling «Opheffen gescheiden leefsituatie», van € 0,2 miljoen naar artikel 98 voor Operatie Jong, van € 0,1 miljoen naar artikel 30 voor kwaliteitstoetsingen bij gehandicaptenorganisaties en € 0,7 miljoen als gevolg van niet ingevulde voornemens op het gebied van landelijk uitvoerend werk.
- Een onderuitputting als gevolg van uitstel van het onderzoeksprogramma gehandicaptenzorg op grond van het Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) advies (€ 0,4 miljoen) en de vrijval van € 0,3 miljoen in verband met de kenniscentra langdurige zorg.

Versterken van de rechtspositie

De lagere uitgaven zijn met name een gevolg van een verlaging bij de tweede suppletore wet van € 1,5 miljoen naar artikel 21 voor subsidie aan Zorg Onderzoek Nederland en Medische Wetenschappen (ZonMw) voor uitvoering van het programma Zorg voor Beter (Landelijk Actieprogramma Kwaliteit, Innovatie en Doelmatigheid (LAK) Care).

Opheffen gescheiden leefsituatie

De hogere uitgaven zijn met name een gevolg van een verhoging bij tweede suppletore wet voor onderzoek naar kwaliteitsverbetering cliënt-ondersteuning en voor ontwikkeling van zorgmodellen voor kinderdagcentra met meervoudig complex gehandicapte kinderen.

Kwaliteitstoetsing en verbetering

De lagere uitgaven zijn een gevolg van:

- Een verlaging bij de eerste en tweede suppletore wet door een overboeking van € 1,5 miljoen naar artikel 30 voor de subsidiëring van cliëntenorganisaties.
- Een verlaging bij tweede suppletore wet door een onderuitputting € 0,5 miljoen als gevolg van het niet doorgaan van een voorgenomen benchmark onder de instellingen in de gehandicaptenzorg.

Premie

Bedragen x € 1 miljoen

	Definitieve realisatie 2003	Volume	Nominiaal	Technisch	Definitieve realisatie 2004	Volume	Nominiaal	Technisch	Voorlopige realisatie 2005
	5 488,7	285,8	100,0	11,8	5 886,3	144,4	103,8	- 6,7	6 127,9
<i>Uitsplitsing volumemutatie</i>									
arbeidsmarkt en werkdruk				2004	2005				
productie				0,3	18,2				
overig				187,6	132,3				
Totaal				97,8	- 6,1				
				285,8	144,4				

Bovenstaande tabel geeft aan hoe de uitgavenontwikkeling tussen 2003 en 2004 respectievelijk tussen 2004 en 2005 is samengesteld.

De hogere uitgaven voor arbeidsmarkt en werkdruk in 2005 (€ 18,2

miljoen) bestaat uit «Van Rijn-middelen» en middelen die zijn toegeedeeld na het beëindigen van de subsidieregeling sectorfondsen.

De nominale uitgavenontwikkeling is het gevolg van loon- en prijsbijstellingen en de exploitatiegevolgen van instandhoudingsbouw in de verschillende deelsectoren. De volumeontwikkeling hangt zowel voor 2004 als voor 2005 voor het overgrote deel samen met extra geleverde productie.

De mutatie onder de post overig hangt grotendeels samen met een stijging in de uitgaven voor hulpmiddelen in 2004. In 2005 trad er een geringe daling in de uitgaven voor hulpmiddelen op.

Bedragen x € 1 miljoen

Sectoren	Voorlopige realisatie 2004 in Jaarverslag 2004	Definitieve realisatie 2004	Verschil 2004	Raming 2005 in begroting 2005	Voorlopige realisatie 2005	Verschil 2005
Gehandicaptenzorg	4 542,1	4 567,6	25,5	4 469,0	4 801,2	332,2
Subsidieregelingen MEE (voorheen Sociaal pedagogische diensten)	81,6	75,9	- 5,7	84,5	87,5	3,0
Hulpmiddelen	156,6	157,1	0,5	137,9	159,6	21,7
Totaal	1 091,3	1 085,7	- 5,6	1 140,8	1 079,6	- 61,2
	5 871,6	5 886,3	14,7	5 832,2	6 127,9	295,7
Uitsplitsing verschil		Nominaal Volume	46,0		Nominaal Volume	114,5
		Technisch/statistisch	- 31,3		Technisch/statistisch	187,5
		Totaal	0,0		Totaal	- 6,3
			14,7			295,7

Toelichting op de definitieve uitgaven 2004

Bovenstaande tabel geeft aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2004 sinds het Jaarverslag 2004.

De nominale uitgavenontwikkeling (€ 46,0 miljoen) is het saldo van nadere loon- en prijsbijstellingen in de sector en het actualiseren van de raming van de kapitaallasten.

De volumemutatie in 2004 (-/- € 31,3 miljoen) wordt veroorzaakt door de herziene afrekening van de uitgaven voor gehandicaptenzorg op basis van geactualiseerde gegevens van het CTG.

Toelichting op de voorlopige uitgaven 2005

Deze tabel geeft tevens aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2005 sinds de Begroting 2005.

De nominale uitgavenontwikkeling (€ 114,5 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 2005 € 187,5 miljoen. Dit is het saldo van diverse ontwikkelingen. Zo is er sprake van hogere uitgaven als gevolg van extra geleverde productie in de gehandicaptenzorg (€ 226,4 miljoen). Hierin is de veronderstelling verwerkt dat het realisatieniveau van de productie ten opzichte van de afspraken gemiddeld 99% bedraagt.

Daarnaast is sprake van een meevaller in de uitgaven voor hulpmiddelen (€ 73,9 miljoen) en enkele andere in omvang geringe mutaties.

Het onder «technisch/statistisch» vermelde bedrag is het saldo van een overheveling van de subsidieregeling Bone Anchored Hearing Aids naar

artikel 22 (€ 0,8 miljoen) en een correctie op de overheveling van middelen vanuit artikel 25 ten behoeve van de CVZ-subsidieregeling ADL (€ 5,5 miljoen).

26.3 Operationele doelstellingen

26.3.1 Het creëren van een zodanig gedifferentieerd aanbod van voorzieningen op het terrein van zorg dat mensen met een langdurige beperking op basis van indicatie binnen een redelijke termijn adequaat geholpen kunnen worden

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Een gevarieerd aanbod tot stand brengen voor mensen met een beperking. In 2005 ligt het accent op het wegwerken van de functioneel slechte gebouwen bij de zorginstellingen.	Gedeeltelijk
2. In het kader van Operatie Jong wordt gestreefd naar minder bureaucratische procedures en een betere afstemming van de indicatietrajecten voor de toegang tot onderwijs, zorg en justitiële inrichtingen.	Gedeeltelijk
3. De instellingen voor licht verstandelijk gehandicapten (lvg) en de jeugdzorginstellingen beter met elkaar laten samenwerken.	Gedeeltelijk
4. Ontwikkeling van Richtlijnen hulpmiddelenzorg: 3 delen van het Hulpmiddelenkompas.	Gedeeltelijk

Toelichting:

1. Het programma voor het actief benaderen van instelling met functioneel slechte gebouwen is in 2005 vrijwel afgerond. Met alle instellingen zijn afspraken gemaakt, waarmee in beginsel de «deadline» van 1 september 2008 gehaald kan worden.
2. Na inventarisatie van de mogelijkheden is besloten om geen centrale (virtuele) loketten in te richten, maar in 2005 te bouwen aan good practices. In enkele regio's doen indicatieorganen ervaring op met samenwerking, afspraken en vereenvoudiging van procedures. In 2006 worden deze good practices verspreid naar landelijk niveau.
3. Om meer duidelijkheid te krijgen over meervoudige problematiek bij lvg-jeugd zijn eind 2004 drie pilotprojecten in Drenthe, de regio Dordrecht en in de stadsregio Amsterdam gefaciliteerd. Deze pilots zijn in 2005 afgerond. Om de aansluiting van de indicatiestelling voor de jeugdzorg en de (verstandelijk-)gehandicaptensector te verbeteren is een plan ontwikkeld om tot nieuwe indicatiecriteria te komen. Ook is een verkenning uitgevoerd naar deskundigheidsbevordering binnen de Bureaus Jeugdzorg. Verder is het College voor zorgverzekeringen (CVZ) onlangs gevraagd een uitvoeringstoets te doen naar criteria voor indicatiestelling. De uitkomsten daarvan worden begin 2006 verwacht.
4. In 2005 is het onderdeel loophulpmiddelen afgerond. Voor de onderdelen loophulpmiddelen, vernevelapparatuur en zuurstofvoorziening is een interactieve website ontwikkeld. Voorts is een begin gemaakt met de ontwikkeling van een kompas voor visuele hulpmiddelen.

Productiegegevens

De onderstaande tabel geeft een overzicht van enkele productie-indicatoren.

Productie gehandicaptenzorg						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
verstandelijk gehandicaptenzorg						
<i>intramurale zorg</i>						
verpleegdagen	13 138 905	13 279 065	13 527 065	13 699 180	13 953 220	14 151 050
<i>semi-murale zorg</i>						
wonen	6 445 030	6 505 176	6 608 292	6 670 899	6 490 578	6 563 486
dagbesteding ¹	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	292 001	276 940	261 741
<i>semi-murale zorg</i>						
wonen	833 839	858 493	873 770	933 207	1 028 244	1 066 763
dagbesteding ¹	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	98 915	98 185
auditief gehandicapten	227 176	213 197	218 593	219 850	236 474	
<i>semi-murale zorg</i>						
wonen	79 935	85 045	85 045	90 520	60 858	62 160
instellingen voor meervoudig gehandicapten						
<i>semi-murale zorg</i>						
wonen	25 550	25 550	25 185	25 185	26 352	27 742
dagbesteding ¹	87 032	85 311	104 554	151 096		
extramurale productieafspraken (in € miljoen)					974	1 082

Bron: CTG (College Tarieven Gezondheidszorg)

¹ Dagbesteding is vanaf 2004 opgenomen onder extramurale productieafspraken.

De productie vertoont een groei bij de semi-murale zorg en de extramurale zorg. Bij de verstandelijk gehandicapten is daarnaast ook een groei zichtbaar in het aantal verpleegdagen bij intramurale zorg. Het aantal dagen intramurale zorg is bij de zorg voor lichamenlijk en zintuiglijk gehandicapten in 2005 licht afgenomen.

Wachttijden

Het College voor Zorgverzekeringen heeft een verdiepend onderzoek uitgevoerd onder alle zorgkantoren om een goed beeld te krijgen van de «wereld achter de cijfers» uit de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR). Hoofconclusie van dit onderzoek is dat er eind 2005 nauwelijks sprake is van wachtlijsten in de gehandicaptenzorg, en wel om de volgende redenen:

- De overgrote meerderheid van personen met een AWBZ-indicatiebesluit kan snel worden geholpen.
- In bijna alle regio's zijn volgens de zorgkantoren, evenals vorig jaar, geen wachtenden voor zorg zonder verblijf. Slechts enkele regio's melden wachtenden voor ondersteunende en/of activerende begeleiding.
- Circa 90% van de personen die in de AZR staan geregistreerd als wachtend op zorg met verblijf, krijgt in de thuissituatie (overbruggings)zorg

aangeboden. Het merendeel van deze personen is daarover tevreden en ziet af van zorg met verblijf.

- De urgente wachtlijst is slechts circa 5% tot 10% van het aantal personen dat wacht op zorg met verblijf. Naar inschatting gaat het om circa 500 tot 1 000 wachtenden. Het gaat hierbij vooral om personen met meervoudige, complexe problematiek, zoals sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten en meervoudig gehandicapten. Deze personen zijn moeilijk plaatsbaar, omdat zij met hun specifieke (gedrags)problemen niet op alle vrijgekomen plaatsen terecht kunnen. Bijna iedereen krijgt in de thuissituatie overbruggingszorg aangeboden, maar deze is niet toereikend. Aanvullend vraagt het realiseren van een passend zorgaanbod voor de ouder wordende verstandelijk gehandicapte toenemend aandacht. Evenals vorige jaren blijkt dat er geen noemenswaardige wachtlijsten zijn voor mensen met een zintuiglijke beperking. Volgens een peiling onder een representatieve groep van zorgaanbieders blijkt dat de wachtlijsten bij deze instellingen vooral het karakter hebben van planningslijsten. Dit betekent dat personen die zich melden snel zijn te helpen.

26.3.2 De rechtspositie van mensen met een beperking en/of chronische aandoening regelen/bevorderen met het oog op een volwaardige participatie

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Voorkómen dat mensen met beperkingen worden benadeeld en dat mensen worden buitengesloten door aparte voorzieningen te creëren. Er wordt gestreefd dat overheden bij het ontwikkelen van beleid rekening houden met verschillen tussen mensen en dat voorzieningen daarop worden aangepast. Dit wordt «inclusief beleid» genoemd.	Gedeeltelijk
2. Om gelijke behandeling in de praktijk te bevorderen hebben we een Actieplan opgesteld. Dit Actieplan (kamerstukken II, 29 355, nr. 1, 2004) is er naast de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (WGBH/CZ) op gericht «inclusief beleid» te realiseren. Er wordt gezorgd voor een bestuurlijke coördinatie-structuur om het Actieplan uit te voeren.	Ja
3. De individuele rechtsbescherming en empowerment van mensen met een beperking verbeteren, eventueel door de WGBH/CZ uit te breiden.	Gedeeltelijk
4. Monitoring en evaluatie van de meerkostenproblematiek, zorg en maatschappelijke participatie.	Ja
5. De bekendheid van de Wet medische keuringen vergroten door voorlichting.	Ja
6. Instellen van een klachtencommissie ter ondersteuning van de Wet medische keuringen.	Gedeeltelijk

Toelichting:

- 1 en 2. In de Tussentijdse evaluatie van het Actieplan gelijke behandeling in de praktijk is uitgebreid gerapporteerd aan de Tweede Kamer (Kamerstukken II, 2005–2006, 29 355 nr. 26) over de stand van zaken. De Taskforce Handicap en Samenleving heeft tot taak het maatschappelijk bewustzijn te vergroten zodat er minder onnodige drempels voor mensen met beperkingen worden opgeworpen. Een van de consequenties zal zijn dat opdrachtgevers zich bewuster worden van de noodzaak van «design for all».
3. Over het voorstel tot uitbreiding van de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte met het domein wonen, heeft

de Raad van State in november 2005 advies uitgebracht. Het is de bedoeling dat de wet in 2006 uitgebreid zal worden met het terrein goederen en diensten.

5. Besloten is voor de klachtenregeling verzekeringskeuringen niet af te wijken van de Wet financiële dienstverlening. Hiermee wordt aangesloten bij de huidige praktijk waarin, na behandeling door verzekeraar zelf, de klacht door de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen wordt behandeld indien één van de partijen dit wenst. Hiermee wordt eveneens aangesloten bij voorlopige afspraken die door de veldpartijen zijn gemaakt.
6. Conform toezegging aan de Tweede Kamer (TK, 2003–2004, 29 200 XV, nr. 14) is het Patiënten panel Chronisch Zieken (PPCZ) uitgebreid met een gehandicaptenpanel: het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG). Daarnaast is het **Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg** (NIVEL) in 2005 gestart met een panel van mensen met een verstandelijke beperking. Dit is het panel «Samen leven». Het NIVEL zal in nauwe samenwerking met het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) op grond van informatie uit beide panels jaarlijks de participatiemonitor opstellen. De participatiemonitor is een instrument in het kader van de WGBH/CZ om te meten of meer gehandicapten en chronisch zieken in de periode 2005–2008 gebruik kunnen maken van algemene voorzieningen (zoals openbaar vervoer).

26.3.3 Het regelen van randvoorwaarden voor samenhangende zorg, wonen en maatschappelijke ondersteuning in lokale samenleving, zodat mensen met een beperking kunnen (blijven) deelnemen aan de samenleving

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. De randvoorwaarden scheppen, zodat wonen in de wijk, arbeid en onderwijs ook mogelijk zijn voor cliënten die in grootschalige voorzieningen wonen. Tot en met 2006 moet aan minimaal 1 000 cliënten per jaar de mogelijkheid worden geboden.	Ja
2. Eind 2005 dient het aandeel maatschappelijk dagbesteding te zijn gestegen ten opzichte van begin 2005 en het aandeel AWBZ-dagbesteding te zijn gedaald.	Niet te realiseren
3. Leerplichtige kinderen met beperking moeten kunnen deelnemen aan het reguliere onderwijs en dit kunnen afdwingen. Tevens moeten onderwijs- en zorginstellingen met onderwijs-zorgarrangementen tot één handelingsplan voor het kind komen.	Ja
4. Het zodanig toerusten van de kinderdagcentra dat ook de meervoudig complex gehandicapten kinderen verantwoorde zorg en opvang krijgen. In 2005 worden de zorg- en leerplannen voor de kinderen ontwikkeld.	Ja
5. De dagbesteding (ondersteunende en activerende begeleiding) moet in 2007 worden overgeheveld naar het domein van de lokale overheid.	Gedeeltelijk
6. Het integreren van diverse vormen van cliëntondersteuning in de care.	Gedeeltelijk
7. De toepassing van informatie- en communicatietechnologie (ict) in de hele samenleving leidt tot grote veranderingen. Het is een uitdaging om juist op deze terreinen het «meedoen» door mensen met beperkingen een centrale plaats te geven en te verbeteren. Juist de flexibiliteit van deze technologie biedt de mogelijkheid om tegen relatief lage kosten rekening te houden met verschillen tussen mensen, mits dit gebeurt vanaf het eerste begin dat de toepassingen worden ontwikkeld. Wij streven ernaar dat «design for all» gemeengoed wordt.	Nee

Toelichting:

1. Medio 2005 is het totale aantal plaatsen in de regeling kleinschalige woonvoorzieningen op circa 7300 gekomen. Ruim 300 meer dan in 2004 (Cipi 3 bron: toelatingsregistratie). Het gaat hier om nieuwe plaatsen in het kader van de wachtlijstbestrijding, om vervanging van grootschalige plaatsen én om plaatsen die al wel kleinschalig waren maar nog niet als zodanig waren aangemeld. Naar schatting betreft het circa 1000 nieuwe plaatsen voor cliënten die voorheen grootschalig woonden.
2. Dit is onbekend omdat het meetinstrument dat nodig is om deze prestatie te meten, niet beschikbaar is. In de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is de maatschappelijke dagbesteding niet als aparte categorie benoemd.
3. De handelingsplannen die voortkomen uit de onderwijs-zorgarrangementen worden gefinancierd met de rugzak. Met toepassing van de richtlijn afbakening en reikwijdte AWBZ en onderwijs (Kamerstuk 26 631 en 27 728, nrs. 75 en 76). Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) is gevraagd om de regeling uniform landelijk toe te passen.
4. Met subsidie van VWS is door de Rijksuniversiteit Groningen (RUG) in samenwerking met drie kinderdagcentra een in de praktijk overdraagbaar begeleidingsmodel (zorg- en leerplan) voor kinderen met een meervoudige complexe handicap ontwikkeld. Voorts hebben de drie betrokken kdc's in een rapport beschreven hoe de nieuwe inzichten en methodieken kunnen worden overgedragen. Met het beschikbaar komen van de twee rapporten worden kinderdagcentra (kdc's) een praktische handreiking geboden voor het begeleiden van meervoudig complex gehandicapte kinderen. Vòòr 2005 waren er al 66 gerealiseerd (Cipi 3). Naar schatting zijn er ultimo 2005 in totaal circa 300 plaatsen gerealiseerd. De doelstelling is dus slechts gedeeltelijk gehaald (234 plaatsen). Het aantal toezeggingen is wel voldoende om het aantal van 300 in 2006 wél ruimschoots te halen.
5. Onderzoek om de dagbesteding te inventariseren is in 2005 uitgevoerd voor zowel kinderen als volwassenen. De motie Vietsch met betrekking tot pilots gericht op overhevelen van functies Ondersteunende en Activerende Begeleiding (OB/AB) naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO heeft er toe geleid dat het project voor de overheveling van de dagbesteding naar arbeid en onderwijs zich vooralsnog geconcentreerd heeft op het in kaart brengen van de huidige stand van zaken. Daartoe is bovengenoemd onderzoek uitgevoerd. De pilots voor overheveling van de dagbesteding voor kinderen en volwassenen naar respectievelijk onderwijs en arbeid zijn nog niet gerealiseerd.
6. In het kader van de WMO is een care breed traject opgezet voor cliënt-ondersteuning, alle sectoren zijn hierbij betrokken.
7. Verschillende initiatieven zijn gestimuleerd: een masterclass «design for all» voor ontwerpers; een project voor jonge ontwerpers gericht op de verbeteringen in het ontwerpen van woonomgevingen en de toegankelijkheid van het internet wordt gestimuleerd. In het kader van de Raad van Europa en de Europese Unie worden initiatieven ontwikkeld, waarbij Nederland een actieve rol speelt. De resultaten zijn beperkt. De belangrijkste oorzaak hiervan lijkt te zijn dat opdrachtgevers zich nog te weinig bewust zijn van de wenselijkheid om «design for all» als ontwerpstrategie te hanteren.

26.3.4 Kwaliteitstoetsing en -verbetering stimuleren vanuit cliëntperspectief en de doelmatigheid van zorg- en dienstverlening verbeteren

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Het verbeteren van de zeggenschap van de cliënten, de patiëntveiligheid en patiëntenlogistiek, het verhogen van de transparantie over de kwaliteit en een betere verspreiding van kwaliteitsinnovaties in de zorg.	Ja
2. Keuzeondersteunende informatie voor gebruikers van hulpmiddelen.	Gedeeltelijk

Toelichting:

1. In 2005 zijn in het kader van «Zorg voor Beter» verschillende verbeterprogramma's van start gegaan. Op de thema's decubitus en voeding&vocht is gestart met zogenoemde doorbraaktrajecten. De verspreiding van best practices is versneld. Voor andere thema's in het programma zoals preventie van seksueel misbruik in de gehandicaptenzorg en medicatieveiligheid is in 2005 de voorbereiding gedaan. De inventarisatie van best practices is in 2005 afgerond. De website als communicatiekanaal van de verbetertrajecten is goed bezocht evenals die van Zorg voor Beter.
2. De Hoorwijzer (www.hoorwijzer.nl) is gerealiseerd. De eerste fase van de Routeplanner Alarmeringsapparatuur is afgerond.

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

Kwaliteit van zorg (met name in verpleeghuizen) vormde een belangrijk thema in 2005. In 2005 is hierover regelmatig met de Tweede Kamer overlegd en is de Tweede Kamer regelmatig geïnformeerd. Daarnaast hadden ontwikkelingen in de totstandkoming van de WMO (zie beschrijving in artikel 34) en maatregelen in het kader van het vergroten van de houdbaarheid van de AWBZ (zie artikel 25) ook hun effect op de sector verpleging en verzorging.

27.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begroting

(x € 1000)						
	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2005	2005	2005
Verplichtingen	32 925	23 987	19 664	37 247	20 495	16 752
Uitgaven	35 173	22 244	19 451	25 195	21 287	3 908
Programma-uitgaven	32 061	18 999	16 209	21 929	18 079	3 850
Tijdigheid en toegankelijkheid	4 069	2 455	2 692	1 593	4 769	- 3 176
Passendheid en keuzevrijheid	8 055	3 581	3 911	4 940	1 646	3 294
Samenwerking mantel- en professionele zorg	4 922	5 104	4 903	5 015	5 062	- 47
Kwaliteit	1 653	2 084	1 738	9 734	5 089	4 645
Doelmatigheid	9 053	4 465	1 711	521	800	- 279
Coördinatie en communicatie ouderenbeleid	4 309	1 310	1 254	126	713	- 587
Apparaatsuitgaven	3 112	3 245	3 242	3 266	3 208	58
Ontvangsten	3 253	810	1 270	1 196	0	1 196

Toelichting op de belangrijkste verschillen

Programma-uitgaven

De totale programma uitgaven waren in 2005 € 3,9 miljoen hoger dan begroot. De belangrijkste oorzaak daarvan zijn de meeruitgaven voor kwaliteit. De beschikbare middelen voor kwaliteit zijn zowel in eerste als in tweede suppletore wet verhoogd.

Tijdigheid en toegankelijkheid

De uitgaven zijn bijna € 3,2 miljoen lager dan begroot. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door een overheveling binnen artikel 27 van € 3 miljoen naar de operationele doelstelling «passendheid en keuzevrijheid».

Dit betreft een administratieve correctie en was al opgenomen in de 1e suppletore wet.

Passendheid en keuzevrijheid

De uitgaven zijn € 3,3 miljoen hoger dan begroot. Dit wordt veroorzaakt door uitgaven van € 4,3 miljoen voor de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO), waarvoor bij gelegenheid van de 1e suppletore wet extra budget is toegevoegd. Hiertegenover staat dat ongeveer € 1 miljoen is overgeheveld naar andere begrotingsartikelen (o.a. voor de financiering van cliëntentoetsen). Deze mutaties waren al opgenomen in de 1e suppletore wet. Bij slotwet wordt € 1,1 miljoen overgeheveld naar artikel 25 ten behoeve van de indicatiestelling.

Kwaliteit

Bij 1e en 2e suppletore wet zijn de beschikbare middelen voor kwaliteit per saldo met € 8,5 miljoen opgehoogd. Niet al deze middelen zijn in 2005 ook tot besteding gekomen. Zo bedragen de uitgaven voor het steunpunt verpleeghuiszorg in 2005 € 7,4 miljoen, waar € 10 miljoen was voorzien. Bij slotwet wordt € 2,3 miljoen overgeheveld naar artikel 25 ten behoeve van de indicatiestelling.

Doelmatigheid

De uitgaven zijn bijna € 0,3 miljoen lager dan begroot. In de 1e suppletore wet was het budget al benedenwaarts bijgesteld met € 0,2 miljoen voor de financiering van cliëntentoetsen.

Communicatie en coördinatie van het ouderenbeleid

In de 2e suppletore wet is het budget verlaagd met € 0,3 miljoen in verband met onderuitputting. Daarnaast is ruim € 0,1 miljoen overgeheveld naar andere begrotingsartikelen. Bij slotwet wordt € 0,2 miljoen overgeheveld naar artikel 25 ten behoeve van de indicatiestelling.

Ontvangsten

De ontvangsten bedroegen in 2005 € 1,2 miljoen. Het betreft incidentele niet geraamde ontvangsten van verrekeningen van voorgaande jaren en de wet op de bejaardenoorden (WBO). In de 2e suppletore wet was de ontvangstenraming al bijgesteld tot € 0,7 miljoen.

Premie

Bedragen x € 1 miljoen

	Definitieve realisatie 2003	Volume	Nominiaal	Technisch	Definitieve realisatie 2004	Volume	Nominiaal	Technisch	Voorlopige realisatie 2005
	10 931,1	- 65,1	144,3	21,7	11 031,9	354,4	189,2	- 3,1	11 572,4
<i>Uitsplitsing volumemutatie arbeidsmarkt en werkdruk productie overig</i>				<i>2004</i>	<i>2005</i>				
				1,0	13,1				
				235,4	308,2				
				- 301,5	33,1				
Totaal				- 65,1	354,4				

Bovenstaande tabel geeft aan hoe de uitgavenontwikkeling tussen 2003 en 2004 respectievelijk tussen 2004 en 2005 is samengesteld.

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

De volumeontwikkeling in 2004 is het saldo van extra uitgaven als gevolg van extra geleverde productie in de sector verpleging en verzorging (€ 235,4 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 – € 301,5 miljoen die weergegeven is onder de post overig.

De volumeontwikkeling in 2005 bestaat uit drie mutaties. De eerste mutatie van € 13,1 miljoen, wordt veroorzaakt omdat de zogenaamde «Van Rijn» middelen (arbeidsmarktmiddelen) zijn toebedeeld aan de sectoren nadat de subsidieregeling sectorfondsen is beëindigd.

De mutatie van € 308,2 miljoen is voor het grootste deel het gevolg van extra geleverde productie in de sector verpleging en verzorging.

De mutatie van € 33,1 miljoen onder de post overig is een saldopost voor subsidie-uitgaven en middelen voor zorgvernieuwing.

Bedragen x € 1 miljoen

Sectoren	Voorlopige realisatie 2004 in Jaarverslag 2004	Definitieve realisatie 2004	Vershil 2004	Raming 2005 in begroting 2005	Voorlopige realisatie 2005	Vershil 2005
Verpleeghuizen	4 704,8	10 936,4	6 231,6	4 642,9	11 478,0	6 835,1
Verzorgingshuizen	3 592,5	0,0	- 3 592,5	3 642,0	0,0	- 3 642,0
Thuiszorg	2 837,3	0,0	- 2 837,3	2 855,2	0,0	- 2 855,2
Subsidieregelingen V&V-sector	127,0	95,5	- 31,5	99,7	94,4	- 5,3
Totaal	11 261,6	11 031,9	- 229,7	11 239,8	11 572,4	332,6
Uitsplitsing verschil		Nominaal	- 30,0		Nominaal	45,8
		Volume	- 199,7		Volume	289,8
		Technisch/statistisch	0,0		Technisch/statistisch	- 3,0
		Totaal	- 229,7		Totaal	332,6

Toelichting op de definitieve uitgaven 2004

Bovenstaande tabel geeft aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2004 sinds het Jaarverslag 2004.

De lagere ontwikkeling voor nominaal in 2004 (- € 30,0 miljoen) is het saldo van nadere loon- en prijsbijstellingen in de sector en het actualiseren van de raming van de kapitaallasten.

Het lagere bedrag van € 199,7 miljoen voor volume is het saldo van diverse bijstellingen op basis van het CTG (budgetten) en het CAK (bovenbudgettaire vergoedingen).

Toelichting op de voorlopige uitgaven 2005

Deze tabel geeft tevens aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2005 sinds de Begroting 2005.

De hogere ontwikkeling voor nominaal (€ 45,8 miljoen) is het saldo van nadere loon- en prijsbijstellingen in de sector en het actualiseren van de raming van de kapitaallasten.

Het hogere bedrag aan volume (€ 289,8 miljoen) betreft een saldo van diverse meer- en minderuitgaven. Zo is er sprake van hogere uitgaven als

gevolg van extra geleverde productie in de sector verpleging en verzorging (€ 277,5 miljoen). Hierin is de veronderstelling verwerkt dat het realisatieniveau van de productie ten opzichte van de afspraken gemiddeld 99% bedraagt.

Daarnaast is sprake van lager dan geraamde uitgaven voor subsidies via het CVZ en hogere uitgaven voor bovenbudgettaire vergoedingen (zoals tandheelkundige hulp in instellingen voor verpleging en verzorging).

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 wachtlijsten worden in 2005 gemonitord in de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR).	Ja
2. Het care brede stimuleringsprogramma Regionale Aanpak Productie wordt in 2005 voortgezet.	Ja

Toelichting:

1. De monitoring van de wachtlijsten vond in 2005 plaats op basis van wachtlijstgegevens uit het AZR bij de zorgkantoren (en niet zoals voorheen gebeurde op basis van wachtlijstgegevens van individuele instellingen).

Productiegegevens

In onderstaande tabellen zijn het aantal dagen in verpleeg- en verzorgingshuizen en het aantal uren extramurale zorg van een aantal functies in de sector verpleging en verzorging opgenomen. Bij de productie van de intramurale zorg vertoont het aantal dagen in de verzorgingshuizen een daling. In de verpleeghuizen neemt het aantal dagen toe.

Voor de extramurale zorg is het aantal uren voor alfahulpverlening, huishoudelijke zorg, persoonlijke verzorging en verpleging aanzienlijk toegenomen.

Productie V&V: Aantallen verpleeg/verzorgingsdagen			
	Realisatie 2003	Realisatie 2004	Afspraak 2005 (stand maart 2006)
Verzorgingshuizen	38 757 397	37 342 257	37 208 981
Verpleeghuizen	22 379 560	22 694 360	23 421 348

Bron: CTG (College Tarieven Gezondheidszorg)

Productie Extramuraal: Totaal aantal uren alfahulpverlening/huishoudelijke verzorging/persoonlijke verzorging/verpleging			
	Realisatie 2003	Realisatie 2004	Afspraak maart (stand maart 2006)
Thuiszorg	75 237 446 ¹	76 019 290	
Verpleeghuizen	1 498 458 ¹	2 199 633	
Verzorgingshuizen Extramuraal ²	6 481 530	7 537 705	89 377 015
Totaal	83 217 434	85 756 628	89 377 015

Bron: CTG (College Tarieven Gezondheidszorg)

¹ In verband met de in 2003 nog bestaande lumpsumfinanciering is er mogelijk meer productie gerealiseerd.

² Vanaf 2005 worden bij het CTG niet meer afzonderlijk uren voor extramuraal thuiszorg, verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg geregistreerd.

Wachttijden

Het College voor Zorgverzekeringen heeft een verdiepend onderzoek uitgevoerd bij alle zorgkantoren naar de 'wereld achter de cijfers' uit de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR).

Uit dit onderzoek blijkt dat er, net als in de gehandicaptensector overigens, in de sector verpleging en verzorging eind 2005 nauwelijks sprake is van wachtlijsten, en wel om de volgende redenen:

- De overgrote meerderheid van personen met een AWBZ-indicatiebesluit kan snel worden geholpen.
- Evenals vorig jaar zijn er geen wachtlijsten voor zorg zonder verblijf.
- Circa 90% van degenen die wachten op zorg met verblijf krijgt in de thuissituatie (overbruggings)zorg aangeboden. De meesten zijn hierover tevreden, waardoor zij van zorg met verblijf (voorlopig) afzien.
- De urgente wachtlijst is circa 5% tot 10% van het aantal dat volgens AZR wacht op zorg met verblijf. Naar inschatting gaat het om circa 2000 tot 3000 wachtenden. Deze personen hebben het zorgkantoor om zorgbemiddeling gevraagd en kunnen niet binnen redelijke termijn van passende zorg worden voorzien. Bijna iedereen krijgt al zorg met verblijf, maar door bijkomende problemen is daarnaast ook behandeling nodig.

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

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Samen met het ministerie van VROM uitvoeren van activiteiten genoemd in het Actieplan wonen en zorg (inclusief communicatie).	Ja
2. Onderzoek verrichten naar de kosten van intra- en extramurale woon-, zorg- en dienstenarrangementen.	Gedeeltelijk
3. Beleidsonderzoek op het gebied van het scheiden van wonen en zorg, onder meer naar de boekwaardeproblematiek.	Gedeeltelijk
4. Bevorderen van de totstandkoming van wijksteunpunten.	Ja
5. Bevorderen van het gebruik van technologische voorzieningen om langer zelfstandig te kunnen wonen.	Ja
6. Stimuleren van extramurale projecten voor wonen en zorg door middel van het continueren van de subsidieregeling Diensten bij wonen met zorg in 2005.	Ja

Toelichting:

- In de visienota «Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing» is verwoord dat een werkgroep van de ministeries van VROM en VWS onderzoek verricht naar de inkomenspositie van de burger bij extramuralisering. Dit onderzoek is in 2005 gestart en zal in 2006 afgerond worden.
- Onderzoek naar best practices voor volledige extramuralisering van verzorgingshuizen is afgerond. Het onderzoek naar modellen voor de organisatie voor zorg op afroep wordt begin 2006 afgerond. Onderzoek naar boekwaardeproblematiek zal medio 2006 gereed zijn.

27.3.3 Samenwerking tussen mantelzorgers en professionele zorg verbeteren

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Bevorderen van overleg tussen professionele organisaties, mantelzorgers en opleidingsinstanties teneinde de samenwerking te bevorderen.	Gedeeltelijk
2. Evaluatie van het gevoerde beleid inclusief de versterking van de infrastructuur van mantelzorgondersteuning.	Ja

Toelichting:

- Er heeft overleg plaatsgevonden met professionele organisaties en opleidingsinstituten om te bezien hoe in de opleidingen meer aandacht voor mantelzorg kan worden gegeven. Gebleken is dat ten aanzien van dit punt grote verschillen tussen de instituten bestaan. Een landelijke aanpak hiervan ligt daarom niet voor de hand. Wel zijn bijeenkomsten gehouden voor praktijkmensen binnen de opleidingen om hen modellen aan te reiken voor het behandelen van mantelzorg als thema binnen de opleiding.
- In 2005 is het evaluatieonderzoek afgerond. In het evaluatieonderzoek werd een positief beeld geschetst van de wijze waarop door betrokken instanties het beleid ten aanzien van mantelzorgondersteuning wordt uitgevoerd. Wat betreft de omvang wordt vooral gewezen op betere mogelijkheden voor respijtzorg. Met vertegenwoordigers van mantelorganisaties is voorts gesproken over de omvang van de financiering

van mantelzorgondersteuning gelet op de groeiende behoefte. Dat overleg wordt in 2006 afgerond.

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. De zorg voor mensen met dementie op regionaal niveau verbeteren door subsidiering van het Landelijk Dementieprogramma.	Ja
2. De rechtspositie verbeteren van mensen met dementie en een verstandelijke handicap, die worden opgenomen en aan vrijheidsbeperkingen worden onderworpen door aanpassing van de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ).	Gedeeltelijk
3. Meer inzicht en bewustzijn kweken voor de arbeidsomstandigheden van de werknemers en voor de veiligheid van bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen.	Ja
4. Een impuls geven aan de verspreiding van bestaande kwaliteitsinnovaties in de zorg binnen de verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg. Hierin wordt samengewerkt met de gehandicaptenzorg.	Ja

Toelichting:

1. Uitvoering Landelijk Dementieprogramma ligt op schema.
2. De voorbereiding van de wetswijziging loopt. De beleidsinhoudelijke contouren zijn in 2005 in samenwerking met veldpartijen opgesteld en aan de Kamer aangeboden.
3. In een driejarig traject wordt voor de Verpleging en Verzorging sector (V&V) een managementveiligheidssysteem ontwikkeld en ingevoerd. Dit systeem wordt zodanig ontwikkeld dat het ook toepasbaar zal zijn voor de gehandicaptenzorg.
4. In 2005 is het verbetertrajectenprogramma onder de titel «Zorg voor Beter» van start gegaan. Op de thema's decubitus en voeding&vocht is gestart met zogenoemde doorbraaktrajecten. De inventarisatie van best practices is in 2005 afgerond.

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

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. De verantwoording binnen de sector verpleging en verzorging verbeteren, vereenvoudigen en uniformeren en daarmee de administratieve lasten verminderen.	Ja
2. De doelmatigheid van instellingen bevorderen.	Gedeeltelijk

Toelichting:

- 1 en 2. Inzicht en transparantie vormen het startpunt voor doelmatigheidsverbeteringen. Zie toelichting bij artikel 30.3.1 «Maatschappelijke verantwoording».

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

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. We zullen het fonds Patiënten Gehandicapten en Ouderen (PGO) van een beleidskader voorzien dat de subsidierelatie met de ouderenorganisaties in overeenstemming brengt met het subsidiebeleid van VWS.	Ja
2. Follow-up geven aan visienota.	Gedeeltelijk

Toelichting:

- Op 19 april 2005 is de visienota «Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing» naar de Tweede Kamer gestuurd. In vervolg op de visienota is een begin gemaakt met de verdere ontwikkeling van het monitorinstrument en de bevordering van het maatschappelijke debat over vergrijzing. De coördinatie van het ouderenbeleid heeft geleid tot onder andere samenwerking met het ministerie van Justitie op het punt van de bestrijding van ouderenmishandeling.

Beleidsartikel 28: Wet voorzieningen gehandicapten

28.1 Algemene beleidsdoelstelling

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

28.2 Budgettaire gevolgen van beleid

(x € 1000)						
	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2005	2005	2005
Verplichtingen	51 526	69 262	85 259	89 644	81 357	8 287
Uitgaven	60 828	74 309	80 417	68 729	81 357	- 12 628
Programma-uitgaven	60 828	74 112	80 163	68 528	81 008	- 12 480
Maatschappelijke participatie ouderen en gehandicapten	60 828	74 112	80 163	68 528	81 008	- 12 480
waarvan specifieke uitkeringen	60 828	74 112	80 163	68 528	81 008	- 12 480
Apparaatsuitgaven	0	197	254	201	349	- 148
Ontvangsten	631	828	7 931	488	0	488

Toelichting op de belangrijkste verschillen

Programma-uitgaven

De programma-uitgaven waren in 2005 € 12,5 miljoen lager dan in de begroting was voorzien. Tegenover hogere uitgaven voor dure woningaanpassingen (€ 2,1 miljoen hoger), subsidies en diversen (€ 0,3 miljoen hoger) en het sociaal vervoer (€ 1 miljoen hoger) stonden lagere uitgaven voor het bovenregionaal vervoer (€ 15,9 miljoen lager).

Bij 1e suppletore wet is € 8 miljoen aan het budget voor de dure woningaanpassingen toegevoegd. De uiteindelijke uitgaven van € 24,9 miljoen zijn hoger uitgekomen dan oorspronkelijk begroot was, maar beduidend lager dan bij 1e suppletore wet werd voorzien. In 2004 bedroegen de uitgaven voor dure woningaanpassingen nog € 29,9 miljoen. De uitgaven voor dure woningaanpassingen zijn in 2005, in tegenstelling tot voorgaande jaren, gedaald.

Bij de behandeling van de begroting 2005 hebben de kamerleden Van der Ham en Dijksma een amendement ingediend waarmee € 10 miljoen is toegevoegd aan het budget voor het bovenregionaal vervoer. Medio 2005 werd onderuitputting bij het bovenregionaal vervoer zichtbaar. Vanwege de verwachte onderuitputting zijn bij 2e suppletore wet de onbenutte middelen uit het amendement overgeheveld naar het ministerie van V&W. Dit geld wordt gebruikt voor extra maatregelen/investeringen die direct bijdragen aan het vergroten van de reismogelijkheden van gehandicapten bij bovenregionale reizen met het openbaar vervoer (zie brieven van 21 september en 14 december 2005, vergaderjaar 2005–2006, 25 847, nr. 33 en 34). De resterende middelen die bij het bovenregionaal vervoer niet

tot besteding zijn gekomen zijn gebruikt om andere knelpunten op de VWS-begroting op te vangen. Bij slotwet wordt € 4,4 miljoen overgeheveld naar artikel 25 ten behoeve van de indicatiestelling AWBZ.

28.3 Operationele doelstellingen

28.3.1 Maatschappelijke participatie van ouderen en gehandicapten

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Wij streven ernaar dat de cliënttevredenheid 85% of hoger is	In 2005 niet gemeten*
2. Voorbereiden van de voorgenomen overgang van de Wvg in de Wmo.	Ja

* Wordt niet jaarlijks gemeten. In verband met (voorgenomen) overheveling van de Wvg naar de Wmo wordt ook in 2006 afgezien van meting.

Toelichting:

In 2005 is een voorstel ontwikkeld voor de verdeling van de middelen die naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) overgeheveld gaan worden. In deze verdeelsleutel zijn ook de middelen voor de dure woning-aanpassingen Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) en het sociaal vervoer Besluit bijdrage AWBZ-gemeenten (Bbag) meegenomen. De overige Wvg-middelen zijn al onderdeel van het Gemeentefonds.

Bij het bovenregionaal vervoer is in 2005 het aantal pashouders aanzienlijk toegenomen. Eind 2005 bedroeg het aantal pashouders ruim 70 000 (was 40 000 pashouders in december 2004). Hier staat echter tegenover dat de pashouders hun persoonlijk kilometerbudget (pkb) (nog steeds) niet maximaal benutten.

Aanvullende beleidsprestatie:

Naast het bovenregionaal vervoer zijn er ook andere regelingen die vervoersvoorzieningen voor kwetsbare groepen bieden, in aanvulling op of ter vervanging van het openbaar vervoer. In 2005 heeft het kabinet een denkrichting geformuleerd voor de wijze waarop zes vervoersregelingen op termijn op één decentraal niveau optimaal klantvriendelijk en doelmatig zijn te organiseren (zie de brief van 2 december 2005, vergaderjaar 2005–2006, 29 538, nr. 34). In 2006 wil het kabinet deze denkrichting met betrokken partijen verder bespreken, onderzoeken en uitwerken. In dit kader wil het kabinet ook experimenten gaan faciliteren.

Beleidsartikel 29: Arbeidsmarktbeleid

29.1 Algemene beleidsdoelstelling

Een beheerste ontwikkeling van de arbeidskosten, een goed en innovatief functionerende arbeidsmarkt en implementatie van het algemene arbeidsmarkt- en werkgelegenheidsbeleid

29.2 Budgettaire gevolgen van beleid

(x € 1000)						
	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2005	2005	2005
Verplichtingen	203 279	132 534	51 050	7 924	70 526	- 62 602
Uitgaven	222 451	197 252	166 333	32 513	64 085	- 31 572
Programma-uitgaven	218 996	194 133	163 107	29 861	60 902	- 31 041
Terugdringen personeelstekorten	218 996	194 133	162 510	25 000	26 000	- 1 000
Verhoging arbeidsproductiviteit	0	0	0	1 300	4 136	- 2 836
Regulier maken gesubsidieerde banen	0	0	597	2 858	30 156	- 27 298
Kennis toekomstige ontwikkelingen arbeidsmarkt	0	0	0	703	610	93
Apparaatsuitgaven	3 455	3 119	3 226	2 652	3 183	- 531
Ontvangsten	7 154	8 131	150	778	28	750

Toelichting op de belangrijkste verschillen

Programma-uitgaven

Het verschil van de verplichtingen ad. € 62,6 miljoen is voor € 31 miljoen van technische en administratieve aard en hangt vooral samen met de beëindiging van de structurele subsidierelatie met de sectorfondsen (ad. € 6 miljoen) en de daarbij behorende in 2004 toegezegde afbouwsubsidies, waarvan de betaling in 2005 heeft plaatsgevonden (ad. € 25 miljoen). Het restant ad. € 31,6 miljoen hangt vooral samen met de lagere uitgaven in 2005, zoals hieronder nader verklaard.

Het verschil van de uitgaven ad. € 3,8 miljoen met betrekking tot het terugdringen personeelstekorten en verhoging arbeidsproductiviteit wordt veroorzaakt doordat bij de uitvoering van het beleid er voor gekozen is meer tijd te nemen voor de analysefase, agenderende fase en het opsporen van goede voorbeelden. Hierdoor is later gestart met de fase waarin goede voorbeelden verspreid zijn. Het verspreiden en experimenteren van goede voorbeelden loopt door in 2006.

Het verschil van de uitgaven ad. € 27,3 miljoen met betrekking tot het regulier maken van gesubsidieerde banen wordt veroorzaakt doordat van de «Regeling stimuleringssubsidie doorstroom zorg» door werkgevers in 2005 beperkt gebruik is gemaakt. Deze middelen zijn overgeboekt naar begrotingsartikel 99 «nominaal en onvoorzien» en ingezet op andere terreinen binnen de VWS-begroting.

Het verschil van de apparaatsuitgaven wordt veroorzaakt doordat voor de vernieuwing van het zorgstelsel middelen zijn gereserveerd. Een deel van de verwachte uitgaven voor 2005 is verplaatst naar 2006.

29.3 Operationele doelstellingen

29.3.1 Het verhogen van de arbeidsproductiviteit in de zorg en welzijnsector

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Agenderen van het verhogen van de arbeidsproductiviteit in de zorg en welzijnssector.	Ja
2. Analyseren van het verhogen van de arbeidsproductiviteit in de zorg en welzijnssector.	Ja

Toelichting:

Het vermogen van de arbeidsproductiviteit in de zorg is noodzakelijk om ook op (middel)lange termijn voldoende zorgpersoneel beschikbaar te hebben om aan de groeiende zorgvraag te kunnen voldoen. Daartoe is dit thema in 2005 breed op de agenda gezet. Door middel van zogenoemde specials van een aantal tijdschriften (Economisch Statistische Berichten (ESB), Zorgvisie, Nursing) zijn de meeste geledingen binnen de zorg bereikt. Ook de ontwikkelde scheurkalender 2006 met dagelijks een goed praktijkvoorbeeld draagt bij aan het noodzakelijke besef om slimmer te werken. Aangezien de daadwerkelijke verhoging van arbeidsproductiviteit plaats dient te vinden binnen en tussen instellingen, is de rol van VWS vooral stimulerend en faciliterend.

Tevens is onderzoek verricht om na te gaan op welke wijze instellingen geprikkeld kunnen worden om de arbeidsproductiviteit te verhogen. De uitkomsten daarvan worden meegenomen in de verdere ontwikkeling van de prestatiebekostiging en transparantiesystemen, in zowel de cure als de care.

Daarnaast zijn in samenwerking met veldpartijen een aantal trajecten gestart om goede praktijkvoorbeelden te ontwikkelen, op te sporen en te verspreiden. Het gaat daarbij onder anderen om een benchmark van werkprocessen in de ouderenzorg, de eerder genoemde scheurkalender, regionale themabijeenkomsten en ondersteuning van innovatieve experimenten. Overigens vinden deze trajecten plaats in nauwe afstemming met traject als «Sneller Beter» en «Zorg voor Beter».

29.3.2 Het regulier maken van gesubsidieerde banen

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Het regulier maken van 2 500 gesubsidieerde banen in het VWS-veld d.m.v. de stimuleringssubsidie doorstroom van VWS.	Nee

Toelichting:

Van de «Regeling stimuleringssubsidie doorstroom zorg» is door werkgevers in 2005 beperkt gebruik gemaakt. Het aantal gehonoreerde aanvragen voor het omzetten van gesubsidieerde banen in reguliere banen valt

daarmee lager uit dan geraamd. In 2005 zijn 311 aanvragen ingediend, waarvan er 264 zijn gehonoreerd.

Dat minder gesubsidieerde banen in reguliere banen zijn omgezet, is terug te voeren op diverse beweegredenen van individuele werkgevers om een gesubsidieerde werknemer al dan niet een reguliere baan aan te bieden. In het Convenant Gesubsidieerde Arbeid Zorgsector dat VWS hierover met sociale partners en gemeenten heeft afgesloten wordt uitgegaan van 2 500 reguliere banen per jaar. Convenantpartners hebben afgesproken dat de regeling in 2006 wordt geëvalueerd.

29.3.3 Kennis van toekomstige ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de zorg en welzijnsector en informatie over actuele arbeidsmarktgegevens zodat VWS tijdig de nodige beleidsinformatie beschikbaar heeft

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Monitoren van actuele en toekomstige arbeidsmarktontwikkelingen.	Ja

Toelichting:

Het onderzoeksprogramma Zorg & Welzijn stelt VWS in staat de actuele situatie op de arbeidsmarkt en de resultaten van het arbeidsmarktbeleid van instellingen te volgen. Daarnaast resulteerde het programma in het (jaarlijkse) «Integrerend rapport Arbeid in Zorg en Welzijn 2005». Het rapport geeft niet alleen inzicht in actuele arbeidsmarktgegevens, maar ook in toekomstige ontwikkelingen. De arbeidsmarkt is op dit moment «stabiel». Een aantrekkende economie kan echter snel leiden tot het moeilijker kunnen bezetten van arbeidsplaatsen. VWS participeert ook in een interdepartementaal onderzoeksprogramma over de Nederlandse arbeidsmarkt als geheel. Het overkoepelende thema is de transitionele arbeidsmarkt.

30.1 Algemene beleidsdoelstelling

Het ordenen van de zorg en het stimuleren van actoren en activiteiten, zodat een voldoende, kwalitatief hoogwaardig, veilig en doelmatig zorgaanbod ontstaat, waarbij de geïnformeerde burger bewuste keuzes kan maken

De belangrijkste resultaten in 2005 zijn:

- De functies van de zelfstandige bestuursorganen in de topstructuur van de zorgsector zijn herzien. Onderdeel daarvan betreft de vorming van de Zorgautoriteit.
- Vrije prijsvorming of andere prijsvorming is ingezet om doelmatigheid te belonen, als de marktsituatie in de deelmarkt dat toelaat.
- Informatievoorziening over prestaties en ontwikkelingen in de zorg is versterkt via prestatie-indicatoren.
- Voor de bestuursstructuur en de bedrijfsvoering van zorginstellingen (governance) zijn regels gesteld.
- Een portal met informatie over gezondheidszorg voor burgers is in 2005 ontwikkeld.
- Voor organisaties van patiënten, gehandicapten en ouderen is per 1 januari 2006 een nieuwe subsidieregeling ontwikkeld.
- De uitvoering van het landelijke actieprogramma voor de kwaliteit en doelmatigheidsverbetering in ziekenhuizen (programma Sneller Beter).
- De verbreding van de landelijke actieprogramma's naar de care sector, de eerstelijnsgezondheidszorg en de collectieve preventie. De verbetering van de kwaliteit van diabeteszorg.
- Voorbereidende werkzaamheden voor de invoering van het elektronisch medicatiedossier, elektronische toegang tot huisartsendossier en 100% elektronisch declaratieverkeer.
- De opbouw van kennis voor bewustwording patiëntveiligheid.
- De ontwikkeling van een nieuwe bekostigingssystematiek voor de opleidingen.
- Het uitbrengen van de nieuwe agenda Ethiek en Gezondheid.

30.2 Budgettaire gevolgen van beleid

(x € 1000)						
	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastge- stelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2005	2005	2005
Verplichtingen	160 879	182 355	241 249	308 765	200 685	108 080
Uitgaven	170 743	179 743	198 528	257 309	225 024	32 285
Programma-uitgaven	166 156	175 127	194 546	249 111	221 049	28 062
Regulering van de zorg	0	0	161	404	1 600	- 1 196
Evenwicht in de marktposities	25 104	34 095	34 092	42 119	40 295	1 824
<i>waarvan bijdrage aan zbo's</i>	1 341	1 810	1 824	1 833	1 810	23
Informatie over het zorgaanbod	153	860	1 853	5 084	1 583	3 501
<i>waarvan minder regels en administratieve lasten</i>	0	0	0	0	19	- 19
Vernieuwingen in de zorg	25 752	13 763	16 475	39 159	9 248	29 911
<i>waarvan bijdragen aan baten-lastendiensten</i>			2 923	6 214	0	6 214
Modernisering beroepenstructuur	103 825	114 168	129 713	147 014	155 765	- 8 751
<i>waarvan bijdragen aan baten-lastendiensten</i>			2 875	2 991	2 015	976
Ethisch verantwoord handelen	11 322	12 241	12 252	15 331	12 558	2 773
<i>waarvan bijdragen aan baten-lastendiensten</i>			771	977	771	206
Apparaatsuitgaven	4 587	4 616	3 982	8 198	3 975	4 223
Ontvangsten	2 210	11 015	1 755	13 839	1 083	12 756

Toelichting op de belangrijkste verschillen

Programma-uitgaven

Regulering van de zorg

Ten behoeve van de herpositionering zelfstandig bestuursorganen (zbo's) in de zorg was oorspronkelijk € 1 miljoen geraamd. Voor het jaar 2005 hebben de zbo's plannen ingediend in het kader van deze herpositionering (bijvoorbeeld de voorbereiding Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)). Deze plannen zijn via de premie gefinancierd. Om dit te kunnen dekken is een bedrag van in totaal € 7 miljoen naar de premiemiddelen overgeboekt. Onderdeel van deze overboeking was de oorspronkelijk geraamde € 1 miljoen op deze operationele doelstelling.

Evenwicht in marktposities

De hogere uitgaven van € 1,8 miljoen betreft een saldo van diverse posten. Hogere uitgaven zijn gerealiseerd door het overnemen door het Fonds Patiënten Gehandicapten en Ouderen (PGO) van enkele subsidieverplichtingen (€ 2,0 miljoen), alsmede het verkrijgen van de loon- en prijsbijstelling ten behoeve van het Fonds PGO (€ 1,4 miljoen). Lagere uitgaven zijn gerealiseerd door een overboeking (€ 0,55 miljoen) naar artikel 21 ten behoeve van de financiering van het TV-programma «onder controle» en lagere uitgaven (€ 0,9 miljoen) in 2005 dan geraamd voor een informatiecampagne rond de invoering van de zorgverzekeringswet.

Informatie over het zorgaanbod

De hogere realisatie vloeit hoofdzakelijk voort uit de overboeking uit artikel 22 van het budget van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) (€ 3,4 miljoen).

Vernieuwingen in de zorg

Het verschil ten opzichte van de vastgestelde begroting wordt grotendeels verklaard door twee additionele posten. Voor het project zorg ICT is ten opzichte van de vastgestelde begroting een additioneel bedrag van € 20,8 miljoen op dit artikel gerealiseerd (Voorjaarsnota (VJN), Najaarsnota (NJN)), waarvan € 6,2 miljoen aan het agentschap Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG) is betaald voor de realisatie van de sectorale beheervoorziening (sbv) en het Unieke Zorgverlener Identificatienummer-register (uzi). Voor de vier onder de verantwoordelijkheid van VWS vallende programma's in het kader van het Besluit subsidies investeringen kennisinfrastructuur is € 8,7 miljoen uitgegeven (VJN, NJN).

Modernisering beroepenstructuur

Lager dan geraamde uitgaven voor onder meer het beschikbare opleidingsbudget huisartsen ter hoogte van € 5,8 miljoen zijn bij NJN afgeboekt.

Voor de financiering van de medische tuchtcolleges is van de vastgestelde begroting een bedrag van € 1,4 miljoen naar Justitie overgeboekt. Het saldo van diverse kleinere posten, waaronder extra uitgaven aan agentschap CIBG voor de ontwikkeling van een assessmentprocedure voor buitenslands gediplomeerden (€ 0,5 miljoen) zorgt voor een additionele onderuitputting op deze operationele doelstelling van € 1,5 miljoen.

Ethisch verantwoord handelen

Voor de toetsingscommissies euthanasie is een bedrag van bijna € 0,8 miljoen (VJN) overgeheveld van de operationele doelstelling «modernisering beroepenstructuur» naar agentschap CIBG. De jaarlijkse uitgaven voor de rijksbijdrage abortusklinieken waren voor € 7,4 miljoen geraamd, tegen een realisatie van ruim € 10 miljoen. Met een eenmalige hogere rijksbijdrage van € 3 miljoen (NJN) is aansluiting van raming en bevoorschotting gerealiseerd en wordt de noodzaak tot nabetaling voorkomen. Voor de evaluatieonderzoeken door Zorg Onderzoek Nederland en Medische Wetenschappen (ZonMw) van de euthanasiepraktijk en de embryo-wet is in 2005 een bedrag van ruim € 0,9 miljoen (NJN) overgeboekt naar artikel 21.

Apparaatsuitgaven

De hogere uitgaven op deze post worden nagenoeg geheel verklaard (circa € 4 miljoen) door de vorming van een nieuwe directie (Markt en Consument) die op dit artikel verantwoord wordt. Dekking voor deze hogere uitgaven is afkomstig van diverse andere artikelen.

Ontvangsten

De hogere realisatie op de ontvangstenbudgetten wordt voor het grootste deel verklaard door een niet geraamde bijdrage van het ministerie van Economische Zaken vanuit het Fonds Economische Structuurversterking (FES) van € 8,7 miljoen voor vier Interdepartementale Commissie voor Economische Structuurversterking/Kennisinfrastructuur (ICES/KIS) kennisprojecten en de niet geraamde lagere vaststellingen van in het verleden verleende subsidies. De grootste daarvan is een niet geraamde ontvangst

van € 3,0 miljoen als gevolg van een lagere vaststelling van de subsidie aan de huisartsenopleiding.

30.3 Operationele doelstellingen

30.3.1 «Slim» regelen van de zorg met goed bestuur

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Alle zorginstellingen hebben in 2005 een deugdelijke bestuursstructuur en een transparante bedrijfsvoering zoals voorgeschreven in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).	Gedeeltelijk
2. Met (veld)partijen belegt VWS een besloten vervolgonferentie «Governance in de zorg» om gemaakte afspraken te evalueren.	Ja
3. Om een goed evenwicht in marktposities te bereiken, moet de toetreding gemakkelijker worden. Belemmeringen die zorginstellingen en vrije beroepsbeoefenaren tot de markt kunnen hebben, probeert VWS zoveel mogelijk weg te nemen door invoering van de Wet toelating zorginstellingen, de Wet marktordening gezondheidszorg en het toezicht van College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio) te wijzigen.	Gedeeltelijk
4. De verbetervoorstellen doorvoeren, die in de zelfevaluaties van de toezichtarrangementen van VWS gedaan zijn. Ook wordt een VWS-brede visie ontwikkeld op de aansturing van en het toezicht op zbo's.	Gedeeltelijk
5. Van de organisaties die op dit moment het stelsel én de gemoderniseerde AWBZ sturen en uitvoeren, worden de functies herzien. Hierbij volgt VWS de resultaten van de herpositionering.	Gedeeltelijk
6. VWS wil de uitgaven van de zorg beheersen en dit verbinden aan de exploitatie van zorginstellingen en vrije beroepsbeoefenaren. VWS streeft er dan ook naar dat de uitgaven van de zorg binnen het Budgetair Kader Zorg (BKZ) blijven. Deze kostenontwikkeling wordt ook in internationaal perspectief bezien.	Gedeeltelijk
7. VWS streeft ernaar zo spoedig mogelijk de randvoorwaarden te creëren die het mogelijk maken de productiecapaciteit en hiermee samenhangende investeringen te laten bepalen door partijen die bij de zorgverlening betrokken zijn.	Gedeeltelijk
8. VWS streeft naar heldere verantwoordelijkheden en bevoegdheden van overheid en partijen, waarbij bevoegdheden op het laagst mogelijke niveau liggen, zo dicht mogelijk bij de burger/patiënt/verzekerde.	Gedeeltelijk

Toelichting:

1. De wettelijke basis voor deze eisen is gelegd, de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is met ingang van 1 januari 2006 in werking getreden en geldt op dit punt onverkort voor alle nieuwe aanbieders. Bestaande aanbieders hebben tot 1 januari 2007 de tijd om aan deze eisen te gaan voldoen.
3. Wel is gerealiseerd: de invoering van de WTZi, de toelating is geliberaliseerd, bouwprocedures zijn deels gereguleerd. De afgelopen jaren zijn de eerste stappen gezet op het gebied van wetgeving. De Wet marktordening gezondheidszorg zal (indien het parlement hiermee instemt) in de loop van 2006 in werking treden.
4. VWS ontwikkelt de visie op aansturing van en toezicht op zbo's mede aan de hand van de implementatie van de algemene kabinetsvisie op toezicht «Minder last: meer effect» van oktober 2005 en het kabinetsstandpunt over het rapport «Een herkenbare staat: investeren in de overheid» (over verzelfstandigde overheidsorganisaties) van mei 2005. De VWS toezichtarrangementen worden aangesloten op de kaderstellende kabinetsvisie op toezicht. Daarnaast zullen in 2006 sector-

specifieke toezichtvisies worden ontwikkeld. De sectorspecifieke toezichtvisie is ontwikkeld voor de curatieve zorg.

5. Met de brief van 27 mei 2005 (29 689, nr. 7) is visie gepresenteerd van het kabinet op de uitvoering en het toezicht in het nieuwe zorgstelsel. De Zorgverzekeringswet (Zvw) regelt de taken van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en College toezicht zorgverzekeringen (CTZ), het wetsvoorstel Wet marktordening gezondheidszorg voorziet in het samengaan van CTZ en College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) en de introductie van transparante en integrale tarieven zorgt op termijn voor een nieuwe positie van College bouw zorginstellingen (CBZ) en Curatieve Somatische Zorg (CSZ). De omvorming bij de betrokken zbo's is gaande.
6. Er zijn experimenten gestart bij CTG/ZAio op het gebied van prijsvorming. Vrije prijsvorming bij fysiotherapie, maar ook een experiment met vrije prijsvorming bij de Sint Maartenskliniek en binnen de AWBZ bij het steunkousapparaat en de «screen to screen»?
In 2005 zijn, ten behoeve van de beheersing van het macrokader, aanwijzingen gegeven voor de ziekenhuizen (beide als gevolg van een convenant) en de AWBZ (beide als gevolg van een convenant). Er is een bestuurlijke afspraak gemaakt met de brancheverenigingen over de inzet van middelen voor het oplossen van zorgzwaarteproblematiek en voor verbetering van kwaliteit.
7. De notitie «Transparante en Integrale tarieven in de gezondheidszorg» (bijlage bij briefnr. 27 659, nr. 52 van 8 maart 2005) zet uiteen hoe intramurale zorginstellingen meer verantwoordelijkheid kunnen krijgen voor investeringsbeslissingen en huisvestingskosten. Rekening houdend met een aanlooperperiode van twee jaar en een overgangsperiode van zes jaar, kan de integrale en transparante prestatiebekostiging in 2012 zijn gerealiseerd.
8. In 2005 is gewerkt aan de wettelijke kaders die de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van zowel overheid als bij de zorg betrokken partijen (zorgverzekeraars en zorgaanbieders) regelen. De WTZi en de Zorgverzekeringswet (Zvw) zijn met ingang van 1 januari 2006 in werking getreden. De Wet marktordening gezondheidszorg zal indien het parlement hiermee instemt in de loop van 2006 in werking treden.

30.3.2 Een goed evenwicht in de (markt)posities van zorgaanbieders en zorggebruikers

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. VWS streeft naar een betere werking van de zorgmarkten, onder meer door via de patiëntenwetten de positie van de zorgvrager te verbeteren: Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst, Wet klachtrecht cliënten zorgsector en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ). De rechtspositie van patiënten moet aansluiten bij de Zorgverzekeringswet en de gemoderniseerde AWBZ.	Gedeeltelijk
2. Realisatie van de ontwikkeling van het functie- en prestatiegericht subsidiebeleid per 1 januari 2006 voor organisaties van patiënten, gehandicapten en ouderen.	Ja
3. De portalwebsite bevat eind 2005 vergelijkende informatie over verzekeraars, ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg (GGZ), gehandicaptenzorg en zo mogelijk nog meer sectoren. Burgers kunnen betrouwbare informatie over de zorg krijgen via deze portalwebsite, een portaltelefoonnummer en loketten (gemeente, bibliotheek). Zo kunnen burgers prestaties van zorgverzekeraars en zorgaanbieders vergelijken.	Gedeeltelijk
4. Vergroten van de keuzemogelijkheden voor gebruikers door restitutie gedeeltelijk te introduceren in plaats van verstrekking in natura en de contracteerplicht van bepaalde zorgvormen af te schaffen.	Gedeeltelijk

Toelichting:

- In het kader van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ) heeft het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO een landelijke Klachtenrichtlijn gezondheidszorg ontwikkeld. Hierin wordt aangegeven hoe om te gaan met klachten in het kader van deze wet. Voor het onderhoud van de richtlijn is de Stichting Beheer Klachtenlijn Gezondheidszorg opgericht. Deze stichting ontwikkelt een dienstenaanbod voor het veld bij de implementatie van de richtlijn. Ervaringen uit de praktijk zullen bij het onderhoud van de richtlijn worden benut. In 2005 is in het kader van het implementatieplan Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ) door organisaties van cliëntenraden ondermeer een modelregeling ontwikkeld. Hierin is vastgelegd op welke wijze de zorginstelling de cliëntenraad faciliteert om zijn werkzaamheden naar behoren te kunnen uitoefenen. Tevens is het boekje met de titel «Bouwen aan medezeggenschap: getrapte medezeggenschap en centrale cliëntenraad» uitgebracht. Daarnaast is een vooronderzoek uitgevoerd naar medezeggenschap in decentrale en extramurale zorgvormen. Uit dit onderzoek blijkt de noodzaak voor het ontwikkelen van richtlijnen voor extramurale en decentrale zorgvormen. Naar verwachting zullen deze richtlijnen in 2006 worden ontwikkeld.
- Eind 2005 is de vergelijkende informatie over verzekeraars en ziekenhuizen wel gerealiseerd. In verband met overleg en afstemming met verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg, GGZ en gehandicaptenzorg dat meer tijd in beslag heeft genomen dan verwacht, is de portal op deze terreinen nog niet gerealiseerd.
- Aan deze toezegging is gedeeltelijk voldaan door invoering van het Restitutiebesluit op grond van artikel 11 Ziekenfondswet (Zfw) per 1 mei 2005.

30.3.3 Alle partijen in de zorg hebben voldoende informatie over de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van het zorgaanbod

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Bereiken van een samenhangend beeld door de Balanced Scorecard in te zetten en de volksgezondheidsinformatie en processen in de zorg daaraan te koppelen.	Gedeeltelijk
2. Bezien of huidige informatievragen relevant zijn of kunnen worden samengevoegd, zodat vanaf het verslagjaar 2006 verantwoording wordt afgelegd in één document.	Ja
3. In 2005 wordt € 85 miljoen aan administratieve lasten verminderd door vereenvoudiging van regelgeving rond de bouw (€ 15 miljoen), beperking van machtigingen en vereenvoudiging van handeling door ICT-inzet (€ 40 miljoen) en stroomlijnen van declaratieverkeer (€ 30 miljoen).	Gedeeltelijk
4. Ontplooiën van extra activiteiten om administratieve lasten te verminderen.	Ja

Toelichting:

1. In 2005 is een belangrijke basis gelegd voor de eerste Zorgbalans die in mei 2006 verschijnt. De Zorgbalans is een monitor die op samenhangende wijze een beeld geeft van de macro prestaties van het zorgstelsel.
3. In 2005 is de administratieve lastenreductie op het terrein van de bouw deels gehaald (€ 6 miljoen). Rondom de ICT toepassingen is de reductie grotendeels in 2005 gehaald. De stroomlijning van het declaratieverkeer is in 2005 al op gang gekomen, maar heeft in 2005 nog geen reductie opgeleverd. De totale reductie 2005 is uitgekomen op € 82 miljoen. In 2005 hebben zich echter ook een aantal onvoorziene stijgingen van administratieve lasten voorgedaan. De introductie van de diagnose-behandelcombinatie (dbc's), kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle (AO/IC) en de implementatie van EU-richtlijnen heeft de administratieve lasten met € 152 miljoen laten stijgen. Het netto resultaat over 2005 is hierdoor een stijging van administratieve lasten van € 70 miljoen.

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

Informatie- en communicatietechnologie

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. In 2006 moet het landelijk elektronisch medicatiedossier klaar zijn waarmee iedere voorschrijver en verstrekker van geneesmiddelen elektronisch inzage heeft in het actuele medicatiedossier van de patiënt.	Gedeeltelijk
2. Ook maakt VWS een 100% elektronisch declaratiesysteem en een elektronische toegang tot de waarneeminformatie voor huisartsen. In 2005 werkt VWS aan de benodigde infrastructuur en de voorwaarden om deze doelen in 2006 te kunnen realiseren.	Gedeeltelijk
3. Met behulp van unieke persoonsnummers kunnen alleen geautoriseerde personen de beschikbare gegevens gebruiken. Het gebruik van deze nummers en de beveiliging wordt in de wetgeving vastgelegd die in 2005 wordt afgerond.	Gedeeltelijk
4. In 2005 start VWS verder met een register voor een Uniek Zorgverleners Identificatienummer (UZI-register) en een register van verzekeraars door middel van een Uniek Zorgverzekeraars Identificatienummer (UZOVI).	Gedeeltelijk
5. Het Nederlands Normalisatie-instituut (NEN) ontvangt in 2005 een opdracht van maximaal € 0,5 miljoen om de noodzakelijke uitwerking in toetsbare voorschriften van de NEN beveiligingsnorm 7510 in 2005 af te ronden.	Ja
6. In 2005 wordt samen met het CIBG de voorwaarden om het burger service nummer (BSN) in de zorg te gebruiken en om het UZI uit te rollen.	Ja
7. VWS bereidt een voorstel voor een wet op het gebruik van het BSN in de zorg voor. Deze wet zal naar verwachting 1 januari 2006 in werking treden.	Gedeeltelijk

Toelichting:

In 2005 zijn diverse trajecten in gang gezet, die hun vervolg zullen kennen in 2006. Over de voortgang van deze trajecten is de Tweede Kamer per brief en bijgeleverde voortgangsrapportage (kenmerk TK 27 529, volgnummer 18, van 7 november 2005 jl.) uitgebreid op de hoogte gesteld.

De planning moest, gelet op een zorgvuldige uitvoering en voldoende veiligheid, worden bijgesteld. In de loop van 2005 is er meer zicht ontstaan op de noodzakelijke technische doorlooptijd van een aantal zaken. Zo kost het bouwen en aanpassen van de benodigde technische voorzieningen meer tijd dan gedacht. De koplopers hebben in 2005 nog niet met voldoende ICT-leveranciers overeenstemming kunnen bereiken over de vereiste aanpassingen en kosten. Passende maatregelen zijn getroffen om in 2006 wel het gewenste resultaat te bereiken.

In 2005:

- Is er gestart met de bouw van het landelijk schakelpunt (LSP). Dit is eind januari 2006 klaar om te testen.
- Zijn er twaalf koploperomgevingen geselecteerd, zes regio's voor het elektronisch medicatiedossier (EMD) en zes regio's voor het waarneem-dossier huisartsen (WDH).
- Is het Wetvoorstel gebruik BSN aan de Tweede Kamer toegezonden. De koplopers kunnen vooruitlopend op de BSN-wetgeving aan de slag met het sofi-nummer op basis van een AMvB.
- Is gestart met de bouw van de Sectorale berichtenvoorziening voor de

zorg (SBV-z). Deze was eind januari 2006 gereed en is toen in productie gegaan voor de koplopers. Vooruitlopend op het BSN wordt tijdelijk met het sofi-nummer gewerkt.

- Is gestart met de uitgifte van de UZI-passen.
- Zijn de normen betreffende de beveiliging van informatie en autorisatie-richtlijnen EMD en WDH vastgelegd en in overeenstemming met het veld tot stand gekomen.

Kwaliteit van zorg

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Landelijke Actieprogramma's Kwaliteit, Innovatie en Doelmatigheid Sneller Beter (ziekenhuizen)- Zorg voor Beter (verpleeghuizen) Beter Voorkomen (Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD's)) worden onder coördinatie van ZonMw uitgevoerd.	Ja
2. Voorbereiding van de evaluatiestudie Kwaliteitswet Zorginstellingen.	Nee
3. Afronding van het Programma Zorgverbetering en Doelmatigheid.	Ja

Toelichting:

2. Omdat op het gebied van kwaliteit en uitkomsten van zorg nog zoveel initiatieven gaande zijn in een omgeving die zo sterk verandert (nieuw zorgstelsel, nieuwe honoreringssystemen, etc.), is het niet opportuun een tussentijdse evaluatiestudie te starten.

Doelmatigheid van zorg

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Doelmatigheid van nieuwe technologieën sneller in beeld brengen en het betrekken van relevante partijen bij het prioriteren van doelmatigheidsonderzoek.	Gedeeltelijk
2. Evaluatie naar de doeltreffendheid en effecten van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV).	Ja

Toelichting:

1. Binnen het ZonMw-programma Doelmatigheidsonderzoek is ruimte gemaakt voor «vroeg evaluatie van medische innovaties». Interessante innovaties kunnen daardoor al op doelmatigheid worden beoordeeld voordat formeel de effectiviteit is aangetoond. ZonMw heeft in opdracht van VWS relevante veldpartijen geraadpleegd over de prioriteiten van het doelmatigheidsonderzoek. Op basis daarvan is het ZonMw-programma doelmatigheidsonderzoek geherstructureerd. Bij de raadpleging bleek dat partijen nog niet goed in staat waren aan te geven wat voor hen de belangrijkste doelmatigheidsvraagstukken zijn. Een nadere verkenning binnen het programma doelmatigheidsonderzoek zal hierover meer duidelijkheid moeten verschaffen.

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Ervaringen vanuit het buitenland laten het nut zien van commissies die gezaghebbend zijn op het terrein van patiëntveiligheid. Ook zijn in het buitenland vrijwillige blame free-meldsystemen (van het veld voor het veld) opgezet voor fouten en «bijna-ongelukken». Daarin worden de lokale meldingen geordend, geanalyseerd en omgezet in beleidsadviezen voor het veld, zonder dat deze meldingen meteen repercussies hebben. VWS bekijkt in hoeverre zoiets ook in ons land mogelijk is.	Ja
2. In 2005 richt VWS zich vooral op de noodzakelijke stap naar grotere patiëntveiligheid. De Inspectie zal in de Staat van de Gezondheidszorg 2004 verslag doen van medicatieveiligheid.	Ja
3. Kennisontwikkeling en -deling zijn noodzakelijk om bewust te worden van de omvang van de onveiligheid waaraan patiënten blootgesteld worden. VWS heeft de Raad voor het Gezondheidsonderzoek gevraagd te adviseren over kennislacunes op het terrein van patiëntveiligheid.	Ja

Toelichting:

Op basis van adviezen van 1) de heer Willems, president-directeur van Shell Nederland, als gezant voor het thema patiëntveiligheid van het programma Sneller Beter, 2) de Inspectie voor de gezondheidszorg «Staat van de Gezondheidszorg 2004» en van 3) de Raad voor gezondheidsonderzoek «Onderzoek patiëntveiligheid», zijn diverse programma's gestart die ten doel hebben dat zorginstellingen vanaf 2008 werken met systemen om de veiligheid van de zorg te managen. Dat wordt beschouwd als een noodzakelijke voorwaarde om veilige zorg te kunnen bieden.

30.3.5 Een moderne beroepenstructuur en een evenwichtige capaciteit aan zorgverleners

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Meer zorgverleners door verruimen van de capaciteit medische opleidingen door financiering van extra opleidingsplaatsen klinisch fysici en inzet van extra middelen volgens het zogenoemde schaarsteoffensief bij een aantal zorgopleidingen.	Ja
2. Het verruimen van de capaciteit door taakherschikking.	Ja
3. Modernisering van opleidingen.	Gedeeltelijk
4. De implementatie van een nieuwe bekostigingssystematiek van opleidingen.	Gedeeltelijk
5. Professionalisering en verbetering van het imago van verplegende en verzorgende beroepen.	Ja
6. Financiering van de opleiding physician assistant/nurse practitioner (PA/NP) en (tijdelijke) uitbreiding in 2005 van de instroom met 75 opleidingsplaatsen.	Ja
7. Evaluatie van de effecten van de ingezette physician assistants en nurse practitioners in de huisartsenpraktijk.	Ja
8. Opstellen van een eindrapport en implementatieplan voor de verpleegkundige beroepenstructuur en opleidingscontinuüm.	Gedeeltelijk
9. Reorganiseren van het beheer tuchtcolleges voor de gezondheidszorg.	Ja
10. Verdere implementatie van de aanbevelingen voortvloeiend uit de evaluatie van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).	Ja

Toelichting:

- 3 en 4. De modernisering van de opleidingen vordert. De opleidingen voor de verschillende medisch specialisten worden herschreven in competentie gerichte eindtermen en in inzichtelijke en toetsbare opleidingsprogramma's. Een deel van de specialistenopleidingen is afgerond, een ander deel wordt nog beschreven in het nieuwe format. De stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de zorg (MOBG) heeft een voorstel geformuleerd voor een nieuwe besturingstructuur voor opleidingen en beroepen in de zorg. Dit beoogde College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG) zal vanaf 2006 fasegewijs opgebouwd worden. De nieuwe bekostigingssystematiek voor opleidingen krijgt inmiddels voor de eerste tranche opleidingen in 2007 gestalte. In overleg met veldpartijen is vastgesteld welke zorgopleidingen daarvoor in aanmerking komen: huisartsen, medisch specialisten en â-beroepen in de ziekenhuizen (ziekenhuisapothekers, klinisch chemici en klinisch fysici). Voor de genoemde ziekenhuisopleidingen geldt per 1 januari 2006 een CTG beleidsregel, waarmee de middelen voor deze opleidingen worden geoormerkt in de instellingsbudgetten. In 2006 wordt vastgesteld welke overige zorgopleidingen in aanmerking komen voor bekostiging via de nieuwe bekostigingssystematiek.
6. In samenspraak met het ministerie van OCW is voor de jaren 2005 en 2006 incidenteel additionele ruimte gecreëerd om een extra instroom van 75 studenten mogelijk te maken. Als gevolg hiervan is de structurele jaarlijkse instroom van 250 studenten per september 2005 verhoogd tot 325 studenten.
8. Het project Verpleegkundige Beroepen en OpleidingsContinuüm (VBOC) wordt later afgerond dan aanvankelijk geraamd. Het eindrapport wordt in mei 2006 aan VWS aangeboden.
9. Eind 2005 is de reorganisatie van het beheer van de tuchtcolleges voor de gezondheidszorg afgerond. Het beheer van de tuchtcolleges is per 1 januari 2006 overgedragen aan het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG).

Tabel 30.1: Ontwikkeling van de opleidingscapaciteit voor verloskundigen				
Prestatie-indicator	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2004-2005
	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Raming
Eerstejaars verloskundige studenten	257	260	263	220*

a. de raming is exclusief zittenblijvers
Bron: opleidingsinstellingen (CIPI 2)

Tabel 30.2: Ontwikkeling van de opleidingscapaciteit voor huisartsen					
Prestatie-indicatoren	2002	2003	2004	2005	2005
	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Raming
Totaal aantal huisartsen in opleiding	1 125	1 202	1 274	1 386	1 464

Tabel 30.3: Ontwikkeling van de opleidingscapaciteit voor agio's					
Prestatie-indicator	2002	2003	2004	2005	2005
	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Raming
Eerstejaars studenten	1 109	1 170	1 081	1 011	1 157

Bron: Capaciteitsorgaan/MSRC (CIPI 3)

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

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. De «Agenda Ethiek en Gezondheid 2006» is met de Rijksbegroting 2006 aan het parlement toegestuurd.	Ja
2. Financiering van het onderzoeksprogramma «Ethiek, onderzoek en bestuur» van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek- onderzoeksprogramma (NWO).	Ja
3. Subsiëring en start van een project voor voorlichting, informatie en documentatie van erfelijke en/of aangeboren aandoeningen.	Ja
4. Subsiëring van de stichting gegevens donoren vruchtbaarheid.	Ja
5. Evaluaties van de embryowet en de wet afbreking zwangerschap.	Ja
6. Evaluatie van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG).	Ja
7. Start van de evaluatie van de euthanasiepraktijk.	Ja
8. Participatie in internationale overlegorganen.	Ja
9. Communicatie en voorlichting ter ondersteuning beleidsdoelstellingen.	Ja

Toelichting:

- De resultaten van de evaluatie Embryowet zijn in maart 2006 aangeboden (TK 30 486, nr. 1). Op 14 november 2005 is het onderzoek evaluatie Wet afbreking zwangerschap aangeboden. In maart 2006 zal het standpunt daarover worden uitgebracht.
- In december 2005 is het evaluatieonderzoek CEG aangeboden. Het standpunt daarover wordt voorbereid en zal naar verwachting in mei 2006 worden uitgebracht.
- De onderzoeken zijn van start gegaan en zullen in 2006 worden afgrond.

Beleidsartikel 31 Zorgverzekeringen

31.1 Algemene beleidsdoelstelling

Iedere ingezetene van Nederland heeft een zorgverzekering conform internationale standaarden tegen een redelijke prijs, die zo wordt uitgevoerd dat de verzekerde de zorg krijgt die nodig is en het stelsel in financiële zin beheersbaar is.

De belangrijkste mijlpaal in 2005 is:

- De voorbereiding en invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet op de zorgtoeslag. Beide wetten zijn op 14 juni 2005 door de Eerste Kamer aangenomen waardoor iedere ingezetene van Nederland zich volgens één zelfde regime kan verzekeren voor geneeskundige zorg in een markt van gereguleerde concurrentie met belangrijke publieke randvoorwaarden.

De belangrijke resultaten in 2005 zijn:

- Alle burgers en organisaties zijn geïnformeerd over de veranderingen met betrekking tot de Zvw en de Wet op de zorgtoeslag.
- Alle verzekerden hebben tijdig een aanbieding van hun verzekeraar ontvangen voor de nieuwe zorgverzekering waardoor een adequate voortzetting van hun verzekeringssituatie is gegarandeerd.
- Door instelling van de werkgroep onverzekerden is in samenspraak met alle betrokken veldorganisaties bijgedragen aan het beperken van het aantal onverzekerden en is een agenda voor verdere oplossingen in 2006 en later voorbereid.
- Er is overeenstemming bereikt met onder andere het College Bescherming Persoonsgegevens over het gebruik van privacygevoelige gegevens voor de uitvoering van de zorgverzekering, in het bijzonder van de uitvoering van de risicoverevening.
- De Europese Commissie heeft ingestemd met twee belangrijke onderdelen van de nieuwe Zorgverzekeringswet, namelijk het behoud van de wettelijke financiële reserves bij ziekenfondsen en het toepassen van een risicovereveningssysteem.
- De hoogte van de beschikbare middelen van het Zorgverzekeringsfonds en de specifieke vormgeving van het vereveningsmodel voor het jaar 2006 zijn in september vastgesteld.
- De ziekenfondsen zijn met behoud van de wettelijke reserves van rechtswege toegelaten tot het private zorgverzekeringsdomein en het CTZ heeft de voorgelegde modelpolissen van alle verzekeraars beoordeeld.
- Het toezichtkader Zvw en de relatie met nieuwe toezichthouders (De Nederlandse Bank/Autoriteit Financiële Markten (DNB/AFM) is vormgegeven, waarbij vooruitlopend op inwerkingtreding van het wetsvoorstel Marktordening Gezondheidszorg het CTZ over een adequaat instrumentarium beschikt.
- In het najaar van 2005 zijn met de vertegenwoordigende organisaties in het veld gezamenlijke aandachtspunten vastgesteld voor de AWBZ-uitvoering in 2006.
- Eind 2005 zijn de zorgkantoren aangewezen voor de periode 2006 tot en met 2008. Tot deze aanwijzing is besloten naar aanleiding van adviezen van onder andere het CTZ.

31.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begroting

(x € 1000)						
	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2005	2005	2005
Verplichtingen	1 417	1 159	1 424	21 869	19 150	2 719
Uitgaven	1 355	1 088	1 460	16 339	19 150	- 2 811
Programma-uitgaven	1 355	1 088	1 460	16 339	19 150	- 2 811
Stelselherziening	1 355	1 088	1 460	16 339	19 150	- 2 811
Ontvangsten	1	0	0	0	0	0

Toelichting op de belangrijkste verschillen

Programma-uitgaven

De overheveling van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) is gefaseerd. De activiteiten voor wat betreft het onderzoek naar de aanpassing van het vereveningsmodel, de communicatie en implementatie zullen daardoor grotendeels in 2006 plaatsvinden. Als gevolg hiervan zijn de uitgaven in 2005 € 0,2 miljoen lager dan geraamd.

Onderzoeken op het terrein van de monitor invoering Zvw, evaluatie no-claimteruggaveregeling, ontwikkeling risicovereveningssysteem (o.a. AWBZ) zijn opgeschoven naar 2006. Hierdoor vielen de uitgaven voor 2005 € 0,5 miljoen lager uit dan was geraamd.

In 2005 is het onderzoek naar de omvang van fraude en de effecten van het gevoerde beleid door middel van fraudedetectie en risicomodellering door zorgverzekeraars in deelsectoren van de zorg als gevolg van problemen rondom de declaraties van diagnose-behandelcombinatie-declaraties (DBC) zonder het gewenste resultaat beëindigd. De hiervoor beschikbaar gestelde middelen (€ 0,5 miljoen) hebben hierdoor niet tot uitgaven geleid.

Enkele onderdelen van de massamediale campagne voor de invoering van de Zvw zijn in de laatste maanden van het jaar aangepast. Hierdoor is € 0,5 miljoen minder uitgegeven dan geraamd. Ook was de opvang Publieksvragen via Postbus 51 minder omvangrijk dan verwacht (€ 1,1 miljoen).

Premie

Bedragen x € 1 miljoen

	Definitieve realisatie 2003	Volume	Nominaal	Technisch	Definitieve realisatie 2004	Volume	Nominaal	Technisch	Voorlopige realisatie 2005
	1 322,3	11,2	18,6	2,5	1 354,6	- 63,6	15,1	20,7	1 326,8
<i>Uitsplitsing volumemutatie productie</i>				2004	2005				
<i>overig</i>				1,0	0,0				
<i>Totaal</i>				10,2	- 63,6				
				11,2	- 63,6				

Bovenstaande tabel geeft aan hoe de uitgavenontwikkeling tussen 2003 en 2004 respectievelijk tussen 2004 en 2005 is samengesteld.

De nominale uitgavenontwikkeling is het gevolg van loon- en prijsbijstellingen in de verschillende deelsectoren. De volumestijging in 2004 is het saldo van diverse uitgavenmutaties. De belangrijkste zijn een stijging in de beheerskosten particulier (€ 29,1 miljoen) en een daling in de uitgaven als gevolg van de invulling van de taakstelling administratieve lastenverlichting (- € 24,8 miljoen).

De volume-ontwikkeling in 2005 is voornamelijk het gevolg van de incidenteel hogere uitgaven 2004 voor beheerskosten particulier (de beheerskosten particulier in het jaar 2005 zijn op dit moment nog niet afgerekend) en de lagere uitgaven bij beheerskosten ZFW in dat jaar. De technische uitgavenontwikkeling is het saldo van diverse herschikkingen. Zo is er vanuit artikel 25 € 6,0 miljoen overgeheveld voor beheerskosten PGB's, vanuit de VWS-begroting is € 7,0 miljoen overgeheveld voor beheerskosten ZBO's en vanuit artikel 99 € 5,1 miljoen voor beheerskosten AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR).

Bedragen x € 1 miljoen

Sectoren	Voorlopige realisatie 2004 in Jaarverslag 2004	Definitieve realisatie 2004	Verschil 2004	Raming 2005 in begroting 2005	Voorlopige realisatie 2005	Verschil 2005
Beheerskosten verzekeraars en uitvoeringsorganen	1 136,3	1 226,7	90,4	1 132,4	1 195,2	62,8
Beheerskosten ZBO's topstructuur zorgsector	75,5	81,3	5,8	65,7	87,4	21,7
Diversen (premie)	43,4	46,6	3,2	43,7	44,2	0,5
Groeiruimte beheer zorgverzekeringen	0,0	0,0	0,0	16,5	0,0	- 16,5
Totaal	1 255,2	1 354,6	99,4	1 258,3	1 326,8	68,5
Uitsplitsing verschil		Nominaal	0,0		Nominaal	15,1
		Volume	99,4		Volume	29,8
		Technisch/ statistisch	0,0		Technisch/ statistisch	23,6
		Totaal	99,4		Totaal	68,5

Toelichting op de definitieve uitgaven 2004

Bovenstaande tabel geeft aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2004 sinds het Jaarverslag 2004. De volumemutatie van € 99,4 miljoen hangt vrijwel volledig samen met de afrekening van de beheerskosten particulier.

Toelichting op de voorlopige uitgaven 2005

Deze tabel geeft tevens aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2005 sinds de Begroting 2005. De hogere ontwikkeling voor nominaal (€ 15,1 miljoen) is het saldo van nadere loon- en prijsbijstellingen in de sector. De volumemutatie van € 29,8 miljoen is voornamelijk het gevolg van hogere beheerskosten ZFW (€ 20,0 miljoen).

De technisch/statistisch mutatie van € 23,6 miljoen is het saldo van diverse herschikkingen.

Vanuit artikel 25 is € 6,0 miljoen overgeheveld voor beheerskosten PGB, vanuit de VWS-begroting is € 7,0 miljoen overgeheveld voor beheerskosten ZBO en vanuit artikel 99 € 5,1 miljoen voor beheerskosten AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR).

31.3 Operationele doelstellingen

31.3.1 Er is een zorgverzekering voor iedere ingezetene van Nederland tegen een redelijke prijs die voldoet aan internationale standaarden

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Het Wetsvoorstel zorgverzekeringswet (Zvw), de invoering- en aanpassingswet en de uitvoeringsregeling opstellen. Dit omvat ook de op genezing gerichte zorg van de AWBZ.	Ja
2. De afschaffing van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ) 1998 en de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden (Wet MOOZ) wettelijk regelen en begeleiden.	Gedeeltelijk
3. De inwerkingtreding van de Wet op de zorgtoeslag voorbereiden.	Ja
4. In de Zvw zijn de functies en taken opgenomen van de zelfstandige bestuursorganen (zbo's) in het nieuwe stelsel. VWS past deze aan om de zelfstandige bestuursorganen binnen dit stelsel adequaat te laten functioneren.	Gedeeltelijk
5. Nadat de Zvw is ingevoerd, is de vrijwillige AWBZ-verzekering voor Nederlanders in het buitenland niet langer noodzakelijk. Deze wordt daarom afgeschaft. De Zvw regelt dat betrokkenen onder de bescherming vallen van de EU-sociale zekerheidsverordening en bilaterale sociale zekerheidsverdragen. Dit garandeert een goede AWBZ-zorg in het buitenland. Voor de bestaande vrijwillig AWBZ-verzekerden wordt een overgangsregeling getroffen.	Ja
6. Inventariseren welke EU-verordeningen, internationale verdragen en internationale afrekeningsakkoorden aangepast moeten worden na 1 januari 2006.	Ja
7. Een planning maken om met de tien nieuwe lidstaten (per 1 mei 2004) internationale akkoorden tot stand te brengen. Zo moeten de financiële en administratieve gevolgen van de Europese sociale zekerheidsverordening tussen Nederland en de tien nieuwe lidstaten in goede banen worden geleid. De planning is om vanaf 2006 jaarlijks een afrekeningsakkoord te sluiten met twee EU-lidstaten.	Ja
8. De sociale zekerheidsverordening en de uitvoeringsverordening worden herzien. Die werkzaamheden zullen voortduren tot en met 2006. Dit vergt intensieve bemoeienis om te voorkomen dat financiële arrangementen tot stand worden gebracht, waarbij het Nederlandse verzekeringsstelsel in een ongunstige positie terecht komt.	Ja

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
9. De Staat der Nederlanden vertegenwoordigen in rechtszaken op nationaal en internationaal terrein. Ze voeren deze zaken niet alleen zelf uit, maar bereiden deze zaken ook voor en ze implementeren de uitspraken en arresten in deze zaken.	Ja
10. Een maatregel treffen om de ongewenste situatie tegen te gaan dat zorgverleners van een Nederlandse AWBZ-zorginstelling cliënten nareizen om ze in het buitenland zorg te verlenen.	Ja
11. VWS heeft subsidie toegekend aan drie grensoverschrijdende zorgprojecten in de EU regio's Maas-Rijn, Rijn-Waal en Gronau. Het doel daarvan is dat de overheid, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden beter grensoverschrijdend informatie uitwisselen. VWS zal deze experimenten monitoren.	Ja
Aanvullende beleidsprestaties, niet opgenomen in begroting 2005	
12. Alle partijen voorbereiden op de implementatie van de Zvw en de Wet op de Zorgtoeslag.	Ja
13. Alle burgers en organisaties informeren over de veranderingen met betrekking tot de Zvw en de Wet op de zorgtoeslag.	Ja
14. Overeenstemming bereiken met Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP), de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) over de verwerving, de verwerking en het gebruik van privacy-gevoelige (persoons)gegevens voor de uitvoering van de Zvw, in het bijzonder voor de uitvoering van de risicoverevening.	Ja
15. Parlementaire afronding van de behandeling van de Wet fraudebestrijding Zorgverzekeringswetten.	Ja

Toelichting:

1. De Zvw is op 14 juni 2005 door de Eerste Kamer aangenomen (Stb. 2005, 358). Onder de Zvw is besloten de uitvoeringsregelgeving onder te brengen in één AMvB, het Besluit zorgverzekering. Hierin zijn de hoofdlijnen van de vereveningssystematiek en het wettelijk aansprakenpakket geregeld. Het Besluit Zvw is op 2 augustus in het Staatsblad geplaatst. Onder de Zvw is besloten de uitvoeringsregelgeving onder te brengen in één ministeriële regeling, de Regeling zorgverzekering. Deze regeling is in verschillende tranches tot stand gebracht: publicatie in de staatscourant heeft voor de drie tranches plaatsgevonden op respectievelijk 5 september 2005, 19 oktober 2005 en 22 december 2005. Op 23 mei 2005 werd de Invoerings- en aanpassingswet Zvw (I&A-wet) aangeboden aan het parlement. Goedkeuring van de Eerste Kamer werd verkregen op 4 oktober 2005. De I&A-wet bevat de bepalingen over de afwikkeling van de WTZ 1998 en de MOOZ. In het Aanpassingsbesluit en de Aanpassingsregeling zijn de wijzigingen van AMvB's en regelingen opgenomen. Deze zijn eind december 2005 in de Staatscourant gepubliceerd.
2. Om een snelle en kwalitatief goede uitvoering en afwikkeling van de WTZ 1998 te garanderen stelt de Stichting uitvoering omslagregelingen (SUO) in overleg met De Nederlandsche Bank (DNB) een afbouwplan op.
3. De Wet op de zorgtoeslag is op 14 juni 2005 door de Eerste Kamer aangenomen. De Regeling vaststelling standaardpremie is op 14 oktober 2005 in de Staatscourant gepubliceerd.
4. Verzekeraars worden in het nieuwe stelsel geprikkeld tot een doelmatige uitvoering van de Zvw. Ze moeten de wet uitvoeren binnen wettelijke publieke randvoorwaarden. Op het nakomen van deze randvoor-

- waarden houden College toezicht zorgverzekeringen/ Zorgautoriteit in oprichting (CTZ/ZAio) (verbod op premiedifferentiatie, zorgplicht en acceptatieplicht), De Nederlandsche Bank (DNB) (solvabiliteit), Autoriteit Financiële Markten (AFM) (gedrag richting consument) en de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) (misbruik economische machtspositie en fusietoetsing) toezicht. In 2006 wordt het wetsvoorstel marktordening gezondheidszorg in het Parlement behandeld. In dat wetsvoorstel wordt de Zorgautoriteit opgericht, waarin CTZ en College Tarieven Gezondheidszorg (Ctg) zullen opgaan, en worden haar bevoegdheden vastgelegd. Tot dat moment houdt het CTZ toezicht op de uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars.
5. De sociale zekerheidsverordening en de uitvoeringsverordening zijn herzien. Er zijn voorstellen uit naar verdragspartners tot wijziging van de Coördinatieverdragen inzake sociale zekerheid. Deze verdragen dienen ter bescherming van de verzekerden en hun gezinsleden ingevolge de Zvw op het gebied van medische zorg.
 6. en 7. Er zijn stappen gezet om het Nederlandse verzekeringsstelsel in te passen in het internationale recht. Er is een plan van aanpak en een meerjarenplanning opgesteld inzake de aanpassing van EU-verordeningen, internationale verdragen en internationale afrekeningsakkoorden. Op 29 september 2005 is Bosnië akkoord gegaan met het voorstel. Australië heeft voorlopig akkoord gegeven op 18 november 2005. De planning is 2 akkoorden per jaar. In de Zvw is voorzien in de introductie van een winstmotief aan de zorgverzekeraars. Dit aspect van de ratificatie van het Internationale Arbeidsorganisatie-Verdrag 130 (ILO), waarmee ILO-Verdragen 24 en 25 zijn opgezegd. Op 3 december 2005 is het door het parlement goedgekeurd en neergelegd bij de ILO. Er is parlementaire goedkeuring verleend tot het opzeggen van ILO-Verdrag 118 inzake gelijke behandeling. Het verdrag is voor Nederland op 20 december 2005 buiten werking getreden.
 10. De Regeling is op 17 maart vastgesteld (Staatscourant 2005, 56).
 12. Vanuit VWS is veel voorlichting gegeven aan verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). In de tweede helft van 2005 is de voorlichting uitgebreid naar zorgaanbieders, werkgevers/werknemersorganisaties en intermediaire organisaties die contact hebben met moeilijk bereikbare doelgroepen. Vanuit de Belastingdienst zijn afspraken gemaakt met woningbouwcorporaties en gemeenten over lokale steunpunten bij de aanvraag van de zorgtoeslag, het zogeheten Hulp en Informatiepunt toeslagenregelingen huur en zorg (HIPs). Ook de websites www.denieuwezorgverzekering.nl met een kennisbank met circa 500 veelgestelde vragen, en www.toeslagen.nl hebben een belangrijke rol in de implementatie gespeeld.
 13. Er zijn drie grote massamediale campagnes gevoerd. Twee over de nieuwe zorgverzekering en één over de zorgtoeslag. Dit heeft tot een zeer hoge bekendheid met de nieuwe zorgverzekering en de zorgtoeslag geleid. Mensen die niet via de massamedia konden worden bereikt, zijn voorgelicht door intermediaire organisaties die veel contact met de moeilijk bereikbare groep hebben.
 14. De privacy van verzekerden is gewaarborgd in de regeling zorgverzekering (invulling artikel 35 en 87 Zvw) en de opgestelde gedragscode (addendum).
 15. Op 14 juni 2005 heeft de Eerste Kamer de Wet fraudebestrijding zorgverzekeringswetten aanvaard.

31.3.2 Er is bij de zorgverzekeringen een beheerste premie- en kostenontwikkeling

Om de premie- en kostenontwikkeling bij de zorgverzekeringen te beheersen, zijn drie subdoelen geformuleerd:

- A Zorgverzekeraars tot doelmatige zorginkoop stimuleren.
- B Verzekerden tot verantwoord zorggebruik stimuleren.
- C De omvang en samenstelling van het verzekerde pakket beheersen.

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
A	
1. Het huidige vereveningssysteem voor de ziekenfondsen moet uitmonden in een geschikt risicovereveningssysteem Zvw voor 2006.	Ja
2. De hoogte van de beschikbare middelen van het Zorgverzekeringsfonds en de specifieke vormgeving van het vereveningssysteem voor het jaar 2006 worden vastgesteld in een ministeriële regeling.	Ja
3. Het kabinet heeft aangegeven dat in 2006 nadat de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) en Zvw zijn ingevoerd over de uitvoeringsstructuur van de AWBZ (TK 2003–2004, 26 631, nr. 91) besloten moet zijn. In 2005 wil VWS de bestaande uitvoeringsstructuur verbeteren.	Ja
4. Met ingang van 2005 nemen de onderhandelingsmogelijkheden van zorgkantoren aanmerkelijk toe door functiegericht te bekostigen en door de contracteerplicht voor extramurale zorg af te schaffen. Elk zorgkantoor legt in 2005 vast hoe het met de nieuwe onderhandelingsmogelijkheden omgaat (contracteerbeleid). Om zorgkantoren in het toezicht effectief te kunnen aanspreken stelt VWS duidelijke eisen op het punt van zorginkoop en beheersing vast.	Ja
5. Het kabinet start in 2005 een interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) naar de toekomst van de AWBZ.	Ja
B	
6. Op 22 maart 2004 is het voorstel van wet tot wijziging van de Ziekenfondswet bij de Tweede Kamer ingediend in verband met het invoeren van een no-claimregeling voor verzekerden die geen of weinig gebruik hebben gemaakt van zorg waarop ingevolge die wet aanspraak bestaat (TK 2003/04, 29 483, nr. 1–2).	Ja
7. Met toepassing van het op grond van de AWBZ vastgestelde bijdragebesluit Zorg stellen de zorgkantoren en het Centraal Administratie Kantoor (CAK) de eigen bijdrage AWBZ vast en innen zij die bijdrage.	Ja
C	
8. Vanaf 2006 brengt VWS de op ondersteuning gerichte aanspraken voor mensen die niet voor «verblijf» zijn geïndiceerd, uit de AWBZ-aanspraken over naar de voorgenomen WMO. De functie «verblijf» wordt in de AWBZ beperkt tot de mensen die die functie echt nodig hebben. In 2005 wordt de AWBZ aangepast, omdat de WMO per 1 januari 2006 ingevoerd wordt. Ook wordt het op de AWBZ gebaseerde Besluit zorgaanspraken AWBZ en het Bijdragebesluit Zorg aangepast.	Gedeeltelijk

1 en 2. Het vereveningsmodel voor de Ziekenfondswet is succesvol toepasbaar gemaakt voor de gehele Nederlandse bevolking. Dit betekent adequate compensatie voor zorgverzekeraars van kostenverschillen door verschillen in gezondheidstoestand van verzekerden, met behoud van significante financiële prikkels voor een efficiënte uitvoering van de zorgverzekering en doelmatige zorginkoop. De Regeling Zvw (eerste fase) is op 5 september 2005 in de Staatscourant (nr. 171) gepubliceerd. Op 3 mei 2005 heeft de Europese Commissie aangegeven dat voor het beoogde risicovereveningssysteem geldt dat er sprake is van gerechtvaardigde staatssteun. De Commissie acht het

risicovereveningssysteem noodzakelijk en proportioneel voor het adequaat functioneren van het nieuwe, marktgerichte zorgverzekeringsstelsel. De Commissie acht tevens het behoud van de wettelijke reserves een aanvaardbare steunmaatregel, omdat de ziekenfondsen deze middelen nodig hebben om te voldoen aan de solvabiliteitsvereisten die gelden in de Zorgverzekeringswet.

3. Op termijn is een andere uitvoeringsstructuur voor de AWBZ voorzien. Ter voorbereiding daarvan is een interdepartementaal beleidsonderzoek naar de toekomst van de AWBZ gestart. Voor de zomer van 2006 zal het kabinet een reactie op hoofdlijnen formuleren.
4. In 2005 heeft een werkgroep van VWS, ZN en CTG/Zaio onderzoek uitgevoerd naar de verdeling van financiële middelen met ingang van 2006 via de bestaande systematiek van de regionale contracteer-ruimtes voor de zorgkantoren. Het eindrapport van deze werkgroep is op 15 september 2005 gepresenteerd. Dit is benut bij de aanwijzing aan CTG/Zaio over de contracteer-ruimte waarover de Tweede Kamer is geïnformeerd bij brief van 17 oktober 2005 (TK 2005–2006, 26 631, nr. 148). In november 2005 is een nieuw plan gepresenteerd voor de invoering van zorgzwaartebekostiging voor intramurale zorg met ingang van 1 januari 2007 (TK 2005–2006, 26 631, nr. 152). In december 2005 is overeenstemming bereikt over de hoofdlijnen van een nieuw Convenant zorgkantoren voor de periode 2006–2008. Dit convenant zal begin 2006 worden ondertekend. In 2005 heeft elk zorgkantoor verantwoording afgelegd over de AWBZ-uitvoering in 2004. Het CTZ heeft gericht onderzoek gedaan naar de zorginkoop (juni 2005). Hieruit kwam naar voren dat zorgkantoren op een goede manier invulling geven aan de zorginkoop. De resultaten zijn bij brief van 15 september 2005 aan de Tweede Kamer toegezonden (TK 2005–2006, 26 631, nr. 146). Deze resultaten zijn betrokken bij de verlenging van de concessie voor de uitvoering van de AWBZ tot 2009.
5. Zie onder 3.
6. Er zijn afspraken gemaakt met ZN en het College voor zorgverzekeringen (CVZ) over het volgen van de uitvoering van de no-claim-teruggavereregeling. De Kamers zijn bij brief d.d. 12 april 2005 geïnformeerd over het ontwikkelde no-claimtoetsingskader. In het najaar 2005 is het evaluatie-onderzoek gestart.
7. De vaststelling en inning van de eigen bijdrage AWBZ is geregeld in het op grond van de AWBZ vastgestelde Bijdragebesluit Zorg. In 2005 is de eigen bijdrage voor intramurale AWBZ-zorg ongewijzigd gebleven. In Koninklijk Besluit (KB) van 14 december 2005 (Staatsblad 675) is vastgelegd dat de overgangsproblematiek inzake de intramurale AWBZ-zorg per 1 januari 2007 opgelost moet zijn.
8. De Tweede Kamer zal begin 2006 de WMO aanvaarden. De WMO gaat dan in per 1 januari 2007. Per die datum wordt de huishoudelijke verzorging voor mensen zonder verblijfsindicatie naar de WMO overgeheveld. Aanpassing van het op de AWBZ gebaseerde Besluit zorg-aanspraken AWBZ en het Bijdragebesluit Zorg met het oog op de WMO zijn in voorbereiding.

31.3.3 Rechtmatige en doelmatige uitvoering van de zorgverzekeringen

Om een rechtmatige en doelmatige uitvoering van de zorgverzekeringen te realiseren, zijn drie subdoelen geformuleerd:

- A. Uitvoering Ziekenfondswet en AWBZ
- B. Aanpak fraude
- C. Uitvoering eigen bijdragen

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
A	
1. Het CTZ beoordeelt jaarlijks de recht- en doelmatige uitvoering van de Ziekenfondswet (ZFW) en de AWBZ.	Ja
2. Er is in 2005 een eenduidig raamwerk van prestatie-indicatoren dat inzicht biedt in de mate waarin ziekenfondsen de ZFW doelmatig uitvoeren.	Ja
3. Het CTZ vergelijkt en beoordeelt het functioneren van de zorgkantoren aan de hand van prestatie-indicatoren.	Ja
B	
4. Op verzoek van VWS toetst het CTZ het Misbruik & Oneigenlijk gebruik-beleid van zorgverzekeraars en zorgkantoren.	Gedeeltelijk
5. In 2005 onderzoeken externe onderzoeksbureaus de omvang van fraude en de effecten van het gevoerde beleid door middel van fraudedetectie en risicomodellering door zorgverzekeraars in deelsectoren van de zorg.	Nee
C	
6. Per 1 juli 2005 wordt een vereenvoudigde eigenbijdrageregeling in de AWBZ ingevoerd die gemakkelijker is voor de uitvoerders van de regeling en die voor de verzekerden beter te begrijpen is.	Ja
7. Op verzoek van VWS geeft het CVZ aan de hand van de resultaten van de kernmonitors en van de reactie van VWS hierop aanbevelingen aan de uitvoerders om de eigenbijdrageregeling voor de extramurale AWBZ-zorg correct en klantgericht uit te voeren.	Ja

1. Het oordeel over het functioneren van het CTZ in 2004 is meegenomen in de algemene brief over het functioneren van de zorg- zelfstandig bestuursorganen (ZBO's) die in september 2005 naar de Kamer is gestuurd. De resultaten van het onderzoek van het CTZ naar de rechtmatigheid van de uitvoering van de ZFW door de ziekenfondsen en de AWBZ door de uitvoeringsorganen, zorgkantoren en het Centraal Administratie Kantoor (CAK) becommentarieert de minister in een brief aan de Kamer die in januari 2006 aan de Kamer is verstuurd. Het Financieel verslag dat het CVZ uitbrengt over de Algemene Kas en het Algemene Fonds 2003 is ook naar de Kamer verstuurd.
2. In 2005 is door het CTZ gewerkt aan de verdere ontwikkeling van een eenduidig raamwerk van prestatie-indicatoren dat inzicht biedt in de mate waarin ziekenfondsen de ZFW doelmatig uitvoeren. In mei 2005 heeft het CTZ de brochure Toelichting op de prestatie-indicatoren ZFW 2004 vastgesteld.
3. In 2005 is door het CTZ gewerkt aan de verdere ontwikkeling van een raamwerk van prestatie-indicatoren dat inzicht biedt in de kwaliteit van de uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren. In juli 2005 heeft het CTZ de brochure Toelichting prestatiemeting AWBZ 2004 vastgesteld. Hierin is het normenkader voor 2004 opgenomen.
4. Het CTZ rapporteert uiterlijk 1 november 2006 op basis van de verantwoordingsdocumenten van ziekenfondsen en zorgkantoren. De eerste signalen wijzen uit dat zorgverzekeraars in 2005 in voldoende mate een misbruik- en oneigenlijk-gebruik beleid (formuleren) en materiële controles (uitvoeren).
5. Samen met ZN, CTZ/CTG en zorgverzekeraars is met inschakeling van een extern onderzoeksbureau een werkgroep «onderzoeksopzet fraudedetectie DBC's» opgericht. Door problemen in het DBC-declaratieproces bij ziekenhuizen, was er geen goede dataset aanwezig. Het onderzoek is zonder het gewenste resultaat beëindigd.
6. De toetsing van de mogelijkheden tot vereenvoudiging van de eigen bijdrageregeling zonder verblijf in de AWBZ heeft niet tot een aanpassing van het Bijdragebesluit Zorg geleid.
7. De aanbevelingen zijn verwerkt in concept AMvB met o.a. afschaffen

eigen bijdrage, activerende begeleiding, ondersteunende begeleiding en kwijtschelding (motie Vietsch). Het KB is vastgesteld op 20 september 2005 (Staatsblad 2005, 471).

Beleidsartikel 32: Rijksbijdragen volksgezondheid

32.1 Algemene beleidsdoelstelling

Het medebekostigen van sociale ziektekostenverzekeringen uit de schatkist met als doel de premiedruk van deze verzekering binnen maatschappelijk aanvaardbare grenzen te houden

Zoals in de begroting aangegeven, verlagen de bijdragen van het Rijk de premiedruk voor de ziekenfondsverzekering en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Deze rijksbijdragen zijn een onderdeel van het sociaal-economisch beleid van het Rijk. Tevens dienen de rijksbijdragen ter financiering van het VWS-beleid op het gebied van volksgezondheid en zorg.

Met de invoering van de nieuwe zorgverzekering per 1 januari 2006 is de rijksbijdrage voor de ziekenfondsverzekering vervallen. Omdat in deze zorgverzekering kinderen geen premie verschuldigd zijn, is gelijktijdig met de invoering ervan een rijksbijdrage ziektekosten voor verzekerden jonger dan achttien jaar ingevoerd.

32.2 Budgettaire gevolgen van beleid

(x € 1000)						
	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2005	2005	2005
Verplichtingen	5 659 644	6 842 903	8 422 162	8 186 251	8 198 099	- 11 848
Uitgaven	5 659 644	6 842 903	8 422 162	8 186 251	8 198 099	- 11 848
Programma-uitgaven	5 659 644	6 842 903	8 422 162	8 186 251	8 198 099	- 11 848
Dekking uitgaven ziektenkostenverzekering	3 290 744	2 653 103	3 012 762	2 932 951	2 895 099	37 852
Dekking uitgaven AWBZ	2 368 900	4 189 800	5 409 400	5 253 300	5 303 000	- 49 700
Ontvangsten	0	251	0	0	0	0

Toelichting op de belangrijkste verschillen

Programma-uitgaven

Het verschil (€ 11,8 miljoen) is een saldo van de positieve bijstelling (€ 37,9 miljoen) dekking uitgaven ziektekostenverzekering én de negatieve bijstelling (€ 49,7 miljoen) dekking uitgaven AWBZ. Het verschil tussen de stand vastgestelde begroting 2005 en de realisatie ervan met betrekking tot de uitgaven ziektekostenverzekering, kan worden verklaard door:

- Uitzending van de prijsbijstelling voor de rijksbijdrage volksgezondheid die bij Voorjaarsnota is ontvangen (€ 6,9 miljoen).
- Loon- en prijsbijstelling rijksbijdrage volksgezondheid (€ 30,9 miljoen) bij de tweede suppletore wet.

Het verschil tussen de stand vastgestelde begroting 2005 en de realisatie ervan met betrekking tot de uitgaven AWBZ, kan worden verklaard door:

- Sinds de belastingherziening 2001 dalen de AWBZ premieontvangsten als de heffingskortingen toenemen. Dit effect wordt groter als het

aandeel van de AWBZ premie in de eerste schijf toeneemt. Via de Bijdrage in de kosten van kortingen (BIKK) wordt het AWBZ fonds hiervoor gecompenseerd. De hoogte van de BIKK wordt bepaald via een formule. Deze bepaalt hoeveel de AWBZ premie-ontvangsten zijn gedaald door ontwikkelingen in de heffingskortingen en ontwikkelingen in de verhoudingen in de eerste schijf. Tussen de Macro Economische Verkenningen 2005 en het Centraal Economisch Plan 2005 is de raming van de heffingskortingen verlaagd met € 59 miljoen. Op grond daarvan komen de AWBZ premieontvangsten € 10,7 miljoen hoger uit. Daarom is de BIKK bij de eerste suppletore wet met dit bedrag verlaagd.

- Overboeking naar de generale middelen in verband met de aanpassing van de bijdrage in de kosten van kortingen (– € 39 miljoen bij tweede suppletore wet).

32.3 Operationele doelstellingen

32.3.1 Gedeeltelijke dekking van de uitgaven van de ziekenfondsverzekering

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. De minister stelt de rijksbijdrage ziekenfondsverzekering vast en er wordt een bedrag in de Algemene Kas van de ziekenfondsverzekering gestort.	Ja

32.3.2 Gedeeltelijke dekking van de uitgaven van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. De minister stelt de Bikk vast en er wordt een bedrag in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten gestort.	Ja

Beleidsartikel 33: Jeugdbeleid

33.2 Algemene beleidsdoelstelling

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

De belangrijkste resultaten in 2005 zijn:

- De nieuwe Wet op de Jeugdzorg is op 1 januari 2005 in werking getreden.
- 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. VWS heeft in 2005 verder gewerkt aan de thema's uit de Jeugdagenda waarvoor VWS als trekker is aangewezen. Het gaat om de thema's vroegsignalering, gemeentelijke taken en bevoegdheden, landelijke jeugdmonitor, kwaliteit en effectiviteit van programma's en harmonisatie indicatiestelling. Tevens is in 2005 de Jong-overeenkomst ondertekend.
- Versterken van de basisstructuur van het lokaal preventief jeugdbeleid door:
 - Het invoeren van het elektronisch kinddossier en implementeren van de adviezen van de Inventgroep over vroegsignalering.
 - Het in uitvoering nemen van de impuls opvoed- en gezinsondersteuning.
 - Het uitvoeren van de motie Verhagen (TK 2005–2006, 30 300, nr. 9).
 - Terugdringen wachtlijsten AMK's en instellen van de flexforce.
 - Extra capaciteit uithuisplaatsingen door extra middelen.

33.2 Budgettaire gevolgen van beleid

(x € 1000)						
	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2005	2005	2005
Verplichtingen	902 810	851 805	891 639	1 057 068	877 895	179 173
Uitgaven	806 150	821 508	849 900	919 479	869 113	50 366
Programma-uitgaven	802 576	818 755	847 426	917 196	866 889	50 307
Adequaat stelsel van jeugdzorg	756 730	776 068	803 004	879 585	831 869	47 716
<i>waarvan bijdragen aan baten-lastendiensten</i>		211	0	0		0
<i>waarvan specifieke uitkeringen</i>	718 648	738 735	766 265	857 687	795 964	61 723
Internaten voor kinderen binnenschippers	24 725	24 590	23 953	23 535	22 943	592
Participatie en toegankelijkheid	9 895	9 499	11 442	2 820	3 190	- 370
Lokaal sociaal beleid	8 490	5 642	6 738	9 082	6 516	2 566
Onderzoek en informatievoorziening	2 736	2 956	2 289	2 174	2 371	- 197
Apparaatsuitgaven	3 574	2 753	2 474	2 283	2 224	59
Ontvangsten	11 848	14 178	9 856	12 020	7 530	4 490

Programma-uitgaven

De extra uitgaven op dit artikel hebben voor € 6,9 miljoen betrekking op de toevoeging van de loonbijstelling.

Ontwikkelen en waarborgen van adequaat stelsel van Jeugdzorg

Posten die hogere uitgaven met zich meebrachten betreffen:

- Indexering van de pleegvergoeding 2004 en 2005 (€ 1,7 miljoen).
- Toevoeging middelen met betrekking tot de uithuisplaatsing (€ 5,0 miljoen).
- Toevoeging extra middelen voor de Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK's) (€ 6,0 miljoen).
- Overboeking van het ministerie van Justitie in verband met de middelen Justitiële Jeugdinrichtingen (JJl's) (€ 11,5 miljoen).
- Overboeking van het ministerie van Justitie in verband met de overdracht van de pleegzorgmiddelen (€ 14,2 miljoen).
- Herinvestering van opbrengsten uit de verkoop van onroerend goed door diverse instellingen in de jeugdzorg (€ 2,2 miljoen).

Lokaal sociaal beleid

De hogere realisatie op deze operationele doelstelling is voornamelijk het gevolg van de toevoeging van middelen vanaf de Justitiebegroting in verband met opvoedingsmiddelen uit het Hoofdlijnenakkoord (€ 2,5 miljoen).

Ontvangsten

De hogere ontvangsten (€ 4,5 miljoen) zijn het gevolg van ontvangsten in verband met de verkoop van onroerend goed door diverse instellingen in de jeugdzorg (€ 2,2 miljoen). Deze middelen zijn aan de doeluitkering van de desbetreffende provincie/grootstedelijke regio toegevoegd conform de geldende afspraken. Daarnaast zijn er hogere ontvangsten van de Internaten Binnenschippers (€ 2,7 miljoen) en ontvangsten diverse subsidies (€ 1,1 miljoen). Hier tegenover staan lagere ontvangsten met betrekking tot het landelijk beleid jeugdzorg (€ 1,7 miljoen).

33.3 Operationele doelstellingen

33.3.1 Het ontwikkelen en waarborgen van een adequaat stelsel van jeugdzorg

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Nieuwe Wet op de Jeugdzorg (WJZ) treedt in werking.	Ja
2. Voor 1 januari 2005 een plan van aanpak voor jongeren die nu op civielrechtelijke titel in justitiële jeugdinrichtingen verblijven.	Ja
3. Voor de toegangsfunctie van de jeugd- geestelijke gezondheidszorg (ggz) naar Bureau Jeugdzorg wordt met ingang van 2005 een bedrag van € 25 miljoen aan het beschikbare budget voor de jeugdzorg toegevoegd.	Ja
4. In overleg met provincies besluit nemen over nieuwe financierings-systematiek voor de jeugdzorg.	Gedeeltelijk
5. Kwaliteitsimpuls jeugdzorg.	Ja
6. Start van de vraag- en doelmatigheidsmonitor.	Ja
7. Verbeteringen naar aanleiding van de rapportage Jeugdzorg-brigade.	Gedeeltelijk
8. De Inspectie Jeugdzorg houdt toezicht op de kwaliteit van de jeugdzorg (zie artikel 37.b).	Ja

Toelichting:

1. De wet regelt een recht op jeugdzorg en één toegang tot verschillende vormen van jeugdzorg.
2. Op 18 april 2005 (532797/04/DJJ) is het plan van aanpak naar de Tweede Kamer verzonden. Op 22 november 2005 (TK 2005–2006, 24 587, nr. 148) is een stand van zaken gegeven over het project «gesloten jeugdvoorzieningen». Het streven is om vier keer per jaar over dit project te informeren door middel van een voortgangsbericht.
4. Besluitvorming is in 2005 voorbereid en wordt in 2006 verwacht.
6. De monitor is in 2005 ontwikkeld. De eerste resultaten worden in 2006 verwacht.
7. Op 8 april 2005 (TK, 2004–2005, 29 815, nr. 26) en 12 december 2005 (TK, 2005–2006, 29 815, nr. 44) zijn respectievelijk de eerste en de tweede rapportage van de jeugdzorgbrigade aan de Tweede Kamer aangeboden. Hierbij is aangegeven welke acties worden ondernomen op de aanbevelingen. De jeugdzorgbrigade zal in mei 2006 haar werkzaamheden afronden met een eindrapport.

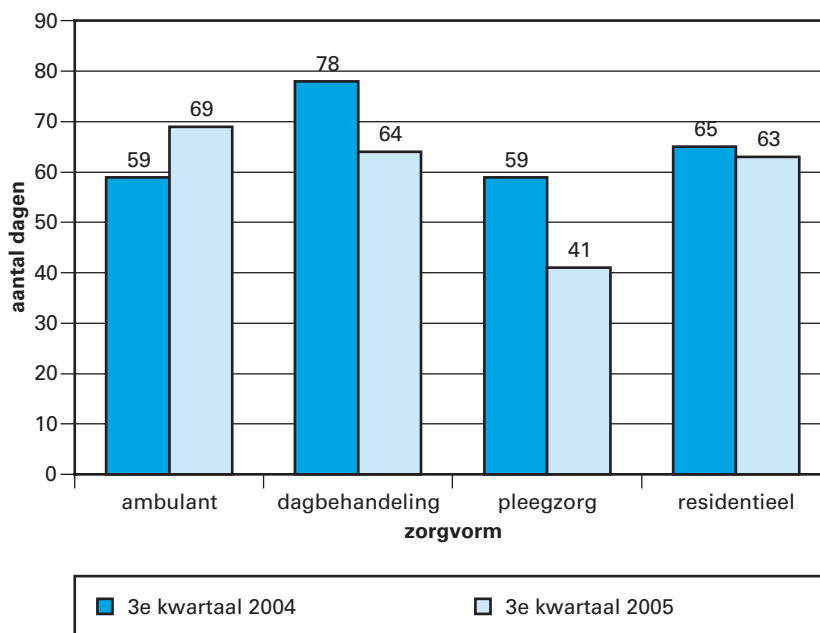
Wachlijsten Jeugdzorg

De gemiddelde tijd dat een cliënt moet wachten voordat de zorg start is in de periode oktober 2004–oktober 2005 voor drie zorgvormen afgenomen:

- de wachttijd voor residentiële zorg daalde met 3 procent tot 63 dagen;
- de wachttijd voor dagbehandeling daalde met 18 procent tot 64 dagen;
- en de wachttijd voor pleegzorg nam met 31 procent af tot 41 dagen.

De dalende trend is niet zichtbaar bij de ambulante zorg. Deze gemiddelde wachttijd nam met 17 procent toe tot 69 dagen (zie ook onderstaande figuur). Een verklaring hiervoor is, dat met name de behoefte aan ambulante zorg de afgelopen periode fors is toegenomen.

Gemiddelde wachttijd naar zorgvormen



Bron: beleidsinformatie jeugdzorg

Op 1 oktober 2005 wachten ongeveer 9 930 kinderen op jeugdzorg. Dit is 38 procent meer dan op 1 oktober 2004. Het aantal kinderen dat daadwerkelijk wacht ligt overigens enigszins lager, omdat kinderen soms dubbel worden geteld als zij op meerdere zorgvormen wachten. De grootste toename is zichtbaar bij de categorie kinderen die vier tot negen weken wachten: hun aantal nam toe met 91 procent tot 2 420. Het aantal kinderen dat langer dan negen weken wacht is met 20 procent toegenomen van 4 250 tot 5 120 (zie onderstaande tabel).

Tabel 1. Wachtenden op aanvang zorg, oktober 2004 en oktober 2005 (indicatief)

	Korter dan 4 weken	4-9 weken	Langer dan 9 weken	Totaal aantal wachtenden
1 oktober 2004	1 690	1 270	4 250	7 210
1 oktober 2005	2 400	2 420	5 120	9 940
Procentuele toename	42%	91%	20%	38%

Bron: beleidsinformatie jeugdzorg

Opmerkelijk is dat het aantal kinderen dat wacht sterk uiteenloopt tussen de provincies. In Zeeland bijvoorbeeld wachten 16 kinderen per 10 000 gewogen jeugdigen langer dan negen weken; in Fryslan zijn dat er 2. Er is geen relatie tussen de beschikbare middelen en de wachtlijst, in de zin dat provincies met een gemiddeld hoger bedrag per gewogen jeugdige niet minder wachtlijsten hebben.

Tijdens een algemeen overleg over de wachtlijsten in de jeugdzorg op 16 maart 2006 is het aanvalsplan voor de wachtlijsten gepresenteerd. Dit plan houdt in dat provincies plannen bij VWS indienen om de wachtlijsten weg te werken. Uitgangspunt hierbij is dat extra productie wordt geleverd tegen een lagere prijs. Alleen wanneer er daadwerkelijk extra productie wordt geleverd, wordt extra geld ter beschikking gesteld. Van de provincies wordt verwacht dat zij zich alle moeite zullen getroosten om de wachtlijsten zo snel mogelijk weg te werken.

Aanvullende beleidsprestaties	Realisatie
1. Realisatie capaciteit voor gesloten jeugdzorg.	Gedeeltelijk
2. Verdeling van extra geld voor extra uithuisplaatsingen.	Ja
3. Terugdringen van wachtlijsten AMK's.	Gedeeltelijk

1. Het van Justitie overgekomen budget (€ 11,5 miljoen in 2005) is besteed aan projecten van zorgaanbieders gericht op het realiseren van alternatief zorgaanbod voor jeugdigen in justitiële opvanginrichtingen. In 2005 zijn er 88 nieuwe jeugdzorgplaatsen gerealiseerd voor deze doelgroep. In 2006 komen daar 52 plaatsen bij.
2. Deze extra middelen (€ 5 miljoen) zijn, na overleg met het Interprovinciaal Overleg (IPO), verdeeld op basis van het aantal «gewogen jeugdigen» in de provincie en toegevoegd aan de doeluitkering.
3. Met de provincies is afgesproken dat eind 2006 alle meldingen bij het AMK binnen de normtijd worden afgehandeld. Ook is er een flexibele pool van geschoolde medewerkers gecreëerd om achterstanden weg te werken.

33.3.2 Het toereikend voorzien in financiering van opvang in internaten voor kinderen van binnenschippers en kermisexploitanten, voor zover deze vorm van opvang in verband met de aard van het beroep voor hun minderjarige schoolgaande kinderen nodig is

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Voldoende opvangcapaciteit creëren in internaten of pleeggezinnen voor leerplichtige kinderen van binnenschippers, kermisexploitanten en circusartiesten die niet over een vaste woon- of verblijfplaats beschikken.	Ja

Tabel 2: Aantal kinderen dat gebruik maakt van huisvesting					
	2002	2003	2004	2005	2005
	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Raming	Realisatie
Aantal kinderen	1 311	1 252	1 227	1 193	1 171

Bron: De bovenstaande cijfers over de jaren 2002 t/m 2005 zijn respectievelijk gebaseerd op de subsidieaanvragen van Centrale Stichting van Internaten voor Schippers- en Kermisjeugd (CENSIS) over de jaren 2003 t/m 2006 (CIPI 1).

Het evaluatieonderzoek naar de werking van de subsidieregeling Schippersinternaten is eind 2005 afgerond. Momenteel vindt overleg met de sector plaats over de uitkomsten. De resultaten hiervan zullen in het voorjaar van 2006 naar de Tweede Kamer worden gestuurd.

33.3.3 Het bevorderen van participatie en toegankelijkheid

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Stimuleren van een grotere maatschappelijke betrokkenheid en actief burgerschap («meedoen») voor optimale ontwikkeling van jeugdigen door jeugdigen invloed te geven op zaken die hen aangaan en door vrijwilligerswerk.	Ja

Toelichting:

Het activiteitenprogramma van de Nationale Jeugdraad is na de evaluatie van 2004 aangepast om ongeorganiseerde jongeren en jongeren met een achterstand beter te kunnen bereiken. Zowel in het totale beleid wordt hier meer aandacht aan besteed, als in een driejarig project «In da hood». Dit project is speciaal op activering van deze groep gericht. Het stimuleren van het vrijwilligerswerk voor, door en met jeugdigen middels een tijdelijke subsidieregeling (2004–2006) voor landelijke vrijwilligersorganisaties loopt door. In totaal is voor de periode 2004–2006 € 7,1 miljoen beschikbaar.

33.3.4 Het ondersteunen van lokaal sociaal beleid

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Versterken van de basisinfrastructuur van het lokale jeugdbeleid door jeugdigen en ouders informatie, opvoedingshulp en -ondersteuning te geven zodat de ontwikkelkansen van jeugdigen vergroot worden en overlast teruggedrongen wordt.	Ja
2. Op lokaal niveau beter samenwerken tussen buurt-, onderwijs-, sport- en jeugdvoorzieningen door gemeenten te stimuleren nieuwe aansprekende activiteiten aan te bieden.	Gedeeltelijk
3. Samen met OCW wordt op landelijk niveau de verdere ontwikkeling van brede scholen gefaciliteerd.	Ja
4. Aanpassen van regelgeving om belemmeringen weg te nemen bij het sluitend maken van de jeugdketen.	Gedeeltelijk

Toelichting:

1. De financiële middelen die in het kader van het Hoofdlijnenakkoord in 2004 beschikbaar zijn gesteld voor opvoeden gezinsondersteuning, zijn uitgezet onder een groep van 50 geselecteerde gemeenten. Deze gemeenten zetten gedurende de periode 2004–2008 de middelen in om meer risicogezinnen en risicojeugdigen te bereiken en hen te ondersteunen. Over de gehele periode gaat het om een bedrag van € 35,4 miljoen. Parallel hieraan is landelijk een evaluatie en effectonderzoek gestart. Daarnaast nemen gemeenten deel aan een begeleidingstraject. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) heeft in 2005 handreikingen ontwikkeld die gemeenten kunnen gebruiken om de vijf functies voor preventief jeugdbeleid te implementeren en hun lokale regievoering te versterken. In 2006 wordt dit traject voortgezet. In 2005 is ook een start gemaakt met het ontwikkelen van een meetinstrument om de voortgang van de implementatie van deze functies in kaart te brengen.
2. Zie artikel 35/Sport.
3. De ontwikkeling van brede scholen heeft zich in 2005 verder doorgezet. Eind 2005 waren er 600 brede scholen in Nederland, bij de vorige telling, eind 2003, waren dat er nog 500. Ook het aantal gemeenten dat bezig is met de ontwikkeling van de brede school blijft stijgen. In 2005 is 62% van de gemeenten met een brede school bezig; in 2003 was dat 54%. Vooral in kleine kernen zijn brede scholen in opkomst (bron: Brede Scholen in Nederland Jaarbericht 2005).
4. In april 2005 heeft het Rijk met 13 gemeenten, 2 provincies en 2 stadsregio's de Jong-overeenkomst gesloten. Partijen gaan in het kader van de Jong-overeenkomst gedurende een jaar in de praktijk na hoe zij kunnen komen tot effectievere samenwerking in de jeugdketen. In de Jong-overeenkomst hebben partijen afgesproken dat zij de bestaande wettelijke en financiële kaders als vertrekpunt nemen en van daaruit ondervonden problemen benoemen en voorstellen voor oplossingen formuleren. Op basis van deze oplossingsvoorstellen wordt in de loop van 2006 gezien welke landelijke conclusies getrokken moeten worden ten aanzien van de werkwijze binnen de jeugdketen en ten aanzien van het wettelijk en financieel instrumentarium.

33.3.5 Het stimuleren van onderzoek, monitoring en informatievoorziening

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Onderzoeken hoe kennisinstututen die werkzaam zijn voor de sector jeugd in 2005/2006 tot een gezamenlijke programmering kunnen komen.	Ja
2. Ontwikkeltraject landelijke jeugdmonitor.	Gedeeltelijk
3. Uitvoeren van het Europese Unie-programma (EU) Jeugd door Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) International Centre.	Ja

Toelichting:

1. In 2005 is verder gewerkt aan een nieuwe opzet van de kennisinfrastructuur voor zowel het veld als voor VWS zelf. Op basis van de kaders voor het VWS-kennisprogramma Jeugd is een Meerjarenprogramma 2006–2011 voor het Kenniscentrum Jeugd tot stand gekomen. Het kenniscentrum Jeugd heeft tot doel vorm te geven aan het beheer van de kennisfunctie door het verzamelen, verrijken, valideren en verspreiden van praktijkrelevante kennis gericht op het beleidsterrein Jeugd, met name de hulp aan jeugdigen met problemen met opgroeien en aan ouders met problemen met opvoeden.
2. In 2005 zijn belangrijke stappen gezet in het verbetertraject van de landelijke jeugdmonitor. De departementen, IPO en VNG hebben indicatoren en databronnen aangedragen. Er is voorlopig een uitvoeringsorganisatie geselecteerd: het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Deze heeft opdracht gekregen een pilot jeugdmonitor uit te voeren. De pilot is, voorzien van een plan van aanpak voor 2006 en verder (*CBS: Jeugdmonitor van pilot naar productie*) opgeleverd in december 2005. Alvorens over te gaan tot opdrachtverlening is een uitgebreide evaluatie van de pilot en beoordeling van het plan van aanpak voor 2006 ev. in gang gezet. Er is een expertgroep gevormd van gerenommeerde wetenschappers die een advies hebben uitgebracht over de opzet en gebruiksmogelijkheden van de jeugdmonitor (*H. Maassen van den Brink: Een goede start van de jeugdmonitor*). Het is de bedoeling dat 1 januari 2007 de eerste versie van de Jeugdmonitor wordt opgeleverd.
3. Op internationaal vlak wordt invulling gegeven aan het Europees programma Jeugd door het NIZW International Centre. Het gaat daarbij onder andere om groepsuitwisselingen, jongereninitiatieven, Europees vrijwilligerswerk voor jongeren.

Beleidsartikel 34: Lokaal beleid

34.2 Algemene beleidsdoelstelling

Burgers in staat stellen hun eigen verantwoordelijkheid te nemen in het verbeteren van hun leefsituatie en leefomgeving

Belangrijkste resultaten in 2005 zijn:

- Voorbereiding van de Wet maatschappelijke ondersteuning.
- Publicatie van de visienotitie vrijwilligersbeleid.
- Nieuwe opzet van de kennisinfrastructuur.

34.2 Budgettaire gevolgen van beleid

(x € 1000)						
	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2005	2005	2005
Verplichtingen	83 378	56 837	33 567	40 413	40 510	- 97
Uitgaven	65 971	67 924	52 400	38 011	41 415	- 3 404
Programma-uitgaven	62 264	64 431	50 403	35 625	39 219	- 3 594
Zelfredzaamheid van burgers	2 513	2 731	1 872	474	474	0
Maatschappelijke participatie en leefbaarheid	24 488	26 031	23 337	19 811	21 719	- 1 908
waarvan specifieke uitkeringen	8 138	9 410	7 374	0	0	0
Toegankelijke informatie en verbetering kwaliteit	11 849	12 928	19 370	13 993	13 509	484
Afbouw/overdracht van taken	23 414	22 741	5 824	1 347	3 517	- 2 170
Apparaatsuitgaven	3 707	3 493	1 997	2 386	2 196	190
Ontvangsten	2 561	4 737	947	1 790	0	1 790

Toelichting op de belangrijkste verschillen

Programma-uitgaven

Maatschappelijke participatie en leefbaarheid

Bij de 2e suppletore wet is de begroting verlaagd met € 1,7 miljoen. Voor € 1,2 miljoen heeft deze betrekking op de onderbesteding bij het vrijwilligerswerk. Dit komt doordat de beleidsbrief vrijwillige inzet later naar de Tweede Kamer is verstuurd dan gepland. (Kamerstuk 2005–2006, 30 334, nr. 1, d.d. 27-10-2005). Verder was niet voorzien dat een groot project Europees moest worden aanbesteed. Hier was € 0,5 miljoen mee gemoeid, waardoor de begroting in totaal met € 1,7 miljoen is verlaagd.

€ 0,5 miljoen betreft onderbesteding bij het project Sociale Infrastructuur landelijk gebied. Dit bedrag is niet tot besteding gekomen omdat het ontwerpen en de invoering van Stimuleringsregeling Sociale Infrastructuur Landelijk Gebied (SSILG) van LNV (Agenda Vitaal Platteland, Kamerstukken II, 2003–2004, 29 576, nr. 1, blz. 20) in 2005 enige malen is uitgesteld en thans als zodanig ter discussie staat.

Voor het uitvoeren van de motie van der Laan is de begroting opgehoogd met € 0,4 miljoen voor het homo-emancipatiebeleid.

Toegankelijke informatie en verbetering kwaliteit

Bij de 2e suppletore wet is de begroting verlaagd met € 1,1 miljoen. Vanwege problemen bij de aanschaf van een centraal ICT-informatiesysteem zijn de uitgaven van het project Welzijn Informatie Lokaal en Landelijk (WILL) achtergebleven bij de raming. Inmiddels hebben de belangrijkste deelnemers aan het WILL-project (Maatschappelijk Ondernemers Groep (MOgroep) en Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)) gekozen voor een marktmodel waarin de instellingen zelf kunnen kiezen uit systemen die aan de WILL-standaarden voldoen.

Bij de 2e suppletore wet is de begroting verhoogd met € 0,9 miljoen voor het project professionaliteit en kwaliteit welzijnsvoorzieningen. Deze middelen zijn besteed aan extra kosten van kwaliteit (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector-certificatieschema (HKZ)) en aan extra kosten van professionalisering (startkosten masteropleiding sociale interventie en digitale competentiebank voor de beroepenstructuur).

De begroting is verhoogd met € 0,5 miljoen voor de Transitiekosten Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) kennisinfrastructuur. Aan het NIZW is een projectsubsidie verleend van € 0,3 miljoen, voor de kosten die in 2005 gemaakt zijn in het kader van de omvorming van de kennisinfrastructuur. Voor de omvorming van de kennisinfrastructuur wordt gebruik gemaakt van procesondersteuning door Berenschot, hiervoor is € 0,2 miljoen betaald.

In de loop van 2005 is er voor € 0,1 miljoen aan loonbijstelling aan dit artikelonderdeel toegevoegd.

Afbouw overdracht

De uitgaven zijn € 2,2 miljoen lager uitgevallen dan begroot, dit komt o.a. omdat:

- De dossiers Forum, Landelijk Bureau Racisme en Landelijk Bureau Leeftijdscriminatie zijn overgedragen aan respectievelijk het Ministerie van Justitie en het Ministerie van SZW (€ 0,9 miljoen).
- Een bedrag van € 0,5 miljoen alsnog voor het homo-emancipatiebeleid is ingezet, terwijl het voornemen was deze activiteit af te bouwen.
- De afbouwsubsidies die gepland stonden in 2005 zijn al in 2004 aan de betrokken instanties uitbetaald (€ 0,4 miljoen).
- De ingediende wachtgeldverplichtingen kwamen lager uit dan begroot (€ 0,4 miljoen).

Ontvangsten

De niet geraamde ontvangsten hebben betrekking op:

- De opbrengst van de verkoop van het gebouw Klein Warnsborn (St. Optie) € 1,2 miljoen.
- Gedeeltelijke terugvordering bij een aantal instellingen naar aanleiding van de subsidie vaststelling.

34.3 Operationele doelstellingen

34.3.1 Het versterken van de eigen verantwoordelijkheid door het vergroten van de zelfredzaamheid

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Aanmoediging van burgers om zo veel mogelijk zelf initiatieven te nemen om de eigen leefsituatie te verbeteren.	Gedeeltelijk
2. Stimulering van de zelfredzaamheid van mensen door zo dicht mogelijk bij de burgers kaders en mogelijkheden te scheppen, waardoor burgers hun eigen verantwoordelijkheid kunnen waarmaken.	Gedeeltelijk
3. Ondersteunende diensten op het terrein van welzijn, gehandicaptenzorg en huishoudelijke hulp dicht bij de burgers aanbieden.	Gedeeltelijk
4. Het opzetten van ontwikkelpilots/proeftuinen in gemeenten.	Ja
5. Aanstellen van ambassadeurs.	Ja
6. Opzetten van een helpdesk.	Ja

Toelichting:

1 t/m 3. De eerste drie punten zijn belangrijke aspecten binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Dit betekent dat de operationele doelstelling nog niet gehaald (kan) zijn. Wel is er in een uitvoering en intensief implementatieprogramma aandacht voor alle drie de punten. Zo worden er handreikingen geschreven, zijn er pilotgemeenten en is er een communicatietraject opgezet. Het implementatietraject heeft als doel gemeenten zo optimaal mogelijk voor te bereiden op de komst van de Wmo en dus ook op de drie hiervoor genoemde punten. Daarnaast zijn er in het kader van het implementatietraject Wmo ter voorbereiding op de Wmo 26 ontwikkelpilots opgezet, een dekkend systeem over Nederland met Wmo ambassadeurs opgezet en is er een helpdesk voor vragen over de Wmo opgezet (met een eigen telefoonnummer en emailadres) en bemenst.

34.3.2 Bevorderen dat mensen actief deelnemen in maatschappelijke verbanden om de leefbaarheid te vergroten

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Het lokale vrijwilligerswerkbeleid kwalitatief versterken en de lokale ondersteuningsstructuur versterken.	Gedeeltelijk
2. Vrijwilligerswerk door jongeren stimuleren.	Gedeeltelijk
3. De belemmeringen voor het vrijwilligerswerk via wet- en regelgeving verminderen.	Gedeeltelijk
4. Verbeteren van de leefbaarheid in probleemwijken in grote steden.	Gedeeltelijk
5. Om het lokale vrijwilligersbeleid te versterken, zullen adviseurs worden ingezet.	Nee

Toelichting:

1. De tijdelijke stimuleringsregeling vrijwilligerswerk is in 2001 in het leven geroepen om gemeenten extra (financieel) te ondersteunen bij het versterken van het lokale vrijwilligersbeleid. De regeling zou in 2004 aflopen maar omdat in veel gemeenten de activiteiten wat later op gang zijn gekomen, is de regeling budgettair neutraal verlengd tot en met 2005. 70% van de gemeenten hebben verlenging aangevraagd. Tussentijdse evaluaties van de regeling hebben tot nu toe een palet

aan initiatieven opgeleverd. Daarvan valt te noemen het opzetten van ondersteuningspunten voor het vrijwilligerswerk, initiatieven voor het enthousiasmeren van jongeren voor het vrijwilligerswerk, deskundigheidsbevordering en scholing, en het opzetten van een website. Eind 2005 is de beleidsbrief «vrijwillige inzet» naar de Tweede Kamer gestuurd. Deze brief bevat diverse maatregelen om het lokale vrijwilligersbeleid te versterken. Verder heeft het Verwey Jonker Instituut in 2005 een onderzoek uitgevoerd naar deskundigheidsbevordering van vrijwilligers en specifiek de (toekomstige) rol van de lokale en rijksoverheid hierbij. Op basis van dit onderzoek wordt in 2006 een nieuw model voor deskundigheidsbevordering ontworpen (zie rapport deskundigheidsbevordering vrijwilligers van Verwey-Jonker Instituut van oktober 2005 (CIP1 1)).

2. Het uitvoeren van vrijwilligerswerk door jongeren is op verschillende manieren gestimuleerd. In het kader van de tijdelijke stimuleringsregeling vrijwilligerswerk is in een groot aantal gemeenten initiatieven voor jongeren gestart. Daarnaast heeft Civil society Instituut Vrijwillige Inzet Quality (CIVIQ (kenniscentrum voor vrijwillige inzet)) een apart project gericht op jongeren «&JOY». &JOY is een meerjarenprogramma dat het vrijwilligerswerk voor en door jongeren een extra impuls moet geven. &JOY zet zich in voor vrijwilligersorganisaties, steunfuncties, partners zoals het onderwijs, beleidsmakers in brede zin op het thema jongeren, participatie en vrijwillige inzet. &JOY werkt dus indirect voor jongeren. Verder heeft VWS zogeheten vliegende brigades gefinancierd om de maatschappelijke stages te promoten.
3. De volgende acties zijn ondernomen om belemmeringen in wet- en regelgeving terug te dringen. Vrijwilligersorganisaties konden in 2005 met vragen en klachten over wet- en regelgeving terecht bij de landelijke helpdesk wet- en regelgeving van CIVIQ. Verder is het onbelaste jaarmaximum van de vrijwilligersvergoeding verdubbeld van € 735 naar € 1 500. Ook is een deel van de Arbo-wetgeving (risico-inventarisatie en evaluatie) per 1 juli 2005 vervallen voor vrijwilligersorganisaties. Dit scheelt vrijwilligersorganisaties veel administratief werk.
4. In 2005 zijn voorbereidingen getroffen voor een intensievere samenwerking met VROM met als doel gemeenten te faciliteren in de koppeling van het fysieke en sociale beleid. Binnen de 56 prioritaire aandachtswijken worden vijf wijken geadopteerd voor de ontwikkeling van best practises én om mogelijke organisatorische en regeltechnische belemmeringen in beeld te brengen. In 2005 is de tijdelijke stimuleringsregeling Buurt, Onderwijs en Sport (BOS-impuls) in werking getreden. Beoogd is om achterstanden bij jongeren op terreinen als gezondheid, welzijn, onderwijs, opvoeding en sport en bewegen effectief te bestrijden. Daarnaast heeft de BOS-impuls tot doel om overlast door jongeren te verminderen zodat de leefbaarheid op wijk- en buurtniveau toeneemt. In de eerste en tweede tranche van de BOS-impuls zijn 200 projectaanvragen ingediend, waarvan 165 projecten van 78 gemeenten gehonoreerd. In 2005 zijn 64 BOS-projecten gestart. De diversiteit in de plannen is groot omdat deze goed zijn toegesneden op de lokale situatie.
5. Omdat de beleidsbrief eind 2005 naar de Tweede Kamer is gestuurd zijn er in 2005 nog geen adviseurs ingezet om gemeenten te ondersteunen om het lokale vrijwilligersbeleid te versterken. Eind 2005 is hiervoor een Europees aanbestedingstraject gestart. Begin 2006 zal de uitvoering van de aanbesteding, die tot eind 2007 loopt, van start gaan.

34.3.3 Het zorgen voor toegankelijke informatie en verbetering van kwaliteit in de maatschappelijke zorg

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. De kennisinstellingen gaan de uitvoering gericht ondersteunen, vraaggericht werken en meer samenwerken.	Gedeeltelijk
2. Een helder informatiesysteem ontwikkelen dat voorziet in de informatiebehoefte van rijk, gemeenten, instellingen en burgers.	Gedeeltelijk
3. Zelfreguleringsinstrumenten invoeren waarmee instellingen zelf hun kwaliteit kunnen aantonen, zoals certificering, visitatie en klanttevredenheidsonderzoeken.	Ja
4. De professionaliteit van de beroepsbeoefenaren verbeteren.	Ja

Toelichting:

- De omvorming van de kennisinfrastructuur op het terrein van de maatschappelijke zorg is een proces dat langer dan één jaar duurt. In 2005 zijn belangrijke stappen gezet in de richting van een nieuwe kennisinfrastructuur, die per 2007 operationeel zal zijn. Zo hebben alle beoogde deelnemers in de toekomstige kenniscentra overeenstemming bereikt over de te nemen stappen en de fasering daarvan. Dit is vastgelegd in een «Memorandum van Overeenstemming». Er is per kenniscentrum een conceptmeerjarenplanning opgesteld door de huidige instellingen en in 2006 wordt door de afzonderlijke instellingen gezamenlijk gewerkt in het kader van de conceptmeerjarenplannen.
- Er is in 2005 geen centraal ICT-informatiesysteem ingevoerd. Voortschrijdend inzicht heeft de MO-groep en de VNG (belangrijkste stakeholders in het WILL doen besluiten om te kiezen voor een decentraal informatiesysteem. Het nieuwe plan van aanpak is in maart 2006 gereed. Hierna kan worden gestart met de implementatie. Verder zijn gereedgekomen:
 - Het productenboek dat kwantificering van vrijwel elke lokale activiteit van welzijnswerk mogelijk maakt.
 - Een benchmark productgerichte subsidiëring.
 - Een benchmark klanttevredenheid over cursusactiviteiten.
 - Een benchmark subsidie- en beleidscyclus.
 - Een benchmark landelijke welzijnsdoelen.
 - Een pilot klanttevredenheid frontoffice-contacten.
- De sector heeft in 2005 besloten tot een sectorbreed certificatieschema. Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) is in januari 2005 gestart met de ontwikkeling van het schema in samenwerking met de sector, de financiers en de cliënten. Het project werkt als een estafette, waarbij de voorlopers met ervaring hun kennis doorgeven aan gemotiveerde grote en middelgrote organisaties. De kwaliteitsverbetering van de kleine organisaties wordt vooral door de provinciale steunfuncties verzorgd. Uitgangspunt is steeds de beste ervaringen in de praktijk. In 2005 zijn zo enkele kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld, zoals een medewerkerstevredenheidsmodel en een quickscan waarmee organisaties hun kwaliteit in beeld kunnen brengen.
- In 2005 is de nieuwe beroepenstructuur gereed gekomen voor de branches gehandicaptenzorg, kinderopvang, welzijn & maatschappelijke dienstverlening en jeugdzorg. Hierin wordt beschreven welke typen beroepskrachten in de nabije toekomst nodig zijn en over welke competenties zij moeten beschikken. Zie www.beroepenzorgenvw.nl.

Beleidsartikel 35: Sportbeleid

35.1 Algemene beleidsdoelstelling

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

Belangrijkste resultaten in 2005 zijn:

- De nota «Tijd voor sport», waarin het sportbeleid voor de komende jaren is vastgelegd, is aangeboden aan de Tweede Kamer (TK 2004–2005, 30 234, nr. 2). Het Kabinet wil de komende jaren investeren in een sportieve samenleving en geeft in deze nota aan welke keuzes daarbij gemaakt worden en welke rol is weggelegd voor de verschillende beleidspartners. Voor de verschillende beleidsdoelen is concreet aangegeven welke resultaten het Kabinet wil bereiken. De verdere uitvoering van de in deze nota opgenomen beleidsvoornemens wordt in overleg met de relevante partners in de sport ter hand genomen. Dat resulteert in een Sportprogramma 2006–2010, dat in het voorjaar aan de Tweede Kamer zal worden aangeboden.
- Het belang van sport en bewegen voor de gezondheid van de burger is benadrukt in de nota «Tijd voor sport». Het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen zal verder uitgewerkt worden in het kader van het Sportprogramma 2006–2010.
- De eerste projecten van de BOS-regeling (Buurt, Onderwijs, Sport) zijn van start gegaan. Doel van deze regeling is om achterstanden aan te pakken bij jeugdigen van vier tot negentien jaar. Omdat het aantal projectaanvragen achterbleef op de verwachtingen is de BOS-regeling op onderdelen aangepast (TK 2005–2006, 30 234, nr. 3). Het maximum van vijf projecten per gemeente vervalt, gemeenten mogen (onder voorwaarden) meer projecten per gebied aanvragen, de startdatum van de projecten is verruimd om een betere aansluiting op de BSI-projecten (Breedte Sport Impuls) mogelijk te maken, en sport- en bewegingsactiviteiten moeten in tijd en plaats aansluiten op schooltijden.
- Met pilotprojecten bij verschillende bonden is een begin gemaakt met het moderniseren van sportopleidingen. Afstandsleren en cursussen binnen de verenigingen zelf volgens de principes van competentieleren zoals binnen de volleybalbond, voetbalbond, gymnastiekunie zijn succesvol gebleken. Ook binnen andere sportorganisaties wordt gewerkt aan nieuwe vormen van opleidingen en worden pilots gestart.
- Indachtig de goede resultaten tijdens de Olympische en Paralympische Spelen van 2004 is de Stipendiumregeling voor topsporters voortgezet in 2005.

35.2 Budgettaire gevolgen van beleid

(x € 1000)						
	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2005	2005	2005
Verplichtingen	76 209	81 571	57 800	79 533	58 591	20 942
Uitgaven	69 833	73 129	74 081	67 147	73 067	- 5 920
Programma-uitgaven	67 075	70 447	71 301	64 622	70 526	- 5 904
Breedtesport	53 325	52 366	53 804	42 224	49 893	- 7 669
<i>waarvan specifieke uitkeringen</i>	<i>13 325</i>	<i>16 828</i>	<i>11 586</i>	<i>15 215</i>	<i>19 564</i>	<i>- 4 349</i>
Topsport	13 750	18 081	17 497	22 398	20 633	1 765
Apparaatsuitgaven	2 758	2 682	2 780	2 525	2 541	- 16
Ontvangsten	8 132	725	1 075	656	31	625

Toelichting op de belangrijkste verschillen

Programma-uitgaven

Breedtesport

In verband met het achterblijvende aantal projectaanvragen voor de BOS-regeling is het budget voor 2005 bij 1e suppletore begroting met een bedrag van € 5 miljoen verlaagd. Dit verklaart ook de lagere uitgaven bij de specifieke uitkeringen.

Daarnaast was sprake van vrijvallende middelen bij de Breedtesport-impuls. Deze middelen zijn gebruikt ter dekking van een knelpunt bij Topsport.

Topsport

In verband met hogere uitgaven dan geraamd voor de stipendiumregeling voor topsporters is bij 2e suppletore begroting een bedrag van € 1,6 miljoen overgeheveld van Breedtesport naar Topsport.

In verband met vertraging bij de bouw van het Omnisportcentrum in Apeldoorn is een betaling van € 1,9 miljoen doorgeschoven naar 2006. De vrijvallende middelen in 2005 zijn benut om een voorschot te verstrekken op het Stipendium 2006.

Ontvangsten

Er is € 0,6 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. Stimuleren van samenwerking door buurt, onderwijs en sport.	Gedeeltelijk
3. Activiteiten ondersteunen die de kwaliteit van het sportkader bevorderen.	Gedeeltelijk

Toelichting:

1. Uit de meest recente monitoringcijfers (uit 2004) blijkt dat momenteel:
 - ruim 50% van de Nederlandse bevolking voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (was 47% in 2003)¹;
 - 11% van de Nederlandse bevolking inactief is (was 12% in 2003)²;
 - ruim 47% van de mensen met een langdurige aandoening voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen.

Bronnen: Bewegen in Nederland 2000–2004 (OBiN) (TNO), Cipi code 1.

2. De eerste 64 projecten in het kader van de (tijdelijke) stimuleringsregeling buurt, onderwijs en sport zijn in 2005 van start gegaan. Het aantal tot op heden gehonoreerde projecten is, met 165, achter gebleven bij de verwachtingen. Daarom zijn aanpassingen aan de regeling gepleegd (TK 2005–2006, 30 234, nr. 3), teneinde over de gehele looptijd van de regeling de doelstelling van 400 projecten te kunnen realiseren.
3. In 2005 is de werving van jongeren voor vrijwilligersfuncties vanuit het brede vrijwilligersbeleid voortgezet (zie hiervoor artikel 33/Jeugdbeleid). Ook het aanbod van maatschappelijke stages voor jongeren in het voortgezet onderwijs (een project van OCW) heeft zijn invulling gekregen in de sport. In reactie op het rapport Atsma van Nederlands Olympisch Comité*Nederlandse Sport Federatie (NOC*NSF) zijn diverse maatregelen getroffen om de administratieve lasten van sportverenigingen te verlichten. Tevens is de fiscale limiet voor belastingvrije onkostenvergoedingen verhoogd.

In 2005 zijn de pilots voor beperkte professionalisering van verenigingen via verenigingsmanagers in de sport voortgezet. Uit een tussentijdse evaluatie is gebleken dat deze vorm van beperkte professionalisering niet oplevert wat er van verwacht werd en de projecten zullen worden afgebouwd.

Met pilotprojecten bij verschillende bonden is getracht de toegankelijkheid van de sportopleidingen te vergroten. Afstandsleren en cursussen binnen de verenigingen zelf volgens de principes van competentieleren zoals binnen de volleybalbond, voetbalbond, gymnastiekunie zijn succesvol gebleken. Ook binnen andere sportorganisaties wordt gewerkt aan nieuwe vormen van opleidingen en worden pilots gestart. In het kader van de alliantie school en sport is met OCW en NOC*NSF overleg gevoerd hoe de samenwerking met de middelbaar beroepsonderwijs (MBO) opleidingen kan worden geïntensiveerd.

¹ Met ingang van de Ontwerp-begroting 2006 is de norm aangepast en wordt het percentage van de Nederlandse bevolking gemeten dat voldoet aan de bewegnorm of aan de Fitnorm. Bewegnorm (Nederlandse Norm Gezond Bewegen): op minstens 5 dagen van de week minstens 30 minuten matig intensief bewegen. Fitnorm: op minstens 3 dagen van de week minstens 20 minuten intensief bewegen. Aan deze norm voldeed in 2004 bijna 60% van de Nederlandse bevolking van 18 jaar of ouder.

² Met ingang van de Ontwerp-begroting 2006 is de definitie van «inactiviteit» aangepast. Deze luidt thans: zowel in de zomer als in de winter op geen enkele dag van de week 30 minuten matig intensief bewegen. In de oude definitie ging het alleen om inactiviteit in de winter. Volgens de nieuwe definitie was in 2004 8% van de Nederlandse bevolking inactief.

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

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Het bevorderen van een goed topsportklimaat.	Ja
2. Waarbinnen topsporters uit verschillende disciplines zich op een verantwoorde manier met hun sport kunnen bezig houden.	Ja

Toelichting:

- In 2005 hebben 52 bonden een bijdrage ontvangen voor het opzetten respectievelijk uitvoeren van een talentherkennings- en ontwikkelingsprogramma. In het kader van het beleid voor evenementen hebben 30 organisaties een subsidie ontvangen voor 40 evenementen. Dit betrof 29 maal een subsidie voor de organisatie van een evenement en 11 maal een subsidie voor een haalbaarheidsonderzoek of bidprocedure. In 11 gevallen betrof het een lopende (meerjaren)subsidie en in 29 gevallen een nieuwe subsidieverlening. Voor de bouw en/of innovatie van een sportaccommodatie zijn 8 subsidies verstrekt. Dit betrof in 4 gevallen een lopende meerjarensubsidie en in eveneens 4 gevallen een nieuwe subsidieverlening. In juli 2005 hebben op Curaçao de Koninkrijksspelen voor de jeugd plaats gevonden. Het evenement was een groot succes. In het kader van het Regeringsjubileum heeft Hare Majesteit Koningin Beatrix de sluitingsceremonie bijgewoond. In 2005 hebben 47 bonden een bijdrage ontvangen voor de uitvoering van hun topsportbeleidsplan gericht op de hoogwaardige begeleiding van topsporters. Het aantal uitgekeerde volledige stipendia (in Fulltime Equivalent (fte's)) aan A-topsporters is opnieuw gestegen. In 2005 zijn 294 volledige stipendia uitgekeerd.

Tabel 35.1: Gebruik van de stipendiumregeling voor A-topsporters

Jaar	Aantal stipendia
2001	205
2002	236
2003	268
2004	278
2005	294

Bron: Fonds voor de Topsporter, jaarverslag 2004, Cipi code 1

- In 2005 werden de organisaties Nederlands Centrum voor Dopingvraagstukken (NeCeDo) en Doping Controle Nederland (DoCoNed) financieel ondersteund. Een aanzet is gegeven tot een fusie van deze organisaties in 2006 tot de Nationale Anti-Doping Organisatie (NADO). Het geplande aantal dopingcontroles van 2750 is ruimschoots gehaald. Totaal zijn 3052 controles uitgevoerd. Het aantal «positieve» gevallen was met 117 hoger dan in 2004. Dit is vooral veroorzaakt doordat het World Anti Doping Agency (WADA) de grens voor de verhouding testosteron-epitestosteron (T/E-ratio) heeft verlaagd van 6 naar 4.

Tabel 35.2: Aantal controles dat DoCoNed in de afgelopen jaren heeft uitgevoerd en het aantal «positieve» gevallen, dat hieruit naar voren is gekomen

Jaar	Aantal controles	Waarvan «positieve» gevallen
2000	1 757	22
2001	2 231	45
2002	2 755	45
2003	2 876	35
2004	2 848	65
2005	3 052	117

Bron: Jaarverslag 2004 DoCoNed, Cipi code 2

In december 2005 is de Antidopingconventie van Unesco goedgekeurd. Tijdens de voorafgaande onderhandelingen heeft VWS een prominente rol gespeeld. Mede daardoor is het een evenwichtige Conventie geworden met niet alleen bepalingen inzake repressie (controles, sancties), maar ook preventie (voorlichting, research). Ook een nog belangrijker Nederlands uitgangspunt is gerealiseerd. De Conventie kent geen verplichte harmonisatie van wetgeving. Overheden blijven vrij een antidopingbeleid te voeren door middel van zelfregulering via de sportsector. VWS stimuleert sportbonden om een actief dopingbeleid te voeren. Het niet voldoen aan de actuele dopingvoorschriften kan leiden tot een korting op de subsidies.

Beleidsartikel 36: Oorlogsgetroffenen en herinnering WO II

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 en op wie de beginselen van «ereschuld» of «bijzondere solidariteit» van toepassing zijn, alsmede het verschaffen van genoegdoening aan leden van onderscheiden gemeenschappen vervolgingslachtoffers. Daarnaast het levend houden van de herinnering aan de Tweede Wereldoorlog 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.

Budgettaire gevolgen van beleid

(x € 1000)	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2005	2005	2005
Verplichtingen	472 700	439 855	439 087	411 153	386 865	24 288
Uitgaven	473 038	443 020	437 843	406 207	389 473	16 734
Programma-uitgaven	471 576	441 615	436 749	405 126	388 406	16 720
Wetten, regelingen en rechtsherstel WO II	466 299	435 663	432 442	397 430	382 703	14 727
waarvan bijdrage aan zbo's	32 509	31 763	29 026	27 293	29 998	- 2 705
Infrastructuur herinnering WO II	5 277	5 952	4 307	7 696	5 703	1 993
waarvan bijdrage aan zbo's	14 112	4 728	3 018	1 358	1 721	- 363
Apparaatsuitgaven	1 462	1 405	1 094	1 081	1 067	14
Ontvangsten	1 185	3 033	1 353	3 779	0	3 779

Toelichting op de belangrijkste verschillen

Programma-uitgaven

Wetten, regelingen en rechtsherstel WO II

Het verschil van € 14,7 miljoen bij de operationele doelstelling wetten en regelingen en rechtsherstel WO II kan grotendeels verklaard worden uit een aanpassing van de ramingen voor de wetten en regelingen voor oorlogsgetroffenen bij 1e suppletore wet van € 26,7 miljoen, een overschot eind 2005 bij met name de wetten Wet uitkeringen vervolgingslachtoffers 1940–1945 (Wuv) en Wet uitkeringen burger-oorlogsslachtoffers 1940–1945 (Wubo) van in totaal € 8,1 miljoen en een daling van de bijdragen aan zelfstandig bestuursorgaan (ZBO's) met € 3,1 miljoen. Bij de Zbo's gaat het om de Pensioen- en uitkeringsraad (PUR), de Stichting Het Gebaar en de Stichting Rechtsherstel Sinti en Roma.

Infrastructuur herinnering WO II

Het verschil van ongeveer € 2 miljoen bij de operationele doelstelling Infrastructuur herinnering WO II is voor een belangrijk deel te verklaren uit een mutatie die heeft plaatsgevonden na de tweede suppletore wet. In november 2005 is namelijk € 3 miljoen van de ontvangstenkant van de begroting naar de uitgavenkant overgeboekt (desaldering) in verband met de aankoop van een pand voor de Stichting Het Indisch Huis. Verder was er eind 2005 een overschot bij de herinneringscentra, de projecten jeugd-educatie en de internationale projecten van in totaal ongeveer € 1 miljoen.

Ontvangsten

De ontvangsten van € 3,7 miljoen kunnen grotendeels verklaard worden uit de aan VWS overgemaakte opbrengst van de verkoop van het pand van de Stichting Het Indisch Herinneringscentrum (IHC).

36.3 Operationele doelstellingen

36.3.1. Een rechtmatige en doelmatige uitvoering van het wettelijk stelsel van pensioenen, uitkeringen en bijzondere voorzieningen, van het naoorlogs rechtsherstel, 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. Het in samenwerking met de Stichting Pelita en de PUR voorbereiden en starten van het project Gerichte benadering. Dit project is niet als voorgenomen beleidsprestatie opgenomen in de begroting 2005. Het betreft dus een aanvullende beleidsprestatie.	Ja
3. Financiering van en toezicht op de Pensioen- en uitkeringsraad, de Stichting het Gebaar, de Stichting Rechtsherstel Sinti en Roma en de Commissie Algemene Oorlogsongevallenregeling Indonesië (AOR).	Ja
4. Subsidiëring van een 9-tal instellingen voor immateriële dienstverlening (maatschappelijke werk en sociale dienstverlening) aan oorlogsgetroffenen.	Ja
5. Het waarborgen van de continuïteit in de bedrijfsvoering van de uitvoeringsorganisaties (PUR en begeleidende instellingen) bij een gestaag dalende werklast.	Ja
6. Bouw van het elektronisch monitoringsysteem op basis van kentallen.	Ja
7. Evaluatie van de PUR op basis van artikel 21 van de Wet PUR.	Nee

Toelichting:

1. Tabel 36.1 geeft voor de periode 2002–2005 een overzicht van het aantal pensioenen en uitkeringen en de daarmee gemoeide financiële middelen op grond van de wetten en regelingen voor oorlogsgetroffenen. De in de tabel genoemde bedragen zijn een onderdeel van de bedragen die in de tabel «Budgettaire gevolgen van beleid» worden genoemd onder de doelstelling Wetten, regelingen en rechtsherstel WO II.

Tabel 36.1: Gebruik wetten en regelingen voor oorlogsgetroffenen (2002–2005)

(bedragen x € 1 miljoen)	2002	2003	2004	2005	2005
	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Raming	Realisatie
Wbp					
Gemiddeld aantal betaalbare pensioenen	6 280	5 845	5 427	5 058	5 063
Totale uitgaven Wbp	113,7	108,4	102,8	92,7	93,1
Wuv					
Gemiddeld aantal betaalbare uitkeringen	21 421	20 642	19 903	19 161	19 232
Totale uitgaven Wuv	211,6	210,8	211,0	199,5	195,5
<i>Waarvan uitgaven bijzondere voorzieningen</i>	<i>32,7</i>	<i>36,5</i>	<i>36,9</i>	<i>35,9</i>	<i>36,8</i>
Wubo					
Gemiddeld aantal betaalbare uitkeringen	13 106	13 475	13 541	13 545	13 488
Totale uitgaven Wubo	61,1	63,5	67,5	67,3	64,2
<i>Waarvan uitgaven bijzondere voorzieningen</i>	<i>16,8</i>	<i>18,8</i>	<i>22,4</i>	<i>20,6</i>	<i>21,9</i>
AOR					
Bestand per ultimo	664	810	995	1 051	1 256
Totale uitgaven AOR	3,4	4,1	4,4	4,7	5,3

Bron: PUR, SAIP (voor de AOR) januari 2006 (CIPI 2); realisatiecijfers 2005 zijn voorlopig; raming 2005 is van december 2004.

Toelichting:

Wbp: Wet buitengewoon pensioen 1940–1945, Wet buitengewoon pensioen zeelieden-oorlogsslachtoffers en

Wet buitengewoon pensioen Indisch verzet

Wuv: Wet uitkeringen vervolgingslachtoffers 1940–1945

Wubo: Wet uitkeringen burgeroorlogsslachtoffers 1940–1945

AOR: Algemene oorlogsongevalenregeling Indonesië

Uit de tabel blijkt dat bij alle wetten de aantallen pensioenen en uitkeringen een daling te zien geven ten opzichte van 2004. Dat geldt ook voor de uitgaven. De ontwikkeling van deze laatste is in 2005 mede beïnvloed door de geringe indexering (0,24% waarvan 0,12% structureel). De uitgaven van de AOR-regeling vertonen een stijgende lijn. De grotere bekendheid met deze regeling heeft in de afgelopen jaren tot meer aanvragen (en toekenningen) geleid. In 2005 bedroeg het aantal eerste aanvragen bij de Wbp 70, bij de Wuv 785 en bij de Wubo 1 112. Naast deze reguliere instroom heeft de PUR 259 aanvragen (Wuv en Wubo) ontvangen in het kader van het project «Gerichte benadering» (Voor een toelichting bij dit project zie punt 2).

- Op 1 september 2005 is het project «Gerichte benadering» van start gegaan. Het project heeft als doel om «nu alle expertise nog bij de uitvoeringsorganisaties beschikbaar is» potentieel gerechtigden binnen de Indische doelgroep op de hoogte te stellen van het bestaan van de wetten voor oorlogsgetroffenen en hen voor zover zij daarvoor in aanmerking komen onder de werkingssfeer van deze wetten te brengen. Met name de Wubo, kent vermoedelijk nog relatief veel potentiële gerechtigden. In de «Gerichte benadering» werken Stichting Pelita, de PUR en VWS nauw samen. Het project loopt tot eind 2008. Voorjaar 2007 zullen de (tussen) resultaten van het project aan de Tweede Kamer worden gemeld. Met het project zullen in de komende drie jaren ongeveer 35 000 personen worden bereikt. Dit zal op basis van een eerder pilot-onderzoek kunnen resulteren in 4 500 nieuwe eerste aanvragen. Dit is meer dan twee keer zoveel als de huidige «reguliere» jaarlijkse instroom bij de PUR. De («netto») financiële consequenties van het project, zowel in termen van programma-uitgaven als in termen van uitvoeringskosten, zullen sterk afhangen van de mate waarin de aanvragen in het kader van de «Gerichte benadering» de reguliere aanvragen zullen «wegvangen». Daarbij is rele-

vant is dat circa 80% van die reguliere instroom bestaat uit «Indische» aanvragen.

3. De apparaatskosten van de PUR zijn met € 1 miljoen gedaald ten opzichte van het jaar 2004, zo blijkt uit tabel 2. De apparaatskosten in procenten van de programma-uitgaven laten een, in samenhang met de prijs-per-product bekostiging, beheerst verloop zien. In 2001 en 2002 werd dit cijfer nog in opwaartse richting beïnvloed door een hoge toestroom van af te handelen aanvragen die of niét (bij afwijzing) of vertraagd (aanvraagbehandeling, bezwaar en beroep) tot uitkeringskosten leidden.

Tabel 2: Apparaatskosten PUR.

(bedragen x € 1miljoen)	2002 Realisatie	2003 Realisatie	2004 Realisatie	2005 Raming	2005 Realisatie*
Apparaatskosten PUR (1)	32,7	29,9	28,0	26,3	27,0
Programma-uitgaven wetten (2)	386,4	382,7	381,3	359,5	352,8
Apparaatskosten in % van programma-uitgaven (1)/(2)	8,5%	7,8%	7,3%	7,3%	7,6%

Bron: PUR-uitgave Kort Bestek 2005 (CIPI 2) *Cijfers 2005 zijn voorlopig

5. Het kleiner worden van de doelgroep oorlogsgetroffenen WO II noopt tot heroriëntatie van de betrokken instellingen. De oprichting van Cogis (Kenniscentrum vervolging, oorlog en geweld) per 1 januari 2005 door Stichting Informatie- en Coördinatieorgaan Dienstverlening Oorlogsgetroffenen (ICODO), Stichting Centrum '45 en Stichting Sinai Centrum is hier een uitvloeisel van. ICODO is in Cogis opgegaan. Eveneens per 1 januari 2005 hebben Stichting 1940–1945 en Centrum '45 hun krachten gebundeld door middel van een bestuurlijke fusie. Voorts hebben de zes instellingen van algemeen maatschappelijk werk, Cogis, Centrum '45 en Sinai Centrum in het laatste kwartaal 2005 een samenwerkingsverband aangegaan onder de noemer «Netwerk Psycho-traumahulpverlening Nederland» (NPN). NPN beoogt de ontwikkeling van een geïntegreerde hulpverlening aan slachtoffers van recentere oorlogen en geweldsuitingen. Dit initiatief is ondersteund, evenals het tot stand komen van de samenwerking tussen Cogis en War Trauma Foundation (WTF). WTF richt zich op de verspreiding van kennis over psychotrauma naar (voormalige) oorlogsgebieden. Over de uitbesteding van taken van de PUR naar de Sociale Verzekeringsbank (SVB) zijn in het najaar van 2005 definitieve afspraken gemaakt tussen de PUR, de SVB en de ministeries van SZW en VWS. Vanaf januari 2009 zullen de werkzaamheden in het kader van de uitkeringsverzorging van de Wuv en de Wubo in opdracht van de PUR door de SVB worden verricht.
7. De brief over (onder meer) de evaluatie van de PUR is in het voorjaar van 2006 aan de Tweede Kamer gestuurd.

36.3.2 Het zorgdragen voor een infrastructuur zodat zo veel mogelijk mensen betrokken kunnen zijn bij discussies rond het thema «vrijheid»

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. In 2005 wordt in het subsidiebeleid speciale aandacht gegeven aan de activiteiten in het kader van zestig jaar bevrijding.	Ja
2. In overleg met OCW zal worden bezien op welke wijze de projecten Jeugdvoorlichting WO II-heden beter kunnen aansluiten bij vernieuwingen in het onderwijs.	Ja
3. Om te voorkomen dat voorwerpen of archieven verloren gaan zal gestart worden met een systematische aanpak op het terrein van conservering.	Ja
4. De internationale samenwerking zal worden geïntensiveerd door liaisonverbindingen met andere landen (o.a. Oekraïne) en samenwerking tussen herinneringscentra.	Ja
5. In 2005 gaat het Nederlands paviljoen in Auschwitz open na grondige renovatie.	Ja
6. Evaluatie van het Nationaal Comité 4 en 5 mei.	Gedeeltelijk

Toelichting:

2. In 2005 is in samenspraak met uiteenlopende veldpartijen de beleidsnotitie «Raak de juiste snaar» tot stand gekomen, waarin nieuw voorlichtingsbeleid over WO II voor de periode 2006 tot en met 2010 wordt aangekondigd. Deze notitie is als bijlage bij een brief van 18 januari 2006 naar de Tweede Kamer gestuurd (Kamerstukken II, 2005/2006, 20 454, nr. 75). Het jaar 2005 heeft in het teken gestaan van de voorbereiding van de implementatie van bovengenoemde beleidsnotitie. De start is voorzien voor begin 2006. In 2005 zijn 19 projecten jeugdvoorlichting gefinancierd voor een totaalbedrag van € 0,7 miljoen.
3. In 2005 heeft het conserveringsbeleid een stevig fundament gekregen. Beleidsmatig is het conserveringsbeleid verankerd in de notitie «Erfgoed van de Oorlog», die eind 2005 door de stuurgroep Conservering is onderschreven. De notitie beschrijft het nut en de noodzaak van een goede inventarisatie, digitalisering/conservering én ontsluiting van erfgoedmateriaal. Vanaf begin 2005 zijn een zestal projecten geïnitieerd die een bijdrage moeten leveren aan de totstandkoming van dit beleid. Het gaat o.a. om een project ter digitalisering van twee vitale onderdelen van het oorlogsarchief van het Nederlandse Rode Kruis en een project dat als doel had het digitaal ontsluiten van de toegangen van de archieven van werk- en concentratiekampen in Nederland. Alle 6 projecten hebben een concreet resultaat opgeleverd, hetzij in de vorm van een onderzoeksrapport, hetzij in de vorm van een publieksgericht product, zoals de internetsite www.kamparchieven.nl. De onderzoeksrapporten worden in 2006 gebruikt voor de verdere uitbouw van het programma.
5. De Nederlandse tentoonstelling in het Auschwitz Museum in Polen die in 1985 tot stand was gekomen, was verouderd. Onder regie van het Nederlands Auschwitz Comité is de tentoonstelling begin 2005 vernieuwd.
6. In 2005 is overleg gevoerd met het Nationaal Comité 4 en 5 mei over een aantal structurele organisatorische knelpunten. In 2006 wordt bezien of in vervolg daarop een evaluatie zal worden verricht.

Beleidsartikel 37: Inspecties

37.1 Algemene beleidsdoelstelling

37.1.a Inspectie Gezondheidszorg (IGZ): Toezicht houden op de staat van de volksgezondheid, op de zorg en de daar gebruikte producten en op de toepassing van patiëntenrechten

De belangrijkste resultaten in 2005 zijn:

- Het invoeren van gelaagd en gefaseerd toezicht.
- Publicatie van de Staat van de Gezondheidszorg 2005: «Openbare gezondheidszorg».

37.1.b Inspectie Jeugdzorg (IJZ): Het toezien op de kwaliteit van de jeugdzorg om daarmee grotere effectiviteit van de jeugdzorg te bereiken

De belangrijkste resultaten in 2005 zijn:

- Het uitvoeren van negen landelijke onderzoeken met betrekking tot:
 - De werkwijze van de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK's) van de Bureaus jeugdzorg.
 - De kwaliteit van het handelen van de Bureaus jeugdzorg bij cliënten in acute crisis.
 - De kwaliteit van nieuwe zorgaanbieders (hier is geen landelijk rapport van verschenen).
 - De uitvoering van Scholings- en trainingsprogramma's (STP) en proefverlof in relatie tot de uitvoering van de jeugdreclassering (eindrapport verschijnt begin 2006).
 - De werkwijze bij matching door de vergunninghouders bij interlandelijke adoptie.
 - De begeleiding van alleenstaande minderjarige asielzoekers (eindrapport verschijnt begin 2006).
 - Ambulant begeleid wonen (eindrapport verschijnt begin 2006).
 - Indicatiestelling door Bureaus jeugdzorg en de jeugd-GGZ, samen met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (eindrapport verschijnt begin 2006).
 - Onderzoek naar de kwaliteit van sector schippersinternaten.

Tevens zijn er in 2005 nog drie landelijke rapporten uitgebracht, waarvan het onderzoek in feite reeds in 2004 was afgerond;

- Zestien onderzoeken op verzoek van provincies en grootstedelijke regio's.
- Vier grotere onderzoeken naar aanleiding van calamiteiten en signalen. Daarnaast maakt de inspectie onderdeel uit van het project Integraal Toezicht Jeugdzaken, waarin vijf toezichthouders op het terrein van jeugd samenwerken, met als resultaat een bijdrage te leveren aan een verbetering van de effecten van voorzieningen voor de jeugd.

De inspectie heeft in 2005 haar toezicht met name gericht op de volgende vier thema's:

- Veiligheid van het kind.
- Inbreng van kinderen en ouders.
- Samenwerking in de keten van voorzieningen.
- Systematisch werken aan verantwoorde zorg.

In het eigen jaarverslag van de IJZ gaat de inspectie nader in op de resultaten van het toezicht en de overige activiteiten.

37.2 Budgettaire gevolgen van beleid

(x € 1000)						
	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2005	2005	2005
Verplichtingen	40 941	32 920	53 741	39 827	42 274	- 2 447
Uitgaven	41 446	33 189	46 417	43 852	42 274	1 578
Apparaatsuitgaven	41 446	33 189	46 417	43 852	42 274	1 578
Inspectie Gezondheidszorg	38 968	30 676	42 895	40 277	39 031	1 246
waarvan bijdragen aan baten-lastendiensten	0	0	8 157	7 510	7 805	- 295
Inspectie Jeugdhulpverlening	2 478	2 513	3 522	3 575	3 243	332
Ontvangsten	2 195	847	985	1 820	470	1 350

Toelichting op de belangrijkste verschillen

Apparaatsuitgaven

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

De uitgaven van de IGZ vallen in totaal ruim € 1,2 miljoen hoger uit dan begroot. Dit wordt onder meer veroorzaakt door extra uitgaven voor het project betere verpleeghuiscare (openen van een telefonisch meldpunt en het aantrekken van tijdelijk personeel voor het bezoeken van instellingen) en voor de ontwikkeling van prestatie-indicatoren voor de medisch-specialistische zorg (tijdelijk aanstellen van een aantal wetenschappelijk medewerkers).

Hiervoor zijn extra middelen aan de begroting toegevoegd.

Inspectie Jeugdzorg (IJZ)

De extra uitgaven houden voornamelijk verband met niet geraamde huisvestingskosten van de nieuwe locatie in Utrecht en het oude regio-kantoor in Zwolle. Hiervoor zijn via de tweede suppletore wet extra middelen beschikbaar gesteld.

Ontvangsten

IGZ

De ontvangsten van de IGZ vielen hoger uit dan begroot. Zij hebben onder meer betrekking op de vergoedingen voor uitgeleende inspecteurs, voor het project Aruba (waar de IGZ helpt met het uitbouwen van de plaatselijke inspectie) en voor werkzaamheden voor derden, zoals internationale inspecties (EMEA: European Agency for the Evaluation of Medicinal Products) en de beoordeling van bloedproducten.

IJZ

De ontvangsten hebben met name betrekking op terugontvangen salaris-kosten in verband met een detachering (project Integraal Toezicht Jeugd-zaken), terugontvangen advieskosten van Justitie als gevolg van het onderzoek naar de justitiële jeugdinrichting Den Engh en verrekening van advieskosten rondom de verbouwing van het kantoor in Utrecht met de Rijksgebouwendienst.

37.3 Operationele beleidsdoelstellingen

37.3.a Inspectie voor de Gezondheidszorg

37.3.a.1 Toezicht en interventie op het gebied van de zorg en de volksgezondheid

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Publicatie van thematische rapportages.	Ja
2. Invoeren van gelaagd en gefaseerd toezicht.	Gedeeltelijk

Toelichting:

1. Het toezicht was in 2005 geordend in 15 onderzoeksprogramma's. De thematische rapportages zijn samenvattende overzichten van de resultaten van het algemeen toezicht en het interventietoezicht. Zij doen verslag van een onderzoek bij een aantal zorginstellingen of beroepsbeoefenaren, zijn openbaar en via de IGZ-website in te zien. In 2005 zijn 23 thematische rapporten uitgebracht.
2. In 2005 is hard gewerkt aan de ontwikkeling van een gelaagde en gefaseerde inspectieaanpak, waarbij met behulp van gestructureerde vragenlijsten en prestatie-indicatoren een permanent en breed zicht op de kwaliteit van zorg ontstaat (fase 1). Op basis hiervan beoordeelt de inspectie de risico's op onveiligheid en te kort schietende kwaliteit. Waar zich de grootste risico's lijken voor te doen, gaan inspecteurs daadwerkelijk inspecteren op locatie (fase 2). Waar mogelijk stimuleert de inspectie de instelling tot verbetering, en indien nodig gaat ze over tot interventie. Dit kan zijn een waarschuwing, verscherpt toezicht, een advies tot een aanwijzing door de minister of een bevel tot sluiting (fase 3). Op een aantal specifieke terreinen (bijvoorbeeld bij inspectie van verpleeghuizen) is men in de loop van 2005 reeds op deze aanpak overgegaan.

Tabel 37.3.a.1: Productie IGZ (o.b.v. toezichtsactiviteiten)

	Realisatie 2003	Realisatie 2004	Raming 2005	Realisatie 2005	Vershil
Algemeen toezicht:					
Algemeen toezicht	2 537	2 454	2 500	1 157	- 1 343
Interventietoezicht:					
Rapportages over meldingen en calamiteiten	29 175	32006	29 000	29 780	+ 780
Gelaagd en gefaseerd toezicht:					
Fase 1: informatieverzameling				152	+ 152
Fase 2: oordeelsvorming				377	+ 377
Fase 3: interventie en handhaving				33	+ 33
Totaal	31 712	34 460	31 500		

Bron : IGZ-productieregistratie, VIS, BOPZIS, cipi=3

In de begroting is aangegeven dat het als gevolg van de overgang naar een nieuwe inspectieaanpak lastig was om voor 2005 een eenduidige productieraming op te stellen. Het gelaagd en gefaseerd toezicht is, qua opzet en «productie», namelijk slechts gedeeltelijk vergelijkbaar met het algemeen en interventietoezicht.

Er wordt daarom een productierealisatie in 2 delen weergegeven: het algemeen en interventietoezicht en daarnaast het gelaagd en gefaseerd toezicht. Bij dit laatste worden, volgens de hiervoor weergegeven beschrijving, 3 fasen onderscheiden: informatieverzameling, oordeelsvorming, interventie en handhaving. De producten in deze 3 fasen zijn geheel verschillend van aard en niet bij elkaar op te tellen. Het gaat dan bijvoorbeeld om de ontwikkeling van prestatie-indicatoren voor een zorgsector (fase 1) en opsporingsactiviteiten (fase 3). Algemene bezoeken worden bij gelaagd en gefaseerd toezicht impliciet in de productie opgenomen, hetgeen mede het lage realisatiecijfer van het «algemeen toezicht» verklaart.

37.3.a.2 Het uitbrengen van adviezen aan de bewindspersonen en anderen en het verstrekken van vergunningen

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Uitbrengen van adviezen aan de minister (435).	Ja
2. Uitbrengen van adviezen aan beroepsgroepen en instellingen (1461).	Ja
3. Uitbrengen van adviezen aan burgers (437).	Ja
4. Uitbrengen van richtlijnen (7).	Ja
5. Uitbrengen van adviezen voor vergunningen (verklaringen en certificaten).	Gedeeltelijk

In de tabel is het aantal uitgebrachte adviezen weergegeven. In de in 2006 verschijnende IGZ-jaarrapportage 2005 wordt nader op deze activiteiten ingegaan. Het verstrekken van verklaringen en certificaten omvat onder andere exportcertificaten voor genees- en hulpmiddelen, import- en exportverklaringen op basis van de Opiumwet, vergunningen Kernenergiewet en toestemming voor invoer van ongeregistreerde geneesmiddelen.

Tabel 37.3.a.2: Productie IGZ (adviezen en richtlijnen, vergunningen)					
	Realisatie 2003	Realisatie 2004	Raming 2005	Realisatie 2005	Verschil
Adviezen en richtlijnen	6 518	8 101	6 500	3 495	- 3 005
Vergunningen	9 547	10 389	9 500	7 017	- 2 483
Totaal	16 065	18 490	16 000	10 512	- 5 488

Bron : IGZ-productieregistratie, VIS, cipi=3

Het aantal adviezen lag lager dan geraamd. Niet meegeteld zijn echter de naar schatting 2 500 á 3 000 afgehandelde informatievragen die niet geregistreerd zijn vanwege de overstap op de systematiek van gelaagd en gefaseerd toezicht.

Ook het aantal afgegeven vergunningen lag lager dan geraamd. De omvang van dit soort activiteiten is echter afhankelijk van externe factoren en daarmee moeilijk vooraf te plannen. Wel is er door capaciteitsproblemen aan het eind van 2005 enige achterstand ontstaan in de verwerking van de aanvragen.

37.3.a.3 Het uitbrengen van overzichtspublicaties over de staat van de volksgezondheid en de gezondheidszorg

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Publicatie van de Staat van de Gezondheidszorg 2005: «Openbare gezondheidszorg».	Ja
2. Organiseren van voorlichtingsacties: Kortschrift (1), IGZ-circulaires (7), IGZ-persberichten (22).	Ja

Toelichting:

In het rapport «Staat van de Gezondheidszorg 2005; Openbare gezondheidszorg» wordt een beeld geschetst van de situatie en het belang van de openbare gezondheidszorg bij de aanpak van volksgezondheidsproblemen. De conclusie is dat de openbare gezondheidszorg en de kwaliteit van de gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en) de afgelopen 10 jaar merkbaar verbeterd zijn. Gemeenten hebben het gezondheidsbeleid hoger op de agenda gezet en gekregen. Het blijkt echter ook dat de openbare gezondheidszorg op dit moment nog onvoldoende is toegerust om opkomende gezondheidsproblemen, zoals overgewicht, adequaat aan te pakken. Tegelijkertijd kan geconcludeerd worden dat de huidige structuur van de openbare gezondheidszorg een goede basis vormt om noodzakelijke verbeteringen door te voeren. Nadere informatie over ontwikkelingen in de gezondheidszorg en de IGZ-activiteiten is te vinden in de IGZ-jaarrapporten, die apart aan de Tweede Kamer worden aangeboden. Het Jaarrapport 2004 is verschenen in mei 2005.

	Realisatie 2003	Realisatie 2004	Raming 2005	Realisatie 2005	Vershil
Inspectierapporten	11	15	20	23	+ 3
Rapport Staat van de Gezondheidszorg	1	1	1	1	0
Totaal	12	16	21	24	+ 3

Bron: VIS, cipi=3

37.3.b Inspectie Jeugdzorg

37.3.b.1 Het bevorderen van de kwaliteit van de jeugdzorg, door onderzoek naar kwaliteit en toezicht op het naleven van de vigerende wetten

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. In 100% van de rapporten zijn aan de verantwoordelijke overheden uitvoerbare aanbevelingen ter verbetering gedaan.	Ja
2. In 100% van de gevallen hebben de verantwoordelijke overheden (provincies/grootstedelijk regio's) afspraken met de instellingen over op de aanbevelingen gebaseerde concrete en meetbare acties.	Ja
3. In 100% van de gevallen zijn er met de verantwoordelijke overheden afspraken gemaakt over een «hertoets» (op de resultaten van deze acties).	Nee

Toelichting:

3. Door een wijziging in het beleid zijn het voortaan de provincies/grootstedelijke regio's die de instellingen aanspreken op de resultaten van de verbeterafspraken met die instellingen. De inspectie zal vanaf 2007 structureel navraag doen bij de provinciale overheden of aanbevelingen daadwerkelijk zijn omgezet in verbeteracties (zie VWS begroting 2006).

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie 2004	Begroting 2005	Realisatie 2005	Verschil
1. Instellingsrapporten t.b.v. landelijke en provinciale onderzoeksrapporten.	20	120	49	- 71
2. Provinciale onderzoeksrapporten.	17	32	16	- 16
3. Landelijke onderzoeksrapporten.	5	5	7	+ 2
4. Onderzoek naar aanleiding van meldingen/incidenten.	10	15	4	11
5. Anders afgehandelde meldingen/incidenten.	75	100	136	+ 36

Bron: Inspectie jeugdzorg-productregistratie 2005 (CIPI 3)

Toelichting:

1. Doordat de inspectie in 2005 voornamelijk steekproefsgewijs toezicht heeft gedaan, is het aantal instellingsrapporten aanzienlijk minder dan begroot.
2. De reden dat het aantal provinciale rapporten minder is dan begroot, is gelegen in het feit dat een aantal provinciale projecten in 2005 gebundeld is tot een landelijk project, een aantal provinciale toezichten uit 2005 nog doorloopt in 2006 en een aantal provinciale toezichten op eigen verzoek van de provincie/Grootstedelijke regio's (GSR) is verplaatst naar 2006.
4. Instellingen dienen eerst zelf een intern onderzoek in te stellen als er zich een calamiteit heeft voorgedaan. Pas na dit eigen onderzoek beoordeelt de inspectie of een nader inspectieonderzoek nodig is. In 2005 heeft de inspectie deze regel nog stringenter gehanteerd, waardoor de noodzaak tot het doen van inspectieonderzoek minder aanwezig was. Daarnaast is het erg moeilijk om vooraf een inschatting te maken van het aantal begrote onderzoeken nav meldingen/incidenten, daar calamiteiten niet te begroten zijn.

37.3.b.2 Het adviseren en informeren van de bewindspersonen van VWS en Justitie, gedeputeerden van provincies en grootste regionale regio's over de kwaliteit van het stelsel, op verzoek of uit eigen beweging

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie 2004	Begroting 2005	Realisatie 2005	Vershil
1. De inspectie geeft gevraagd advies aan VWS en Justitie.	5	10 (geen onderscheid naar gevraagd en ongevraagd advies)	6	
2. De inspectie geeft ongevraagd advies aan VWS en Justitie.	5		0	- 4

Bron: Inspectie jeugdzorg-productregistratie (CIPI 3)

Toelichting:

2. De inspectie is meer dan voorheen betrokken geweest bij de beleidsvoorbereiding door participatie in diverse werk- en stuurgroepen:
- Zij is samen met het Ministerie van VWS mede-initiator geweest van en neemt deel aan een breed overleg over prestatie-indicatoren voor de jeugdzorg.
 - Zij heeft overlegd met de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) over de normen voor certificering.
 - Zij heeft geparticipeerd in de Stuurgroep jeugdzorg, waarin overheden en koepelorganisaties de hoofdlijnen van voorgenomen beleid m.b.t. de jeugdzorg bespreken, voordat dit aan bewindspersonen wordt voorgelegd.
 - Zij heeft op verzoek van het Ministerie van Justitie geparticipeerd in het brede (jeugdbeschermings)programma Beter Beschermd.

In deze werk- en stuurgroepen geeft zij gevraagd en ongevraagd mondelinge adviezen, waardoor het geven van adviezen achteraf minder nodig is.

Daarnaast heeft de inspectie in 2005 een mini-symposium georganiseerd met als thema «Jeugdzorg in 2010». Hierbij waren o.a. vertegenwoordigers van de overheden, het veld en de wetenschap aanwezig.

Beleidsartikel 38: Tegemoetkoming in zorgkosten

38.1 Algemene beleidsdoelstelling

Het bieden van een tegemoetkoming in de kosten van zorg

Zoals in de begroting aangegeven is de minister verantwoordelijk voor het garanderen van de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Om de verhouding tussen de uitgaven voor zorg (zorgkosten) en het totale inkomen aanvaardbaar te houden, krijgen alle burgers die daar recht op hebben een tegemoetkoming. De zorgtoeslag is ingevoerd, zodat niemand meer dan een aanvaardbaar deel van de gemiddelde Zorgverzekeringswet-premie (Zvw) betaalt.

38.2 Budgettaire gevolgen van beleid

(x € 1000)						
	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2005	2005	2005
Verplichtingen	0	0	34 343	260 698	89 200	171 498
Uitgaven	0	0	34 343	260 698	89 200	171 498
Programma-uitgaven	0	0	34 343	260 698	88 300	172 398
Tegemoetkoming buitengewone uitgaven			34 343	64 528	88 300	- 23 772
Zorgtoeslag	0	0	0	196 170	0	196 170
Apparaatsuitgaven	0	0	0	0	900	- 900
Ontvangsten	0	0	0	0	0	0

Toelichting op de belangrijkste verschillen:

Programma-uitgaven

Tegemoetkoming buitengewone uitgaven

In 2005 valt duidelijk een stijgend beroep op de tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven waar te nemen. Mede dankzij de in 2004 opgezette campagne voor hulp bij aangifte («Aangifte loont») is een groter deel van de doelgroep bereikt. Deze campagne liep door in 2005. Verder heeft de Belastingdienst eind 2005 ruim 400 000 vereenvoudigde en deels voorgevulde aangiftes inkomstenbelasting verzonden aan ouderen, wajonggerechtigden en anderen met een laag inkomen.

De onderuitputting die nog optreedt hangt voor een deel samen met het kaseffect. Nog een aantal jaren na het desbetreffende belastingjaar kan de belastingaangifte worden gedaan waar de tegemoetkoming buitengewone uitgaven uit voortvloeit. Voor een ander deel ligt de verklaring in het feit dat de doelgroep nog niet volledig wordt bereikt.

Zorgtoeslag

In de vastgestelde begroting 2005 zijn geen uitgaven opgenomen voor de zorgtoeslag. De verwerking van de uitgaven voor de zorgtoeslag zijn bij de 2e suppletore wet (€ 215 miljoen) in de begroting opgenomen. Uiteinde-

lijk zijn met de voorschotbetalingen in december en januari een uitgaven zorgtoeslag van € 196,2 miljoen gerealiseerd.

38.3 Operationele doelstellingen

38.3.1 Tegemoetkoming Buitengewone uitgaven (TBU): Belastingplichtigen, die effectief geen of slechts gedeeltelijk voordeel hebben van de aftrek van buitengewone uitgaven, een alternatieve tegemoetkoming bieden

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

Toelichting

- Per ultimo 2005 is in totaal aan ruim 229 000 personen voor circa € 77 miljoen aan tegemoetkoming toegezegd op basis van de aangiftes IB 2003. Dit is onderverdeeld in ruim 146 000 personen van 65 jaar of ouder en ruim 83 000 personen jonger dan 65 jaar. Op basis van de aangiftes 2004 is per ultimo 2005 aan ruim 120 000 personen voor circa € 29 miljoen aan tegemoetkoming toegezegd. Hierbij gaat het om ruim 90 000 personen van 65 jaar of ouder en ruim 29 000 personen jonger dan 65 jaar.

Belastingjaar 2003			
Doelgroepen	Jonger dan 65 jaar	65 jaar of ouder	Totalen
Aantal personen	83 145	146 483	229 628
Toegezegd bedrag	€ 34 768 625	€ 42 312 569	€ 77 081 194

Belastingjaar 2004			
Doelgroepen	Jonger dan 65 jaar	65 jaar of ouder	Totalen
Aantal personen	29 679	90 692	120 371
Toegezegd bedrag	€ 7 850 286	€ 21 313 847	€ 29 164 133

Bron: Belastingdienst; TBU-systeem (CIPI 3)

Zoals aangegeven in de tabel budgettaire gevolgen van beleid is van deze toegezegde bedragen in totaal € 34,3 miljoen in 2004 en € 64,5 miljoen in 2005 uitbetaald (realisatie 2004 en 2005). Het verschil met de toegezegde bedragen ontstaat doordat een deel van de toezeggingen in het begrotingsjaar 2006 wordt uitbetaald.

38.3.2 Zorgtoeslag: Niemand betaalt een groter deel van zijn inkomen aan de gemiddelde Zvw-premie dan wat als aanvaardbaar wordt berekend

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Alle burgers die de zorgtoeslag tijdig hebben aangevraagd, ontvangen deze eind december 2005.	Gedeeltelijk

1. De Belastingdienst heeft in totaal 6,1 miljoen aanvraagformulieren voor de zorgtoeslag verstuurd. De groep personen die automatisch het aanvraagformulier heeft ontvangen, is ruim genomen. Op deze manier werden zoveel mogelijk personen bereikt. Hiervan zijn 5,2 miljoen aanvraagformulieren teruggestuurd.

Ruim 5,5 miljoen aanvragers hebben een eerste voorschot zorgtoeslag in december op hun rekening ontvangen. Ongeveer 200 000 betalingen zijn niet binnen de gestelde termijn van december betaald. De Belastingdienst heeft deze betalingen in de eerste week van januari gedaan. Ongeveer 10 000 aanvragen hebben niet tot betaling in december geleid. Zij hebben hun voorschot eind januari voor twee maanden ontvangen. Op basis van alle meldingen die bij de Belastingdienst zijn binnengekomen is nog een groep van ruim 40 000 aanvragen onderkend die niet (geheel) tot betaling hebben geleid. Zij zijn eind januari verwerkt. De oorzaak van de niet-betalingen is een ten onrechte aangebrachte blokkering in de computersystemen.

Niet-beleidsartikel 98: Algemeen

98.1 Algemeen

In dit niet-beleidsartikel worden de uitgaven beschreven die niet specifiek aan een van de beleidsdoelstellingen uit de voorgaande beleidsartikelen zijn toe te rekenen. Het gaat hierbij om ministeriebrede programma- en apparaatsuitgaven zoals het bevorderen van internationale samenwerking, het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en de adviesraden. De adviesraden hebben tot taak de regering en beide Kamers der Staten-Generaal te adviseren over de hoofdlijnen van beleid; elke raad op zijn eigen beleidsterrein.

98.2 Budgettaire gevolgen van beleid

(x € 1000)						
	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2005	2005	2005
Verplichtingen	364 643	276 130	188 179	202 528	143 798	58 730
Uitgaven	371 418	279 715	180 023	188 098	143 965	44 133
Programma-uitgaven	3 433	1 061	3 800	2 818	3 263	- 445
Internationale samenwerking	3 433	1 061	3 800	2 818	3 263	- 445
Apparaatsuitgaven	367 985	278 654	176 223	185 280	140 702	44 578
Sociaal en Cultureel Planbureau	8 463	7 653	8 774	9 152	6 563	2 589
Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling	1 374	1 323	1 407	1 196	1 279	- 83
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	3 506	3 123	3 138	3 105	2 939	166
Gezondheidsraad	5 737	5 947	6 149	5 672	4 681	991
<i>waarvan bijdrage aan zbo's</i>	<i>835</i>	<i>844</i>	<i>962</i>	<i>1 156</i>	<i>1 026</i>	<i>130</i>
Raad voor Gezondheidsonderzoek	571	623	583	650	584	66
Personeel en materieel kernministerie	107 583	106 952	106 301	100 135	103 063	- 2 928
Strategisch onderzoek RIVM en NVI	124 680	48 710	49 871	65 370	21 593	43 777
<i>waarvan bijdragen aan baten-lastendiensten</i>			<i>49 871</i>	<i>65 370</i>	<i>21 593</i>	<i>43 777</i>
Overige apparaatsuitgaven	116 071	104 323	0	0	0	0
Ontvangsten	86 133	92 449	28 499	7 523	2 582	4 941

Toelichting op de belangrijkste verschillen

Programma-uitgaven

De onderuitputting vindt voornamelijk plaats op het budget EU-voorzitterschap en de samenwerking met China. De afronding hiervan heeft aanmerkelijk minder gekost dan verwacht. Een aantal lezingen en conferenties (publieke gezondheid, mobiliteit, voeding & bewegen) zijn doorgeschoven naar 2006.

Apparaatsuitgaven

De hogere uitgaven van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) vinden hun oorzaak in de realisatie van meer uren wetenschappelijk onderzoek, doordat departementen door het SCP extra onderzoeken hebben laten verrichten.

De hogere uitgaven voor de Gezondheidsraad worden verklaard door een bijdrage van SZW bij de eerste suppletore wet voor werkzaamheden van de Werkgroep van deskundigen (€ 0,9 miljoen).

Aan personeel en materieel kernministerie is € 2,9 miljoen minder uitgegeven dan geraamd in de vastgestelde begroting. De belangrijkste oorzaken zijn minder uitgaven dan verwacht voor informatievoorziening (€ 1,3 miljoen), het project «exploitatie printers en kopiers» (€ 1,2 miljoen) en het programma P-direkt (€ 1,0 miljoen). Ten opzichte van de begroting zijn middelen toegevoegd voor operatie Jeugdbeleid Overheid Nu Gezamenlijk (Jong) (€ 1,4 miljoen), waarvan € 0,6 miljoen niet tot besteding is gekomen.

De bijdrage voor strategisch onderzoek Nederlands Vaccin Instituut (NVI) was in de ontwerpbegroting nog niet afgesplitst van de bijdrage aan het NVI vanuit artikel 21 (€ 3,0 miljoen).

Hogere uitgaven dan geraamd waren voornamelijk het gevolg van:

- Compensatie van het tijdelijk agentschap Nederlands Vaccin Instituut voor de fiscale effecten van de overname van de activa en passiva van Stichting tot bevordering van de Volksgezondheid en Milieuhygiëne (SVM), de loonproducent van de vaccins voor het Rijksvaccinatieprogramma (€ 20,4 miljoen).
- Afkoop van de huisvestingscontracten van RIVM en NVI (€ 11,1 miljoen). Door de lopende contracten in 2005 af te kopen, gaan de structurele huisvestingslasten van RIVM en NVI omlaag. Dit vertaalt zich in een verlaging van de tarieven van RIVM en NVI vanaf 2007.
- Extra beveiligingsmaatregelen bij RIVM en NVI (€ 3,4 miljoen). In het kader van de Bescherming Vitale Infrastructuur zijn RIVM en NVI, gehuisvesting op het Antonie van Leeuwenhoek Terrein te Bilthoven, beide aangemerkt als vitaal object.
- Een vermogensinjectie bij het RIVM (€ 3,5 miljoen). De RIVM-exploitatie liet bij de voorbereiding van de tweede suppletore wet een sluitend beeld zien, waarmee het eigen vermogen nihil zou blijven. Als buffer voor financiële risico's is het eigen vermogen eenmalig vergroot.
- Betaling van een vordering van het RIVM op moederdepartement (€ 2,4 miljoen). De vordering op grond van de jaarrekening 2004 is betaald voor zover er in 2005 voorziene uitgaven uit hoofde van voorzieningen bij het RIVM tegenover stonden.

98.3 Operationele doelstellingen

98.3.1 Het bevorderen van internationale samenwerking op beleidsterreinen van VWS

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Follow-up en evaluatie van het voorzitterschap van de Europese Unie.	Ja
2. Duidelijke EU-strategie ontwikkeld en aanbevelingen Brussel-proof.	Gedeeltelijk
3. Intensivering van de samenwerking met World Health Organisation (WHO).	Ja
4. Follow-up en verdieping van activiteiten in andere internationale organisaties.	Ja
5. Global health strategie (nota).	Nee
6. Verdieping van de bilaterale samenwerking met o.a. China en VS.	Ja
7. Internationaal kennisbeleid (nota).	Gedeeltelijk
8. Internationale samenwerking als voorbereiding op mogelijke griep-pandemie.	Ja
9. Bijdrage aan de verbetering van VWS-sectoren in nieuwe EU-lidstaten en kandidaat lidstaten.	Ja

Toelichting:

- 1 en 2. EU: In 2005 is hier op verschillende manieren vervolg aan gegeven. De financiële houdbaarheid van zorgstelsels bleef internationaal hoog op de agenda staan. Het onderwerp infectieziekten uit dierlijke bronnen heeft met de griepdreiging nog meer relevantie gekregen. De «priority medicines» conferentie heeft geleid tot opname van het onderwerp binnen het Zevende Kaderprogramma en nationaal bijgedragen aan de oprichting van het Topinstituut Pharma. De conferentie over «health care professionals crossing borders» heeft een vervolg gekregen tijdens het Britse voorzitterschap. Het verloop van het voorzitterschap is geëvalueerd met een uitgebreid onderzoek. In 2005 gewerkt aan verbetering van de inbreng van VWS op EU-dossiers via voortdurende aandacht voor de aanbevelingen uit het rapport «VWS Brussel-proof».
3. In 2005 heeft VWS met de WHO in Genève voor de jaren 2005 tot en met 2008 een convenant afgesloten in de vorm van een strategisch partnerschap. Met de convenant heeft VWS een bijdrage van in totaal € 18 miljoen toegezegd, waarvan in 2005 € 2 miljoen is betaald. De toegezegde bijdrage heeft betrekking op vier aandachtgebieden en elf thema's. In het convenant is opgenomen dat een deel van de bijdrage besteed moet worden aan initiatieven in (Oost en Midden) Europa, detacheringen en activiteiten met VWS of verwante instituten. In 2005 hebben de eerste detacheringen plaatsgevonden. Een VWS-vertegenwoordiger is lid geworden van het «Standing Committee» van het regionale comité van de WHO-Euro.
4. Onder Nederlands voorzitterschap van de Raad van Europa in 2004 is een strategiedocument opgesteld. Dit document is in 2005 aangenomen door het Comité van Ministers. In mei 2005 is bereikt dat gezondheid is opgenomen (als onderdeel van de peiler mensenrechten) in de verklaring en het actieplan van de Derde Top «Raad van Europa» in Warschau.
5. De ontwikkeling van een global health strategie is doorgeschoven naar 2006 vanwege de onverwachte werklast verbonden aan de griep-pandemie. De relaties met het ministerie van Buitenlandse Zaken op dit gebied zijn wel verder aangehaald in 2005.

6. In 2005 zijn bezoeken gebracht aan onder andere China en de Verenigde Staten. Met China is daarbij een samenwerkingsovereenkomst gesloten. We werken intensiever samen op gebieden als infectieziekten, voeding en gezondheid, eerstelijnszorg en verslavingszorg. Met de VS wordt kennis gedeeld op tal van gebieden, waaronder publiek-private samenwerking, obesitas en vaccinontwikkeling.
7. De nota Internationaal kennisbeleid is in concept gereed gekomen. In samenwerking met de Gezondheidsraad is gewerkt aan de ontwikkeling van een Europees netwerk voor wetenschappelijke advisering op het gebied van volksgezondheid.
8. Er zijn diverse internationale conferenties georganiseerd, waar actief aan is deelgenomen.
9. Op het gebied van volksgezondheid en welzijn is 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 (Twinning projecten). Verder liepen in het bilaterale Matra Programma in 2005 ongeveer vijf projecten met onze directe betrokkenheid en is een ronde tafel georganiseerd over gezondheidsbevordering voor acht landen.

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 2005 werkzaamheden uit, zoals vastgelegd in het werkprogramma 2004–2005. Dit werkprogramma is in februari 2004 vastgesteld. De producten van het SCP kunnen in verschillende categorieën worden ingedeeld. In onderstaande tabel zijn de prestaties per categorie omschreven. De verschillen met de voornemens worden onder de tabel met de beleidsprestaties toegelicht.

Prestatiegegevens inzake output van het SCP in 2005				
Output	raming input (uren wetenschappelijk onderzoek)	realisatie input (uren wetenschappelijk onderzoek)	raming kosten (x € 1 000)	realisatie kosten (x € 1 000)
a. Rapporten (32 rapporten)	56 241	74 200	5 237	7 502
b. Surveys en modellen	6 484	6 328	604	640
c. Presentaties/artikelen	5 779	7 137	538	722
d. Commissiewerkzaamheden	1 973	2 858	184	289
Totaal	70 478	90 523	6 563	9 152

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 reeksen van het SCP zelf of in samenwerking met andere instituten bijvoorbeeld het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en College Bescherming Persoonsgegevens (CPB).	Ja
2. Het uitvoeren van surveys en het ontwikkelen van (ramings)modellen.	Ja
3. Het schrijven van artikelen in wetenschappelijke vaktijdschriften en in algemene media, het verzorgen van presentaties en het geven van lezingen.	Ja
4. Het verrichten van advies-, raad- en commissiewerkzaamheden en het voeren van het secretariaat van de Commissie Zorg, Welzijn en Onderwijs.	Ja

Toelichting:

1. In het werkprogramma 2006–2007 (www.scp.nl) is in hoofdstuk 4 aangegeven welke projecten uit het werkprogramma 2004–2005 nog doorlopen in het nieuwe werkprogramma en welke voorstellen uit het werkprogramma 2004–2005 niet in uitvoering zijn genomen c.q. vervangen zijn door andere opdrachten of verzoeken van departementen.
2. Door medewerkers van het SCP zijn meer dan 50 artikelen in wetenschappelijke en vaktijdschriften gepubliceerd. Daarnaast zijn er enkele honderden lezingen gegeven nationaal en internationaal zowel voor wetenschappelijk, professioneel als voor een meer algemeen publiek.

98.3.3 Strategisch onderzoek RIVM en NVI

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Bijdrage aan het RIVM voor zgn. strategisch onderzoek (expertiseontwikkeling 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 van de samenleving

De RMO heeft in overeenstemming met het door het kabinet vastgestelde werkprogramma de volgende adviezen uitgebracht:

- Lokalisering van maatschappelijke ondersteuning. Voorwaarden voor een succesvolle Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO).
- Eenheid, verscheidenheid en binding. Over concentratie en integratie van minderheden in Nederland.

Het programma «Verschil maken. Eigen verantwoordelijkheid na de verzorgingsstaat» is in 2005 vastgesteld en zal begin 2006 uitgebracht worden.

Daarnaast heeft de RMO op verzoek van de Tweede Kamer een advies uitgebracht over de hoofdlijnen van toekomstbestendig stelsel over arbeidsmarkt en sociale zekerheid met als titel: «*Tussen vangnet en trampline*». Op verzoek van de Minister van Vreemdelingenzaken en Inte-

gratie is het advies «*Niet met de ruggen naar elkaar. Advies over verbinden*» uitgebracht.

Verder heeft de RMO bij uitgebrachte adviezen uit 2004 en 2005 nazorg geleverd, onder andere door het organiseren van debatten en het geven van voorlichting over de inhoud daarvan.

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 Arbeidsmarkt en zorgvraag.	Gedeeltelijk
2. Advies over Kosten per gewonnen levensjaar.	Gedeeltelijk
3. Relatie Kennis en Beleid.	Nee
4. Maatschappelijke debatten over houdbare solidariteit.	Ja
5. Invitational conference over adviseren aan een andere overheid.	Ja

Toelichting:

1 en 2. De adviesvoorbereiding is gestart in 2005, de daadwerkelijke realisatie vindt plaats in 2006.

Naast de in de begroting 2005 aangekondigde beleidsprestaties heeft de Raad, aansluitend op het Werkprogramma 2005 het volgende gerealiseerd:

- Verslag nazorg advies Gemeente en zorg en Signalement Countervailing power.
- Advies over AWBZ in internationaal perspectief.
- Advies over Weerstand tegen verandering.
- Advies over Medische diagnose (adviesvraag uit 2004).
- Briefadvies over WMO (adviesvraag uit 2004).

Op verzoek van VWS heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in 2005 aanvullend adviezen uitgebracht over Internetgebruikers en veranderingen in de zorg en over Standaardisering van het Elektronisch Patiëntendossier. Op eigen initiatief bracht de RVZ in 2005 drie signaleringen uit over «Houdbare solidariteit», «Ethiek en Gezondheid» en «Preventie». In 2005 organiseerde de RVZ voorts maatschappelijke debatten over houdbare solidariteit en over adviseren aan een andere overheid, de laatste in samenwerking met de Raad voor het Openbaar Bestuur.

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

In 2005 heeft de Gezondheidsraad 27 adviezen uitgebracht, waaronder 15 reguliere, 6 stoffenadviezen, 3 rapporten, en 3 adviezen op basis van de Wet Bevolkingsonderzoek (WBO). De reguliere adviezen betreffen adviezen op het gebied van bevolkingsonderzoek, medisch-ethische vraagstukken, voeding en gezondheid en arbeidsomstandigheden en gezondheid. Aan adviezen op onder andere het gebied van rampen, postmortaal onderzoek, het rijksvaccinatieprogramma en nanotechnologie is in 2005 eveneens gewerkt. Deze adviezen zullen op termijn worden uitgebracht.

Een selectie uit de uitgebrachte adviezen:

- Chronisch Vermoeidheidssyndroom.
- Vergrijzen met ambitie (het eerste rechtstreekse advies van de Raad aan het parlement).
- Gebruik van antivirale middelen en andere maatregelen bij een griep-pandemie.
- Neonatale screening.
- Verzekeringsgeneeskundige protocollen (in het kader van de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA)).
- Elektromagnetische velden: Jaarbericht 2005.

Voor meer informatie over de Gezondheidsraad en de publicaties in 2005 wordt verwezen naar het jaarverslag 2005 van de GR of de website: www.gezondheidsraad.nl.

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

In 2005 heeft de RGO de volgende adviezen en rapporten uitgebracht:

Voorgenomen beleidsprestatie	Realisatie
1. Advies Onderzoek patiëntveiligheid.	Ja
2. Advies Verstandelijk gehandicapten.	Ja
3. Advies Kennisinfrastructuur Farmaceutische zorg.	Ja
4. Tussenrapportage Universitaire responsiviteit.	Gedeeltelijk
5. Rapport Genomics 2030: Part of Everyday Life in samenwerking met de Stichting Toekomstbeeld der Techniek (STT).	Ja
6. Advies Onderzoek Ouderenzorg.	Gedeeltelijk

Toelichting

1. en 2. Het advies Onderzoek patiëntveiligheid en het advies over onderzoek bij mensen met een verstandelijke beperking zijn aangekondigd in het Rijksjaarverslag VWS 2004.
4. Een tussenrapportage Universitaire Responsiviteit is uitgebracht in april 2005. In 2006 wordt een vervolgrapportage opgesteld.
6. Het advies Onderzoek Ouderenzorg is opgesteld in aansluiting op het advies Vergrijzen met Ambitie van de Gezondheidsraad, verschenen in februari 2005. Het advies Ouderenzorg is in concept gereed en zal begin 2006 uitgebracht worden.

98.3.8 Personeel en materieel

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

Niet-beleidsartikel 99: Nominaal en onvoorzien

99.1 Algemeen

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 onvoorzien uitgaven geraamd. Daarnaast worden op dit artikel de taakstellingen geboekt, voordat deze verder worden verdeeld over de beleidsartikelen.

99.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begroting

(x € 1000)						
	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2005	2005	2005
Verplichtingen	0	0	0	0	- 9 987	9 987
Uitgaven	0	0	0	0	- 2 147	2 147
Programma-uitgaven	0	0	0	0	- 2 147	2 147
Loonbijstelling	0	0	0	0	46	- 46
Prijsbijstelling	0	0	0	0	8 624	- 8 624
Onvoorzien	0	0	0	0	16	- 16
Taakstelling	0	0	0	0	- 10 833	10 833
Ontvangsten	0	0	0	0	0	0

Toelichting op de belangrijkste verschillen

Programma-uitgaven

Loonbijstelling

In 2005 is er voor € 44,3 miljoen aan loonbijstelling aan dit artikel toegevoegd. De loonbijstellingsmiddelen zijn toegeedeeld aan de overige artikelen van de VWS-begroting.

Prijsbijstelling

De aanvankelijke prijsbijstelling (€ 8,6 miljoen) betreft de niet toegeedeelde prijsbijstellingsmiddelen van begrotingsjaar 2004. In de loop van 2005 is € 19,6 miljoen voor prijsbijstellingen 2005 aan de begroting toegevoegd. Van de totaal beschikbare middelen is € 19,3 miljoen regulier toegeedeeld. € 8,9 miljoen is ingezet voor taakstellingen en budgettaire problematiek.

Taakstelling

Aan het begin van het begrotingsjaar stonden voor € 10,8 miljoen aan taakstellingen op artikel 99 geparkeerd. Dit is inclusief de in 2005 als gevolg van de motie Verhagen opgelegde taakstellingen (efficiency-taakstelling, de taakstelling agentschappen en de taakstelling Rijksbrede voorlichting) ter grootte van € 2,2 miljoen, de nog openstaande efficiency-taakstellingen (in totaal € 2,3 miljoen) en de taakstelling doelmatig aanbesteden bouw (€ 0,7 miljoen). Ook het tekort dat voortvloeide uit de herzie-

ning van het subsidiebeleid (€ 3,2 miljoen) en het knelpunt als gevolg van de correctie van het budget van de Voedsel en Warenautoriteit (€ 1,5 miljoen) lopen hierin mee. Al deze taakstellingen zijn gedekt.

In 2005 zijn onder andere de volgende nieuwe taakstellingen aan VWS opgelegd: de taakstelling inkoop en aanbesteding (€ 1,7 miljoen) en de taakstelling adviesraden (€ 1,6 miljoen). Ook deze taakstellingen zijn gedekt. Dit geldt ook voor de taakstellende onderuitputting (€ 15,6 miljoen) ter dekking van algehele begrotingsproblematiek.

Premie

Bedragen x € 1 miljoen

Sectoren	Voorlopige realisatie 2004 in Jaarverslag 2004	Definitieve realisatie 2004	Verschil 2004	Raming 2005 in begroting 2005	Voorlopige realisatie 2005	Verschil 2005
Aanvullende Post	41,4	0,0	- 41,4	620,0	0,0	- 620,0
Totaal	41,4	0,0	- 41,4	620,0	0,0	- 620,0
Uitsplitsing verschil		Nominaal	- 41,4		Nominaal	- 639,1
		Volume	0,0		Volume	109,0
		Technisch/ statistisch	0,0		Technisch/ statistisch	- 89,9
		Totaal	- 41,4		Totaal	- 620,0

Toelichting op de definitieve uitgaven 2004

Op de aanvullende post stonden bij het jaarverslag 2004 nog middelen gereserveerd voor nog te verwerken vergoedingen aan de werkgevers in de zorg voor de verhoging van de WAO-premie. De middelen zijn uiteindelijk doorgeschoven naar 2005 en in de instellingsbudgetten voor dat jaar verwerkt.

Toelichting op de voorlopige uitgaven 2005

De aanvullende post bevatte bij de begroting 2005 onder andere de beschikbare ruimte voor loon- en prijsontwikkeling (€ 300,9 miljoen). De ruimte is in het jaar 2005 geactualiseerd. Dit leidde tot een stijging van € 89,5 miljoen. Aan de ruimte zijn de middelen toegevoegd voor de verhoging van de WAO-premie (€ 41,4 miljoen). Het beschikbare bedrag, € 431,8 miljoen, is uitgedeeld aan de beleidsartikelen.

Daarnaast waren op de aanvullende post nog bedragen beschikbaar als ruimte onder de nominale bouwkaders (€ 198 miljoen). Omdat deze ruimte niet met concrete bouwprojecten is ingevuld valt deze ruimte vrij. De middelen die nog beschikbaar waren gehouden voor de afrekening van de kapitaallasten op de artikelen (€ 140,2 miljoen) zijn naar de artikelen overgeheveld en daar (zo mogelijk) afgerekend.

Onder de volumemutaties is de omvangrijkste het volume-effect dat verwacht werd van de invoering van de no-claimteruggaveregeling in de zorgverzekeringswet (€ 170 miljoen). Bij de raming van dit bedrag is destijds uitgegaan van CPB-ramingen. Deze raming van het totale gedragseffect was met grote onzekerheid omgeven. Dit was in nog sterkere mate het geval indien dit effect moest worden uitgesplitst naar de sectoren waarop het effect zich zou voordoen. In verband daarmee is ervoor gekozen om het gedragseffect van de no-claimteruggaveregeling op de aanvullende post te parkeren. Ook achteraf is het gedragseffect van

de no-claimteruggaveregeling niet goed meetbaar. Daarom is ervoor gekozen om alle sectoren af te rekenen zonder rekening te houden met het gedragseffect van de no claim en het bedrag op de aanvullende post af te boeken. Aangezien uit de afrekening forse meevallers zijn gebleken, is ervan uitgegaan dat het volume-effect van de no-claimteruggaveregeling is gerealiseerd.

Andere omvangrijke volumemutaties betreffen het niet doorgaan van een voorgenomen intensivering bij de huisartsen van € 50 miljoen ter dekking van het amendement Buijs (over het buiten de no-claimregeling houden van huisartsenzorg) en de toedeling van € 25 miljoen uit de begroting 2005 voor zittend ziekenvervoer aan artikel 22 (€ 13 miljoen) en artikel 23 (€ 12 miljoen).

De technische mutaties bestaan voor ongeveer € 30 miljoen uit het verschuiven van middelen die bestemd zijn voor ict-investeringen naar de begrotingsmiddelen van VWS. Voor € 28,6 miljoen betreft het de herschikking van middelen aan de instellingsbudgetten voor arbeidsmarktbeleid. Voor € 7 miljoen zijn er middelen herschikt ten behoeve van de PGB's. Het restant is het gevolg van diverse technische correcties in de jaren vóór 2005.

BEDRIJFSVOERINGSPARAGRAAF

In 2005 hebben we in de bedrijfsvoering veel op de rails gezet. Onder andere is er uitvoering gegeven aan de verbetering van het subsidiebeheer, de doelmatigheid van de inkoop van goederen en diensten en de informatiebeveiliging. Ook hebben we gewerkt aan een nieuwe, meer resultaatgerichte opzet van de VWS-begroting en de informatievoorziening over de prestaties in de zorg. In deze paragraaf wordt ingegaan op deze en andere onderwerpen die in 2005 aan de orde zijn geweest. De bedrijfsvoeringsparagraaf 2005 heeft daarnaast een andere opzet dan in voorgaande jaren. De paragraaf is ingericht conform de uitgangspunten van het Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) Regeldruk en controletoren en kent het nieuwe onderwerp rechtmatigheid van de begrotingsuitvoering. De paragraaf heeft uitdrukkelijk het karakter van een uitzonderingsrapportage.

1. Gevoerde financieel en materieelbeheer

Subsidiebeheer

De Algemene Rekenkamer heeft in april 2005 bezwaar gemaakt tegen het subsidiebeheer bij VWS. Naar aanleiding hiervan is een plan van aanpak opgesteld ter verbetering van het subsidiebeheer. De belangrijkste resultaten die in 2005 gehaald zijn betreffen de aanpassing van de subsidie-regelgeving, die per 1 juli 2006 in zal gaan en de verbeteringen in de interne verwerking van subsidies. De nieuwe regelgeving sluit beter aan bij het nieuwe subsidiebeleid zoals dat geformuleerd is in 2003 en 2004, zorgt voor een meer doelmatige procesgang en vermindert de administratieve lasten voor de subsidieontvangers. De interne verbetermaatregelen hebben vooral betrekking op de verbetering van de doorlooptijden van de afhandeling van de subsidieaanvragen en -vaststellingen en dossierbeheer. Op dit moment wordt een workflow managementsysteem ingevoerd. Dit systeem zal medio 2006 in productie gaan. Gezien de einddata van de verschillende verbeteringen, hebben deze echter nog niet in 2005 tot een zichtbare verbetering van het subsidiebeheer kunnen leiden. Conform het plan van aanpak zullen in 2007 de eerste effecten zichtbaar zijn.

Garantiebeheer

Medio 2005 is naar aanleiding van signalen van de Bank Nederlandse Gemeenten (BNG) geconstateerd dat door samenspanning met een derde partij administratieve procedures zijn doorbroken bij het aangaan van garantieverplichtingen in de periode 2001 tot 2003. Het gaat hierbij, voorzover het zich nu laat aanzien, ondermeer om het bewust plegen van onrechtmatige handelingen. De consequentie van deze onrechtmatige handelingen is geweest dat het ministerie genoodzaakt was in 2005 een bedrag van € 23,3 miljoen te betalen uit hoofde van de door de BNG geëffectueerde aanspraak op de garantie.

Nog ruim voordat deze onrechtmatige handelingen aan het licht kwamen is de garantieregeling ingetrokken en is het beheer van de bestaande garantieverplichtingen bij overeenkomst van 17 december 2003 overgedragen aan de Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector.

Door de genomen maatregelen is de kans op herhaling tot het plegen van soortgelijke onrechtmatige handelingen in de toekomst vrijwel nihil.

Inkoop en inhuur externen

Per 1 februari 2005 is de pilot Eenheid Inkoop van start gegaan teneinde de inkoop en inhuur te verbeteren. Bij de start van de pilot zijn enkele

belangrijke wijzigingen in het inkoopproces doorgevoerd. De toets op nut en noodzaak van inhuur externen is uitgebreid en de Eenheid Inkoop heeft opdracht gekregen om alle inkopen vanaf € 50 000,- uit te voeren. Gedurende de looptijd van de pilot zijn maatregelen genomen om het inkoopproces efficiënter en beheersbaarder te maken. Verder is het contract-beheer geautomatiseerd. De pilot wordt begin 2006 geëvalueerd.

Specifieke uitkeringen

De implementatie van het kabinetsstandpunt «Anders gestuurd, beter bestuurd. De specifieke uitkeringen doorgelicht» leidt er bij VWS toe dat voor verantwoordingsinformatie van specifieke uitkeringen VWS zich steeds vaker dient te baseren op de informatie die is opgenomen in de gemeentelijke jaarrekeningstukken (single audit/single information). Dit beperkt de verantwoordingslast voor gemeenten. Hiernaast baseert VWS zich voor de Tijdelijke regeling specifieke uitkering Jeugdgezondheidszorg (Trsu JGZ) op de uitkomsten van de nog uit te voeren quick scan en evaluatie tot en met het bestedingsjaar 2005.

Tijdelijk besluit Tegemoetkoming buitengewone uitgaven (Tbu)

Vanuit oogpunt van administratieve eenvoud en beheersing van de kosten, wordt het Tbu (artikel 38) uitgevoerd door de Belastingdienst. De Belastingdienst is verantwoordelijk voor een doelmatige, rechtmatige en klantgerichte uitvoering van het besluit. Hiermee wordt voor het Misbruik en oneigenlijk gebruik (M&O-)beleid met betrekking tot het Tbu aangesloten bij het algemene beleid van de Belastingdienst ter voorkoming en bestrijding van M&O.

Tijdelijke stimuleringsregeling lokale opvoedondersteuning en gezinsondersteuning

Voor de eenmalige impuls opvoed- en gezinsondersteuning is aan 47 geselecteerde gemeenten een uitkering verleend op grond van de Welzijnswet en het bekostigingsbesluit welzijnssubsidies. Hoewel deze voldoende rechtsgrond bieden wordt in 2006 vooral uit oogpunt van verantwoordingseisen gewerkt aan een aparte regeling.

2. Rechtmatigheid begrotingsuitvoering

Artikel 38 Tegemoetkomingen in de zorgkosten

De eis van tijdige uitbetaling van de zorgtoeslag heeft voorrang gehad en dit is ten koste gegaan (meer dan de tolerantie) van het kunnen voldoen aan de eis van nauwkeurigheid (artikel 15 lid 2 en artikel 16 lid 1 Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen (AWIR)). Deze risico's zijn vooraf bewust onder ogen gezien. De verstrekte voorschotten zouden circa € 10 miljoen (dit is circa 5% van de in de maand december betaalde voorschotten) lager zijn geweest, als bij de vaststelling de gegevens uit de aanvraag van de burger hadden kunnen worden verwerkt. De voorlopige voorschotten zullen worden gecorrigeerd. Voor de zorgtoeslag is tot slot voor circa € 4 miljoen (dit is circa 2% van de in de maand december betaalde voorschotten) aan voorschotten verstrekt, waarvan de aanvraag niet voldeed aan het formele vormvereiste van een handtekening van de aanvrager of de zorgtoeslagpartner. Voor meer informatie over de uitvoering van de zorgtoeslag wordt verwezen naar de bedrijfsvoeringsparagraaf van de minister van Financiën.

Artikel 21 Preventie en gezondheidsbescherming

Om uitvoering te geven aan de Motie Verhagen c.s. naar aanleiding van het debat over de begroting 2006, is de Trsu JGZ aangepast. Op grond van

deze regeling ontvangt elke gemeente per 1 januari 2006 een bedrag van € 50 per geboren kind ter besteding aan preventief jeugdbeleid. Hoewel in de toelichting op de Trsu en door Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) richtlijnen zijn gegeven over de besteding van het bedrag door de gemeenten, is een gemeente in principe vrij om te bepalen hoe de bijdrage ingezet wordt. Dit is in lijn met de motie. De Trsu ontleent haar rechtsgrond aan de Kaderwet Volksgezondheidssubsidies, die stelt dat subsidies slechts verstrekt kunnen worden voor activiteiten op het terrein van de gezondheidsbevordering, -bescherming en -zorg. In de praktijk is het echter niet uitgesloten dat (een deel van) de genoemde bijdrage besteed wordt aan preventief jeugdbeleidactiviteiten die tot het welzijnsterrein gerekend zouden kunnen worden. Dit zou in lijn zijn met de motie, maar in strijd met de van toepassing zijnde regelgeving indien deze strikt wordt uitgelegd. Hiermee ontstaat formeel gezien een onzekerheid over de besteding van de bijdrage ter hoogte van € 19,4 miljoen. Mede gezien de richtlijnen van de VNG aan de leden en op basis van de contacten tussen VWS en gemeenten, heb ik er voldoende vertrouwen in dat de middelen conform de motie besteed worden. Te meer een en ander bij de bedoelingen van de motie Verhagen c.s. aansluit.

Artikel 24 Geestelijke gezondheids-, verslavingszorg en maatschappelijke opvang

De Stichting Koppeling verstrekt via regionale platforms vergoedingen aan zorgverleners voor de kosten van medisch noodzakelijke zorgverlening aan illegalen. De geldstroom vanuit de Stichting aan de platforms is naar mijn mening een vorm van nadeelcompensatie. De rechter heeft de Stichting Koppeling recentelijk als zelfstandig bestuursorgaan aangemerkt. De uitgaven die ten grondslag liggen aan de compensatie door het Koppelingsfonds ad. € 5,6 miljoen zijn dus achteraf onrechtmatig geworden. Tegen deze uitspraak is beroep aangetekend. Indien de uitspraak in hoger beroep wordt bevestigd zou er geen wettelijke basis voor deze compensatie meer bestaan. In dat geval zal ik maatregelen nemen om de vergoedingen aan zorgverleners van bedoelde zorg alsnog in overeenstemming te brengen met de alsdan beoordeelde situatie naar aanleiding van een uitspraak in hoger beroep.

3. Overige bedrijfsvoeringsaspecten

Van Beleidsbegroting naar Beleidsverantwoording (VBTB)

De Tweede Kamer en de Algemene Rekenkamer hebben al enige jaren kritiek op het VBTB-gehalte van de begroting en jaarverslag van VWS. In 2005 is gewerkt aan een nieuwe opzet voor de VWS begroting (Begroting Nieuwe Stijl (BNS)). Ik heb de Tweede Kamer hierover bij brief van 6 maart 2006 geïnformeerd. Het doel van de verandering is om de begroting beter aan te laten sluiten bij de VWS-beleidsterreinen en vanuit de VBTB-optiek te verbeteren. Daarnaast wordt het inzicht in de budgetten en de budgetflexibiliteit verbeterd. Om deze meer transparante, toegankelijke en resultaatgerichte begroting te realiseren is een voorstel gedaan voor een nieuwe artikelindeling, aangepast aan de beleidsterreinen van VWS. Binnen elk artikel zijn de doelstellingen aan de actuele beleidsontwikkelingen aangepast en geconcretiseerd. Elke doelstelling wordt vervolgens meetbaar gemaakt door prestatie-indicatoren op te nemen. Het voorstel zal in de ontwerpbegroting van 2007 worden uitgevoerd. Naast de Begroting Nieuwe Stijl is er in 2005 ook gewerkt aan de ontwikkeling van de Zorgbalans (voorheen balanced score card). Het doel van de Zorgbalans is om een samenhangend beeld te geven van de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg. De Zorgbalans meet systeemafhankelijk en

meet de stand van zaken met betrekking tot de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg. De eerste Zorgbalans wordt in mei 2006 uitgebracht.

Prioritering/taakstellingen/reorganisaties binnen VWS

In 2005 stond het departement aan de vooravond van grote veranderingen in het zorgstelsel, die op den duur ook gevolgen gaan hebben voor de organisatie, werkwijze en capaciteit. De komende jaren is voldoende capaciteit nodig om die stelselwijzigingen te implementeren. Tegen die achtergrond is de taakstelling die achtereenvolgens bij het strategisch akkoord en het hoofdlijnenakkoord zijn afgesproken, ingevuld. Een relatief groot deel van de taakstelling wordt gevonden in de bedrijfsvoering. Door middel van verdergaande samenwerking, bundeling van capaciteit en expertise, toenemende standaardisatie van diensten en producten en een optimale inzet van ICT en digitalisering zullen de beleidsonderdelen doelmatiger worden ondersteund. Ook is de interne dienstverlening verder versoepeld.

Herijking managementconcept (budgethouderschap DG's)

In 2005 zijn de budgettaire verantwoordelijkheden en bevoegdheden van het management opnieuw vastgesteld. De rol van de ambtelijke leiding van VWS is versterkt om gezamenlijk optrekken en samenwerking binnen en tussen de DG-kolommen te vergroten. In het kader van de financiële functie is hiertoe het besluit begrotingsuitvoering 1997 herzien. Het herziene besluit kent financiële bevoegdheden toe aan de SG, pSG en DG's, die de uitvoering van delen van het bestedingsplan kunnen opdragen aan een uitvoerend budgethouder, één van de directeuren van het kernministerie.

Informatiebeveiliging en bescherming persoonsgegevens (IB&BP)

In reactie op het Rapport bij het Jaarverslag 2004 van de Algemene Rekenkamer, heb ik aangegeven in 2005 en 2006 een gerichte aanpak te starten op het gebied van de informatiebeveiliging. Mede hierom is een project ingericht waarbij bij alle directies op grond van bij een tweetal pilot directies ontwikkelde aanpak de meest essentiële maatregelen op het gebied van informatiebeveiliging worden geïmplementeerd. De manager van ieder dienstonderdeel is verantwoordelijk voor het invoeren en handhaven van IB&BP-beleid binnen zijn/haar eenheid. Alle directies hadden eind 2005 een planning gereed voor het project. In de komende periode zullen hierover nadere beslissingen genomen moeten worden, bijvoorbeeld over de functieervulling en de eisen die gesteld zouden moeten worden aan contactpersonen.

Shared Service Center human resources management (SSC HRM) (P-Direkt)

In het najaar van 2004 werd duidelijk dat het niet haalbaar was bij wijze van voorloper reeds per 1 januari 2005 aan te sluiten op de back office van P-Direkt. In overleg met P-Direkt en het consortium IBMLogicaCMG (ILC) is besloten om de conversie uit stellen naar een later tijdstip (1 januari 2006). Door de ontwikkelingen rondom P-Direkt (nader uitstel, beëindigen samenwerking met ILC) werd dit scenario echter achterhaald. Om niet-temin de continuïteit van de personeels- en salarisadministratie zeker te stellen, is in 2005 een upgrade doorgevoerd van het huidige personeelsadministratiesysteem P/view. Verder is in 2005 het merendeel van de personeelsdossiers gedigitaliseerd. Deze operatie zal in het eerste kwartaal van 2006 worden afgerond. Ten slotte is in 2005 veel tijd gestoken in (het vervolmaken van) procesbeschrijvingen van HRM-processen. Dit

wordt gecontinueerd in 2006. Deze activiteiten zijn, in overleg met BZK, gericht op aansluiting bij P-Direct.

Ontwikkel- en Expertisecentrum (OC-EC)

OC-EC is de interdepartementale samenwerking voor Human Resource-zaken (HR). Het Ontwikkelcentrum (OC) ontwikkelt (nieuwe) HR-instrumenten voor alle departementen en is per 1 januari 2005 van start gegaan. De Expertisecentra (EC's) zijn een jaar verder in de opbouwfase. VWS neemt deel aan deze centra en zal waarschijnlijk diensten afnemen van het EC Arbeidsjuridisch, Arbo en Bedrijfsmaatschappelijk werk.

C. JAARREKENING

1. DEPARTEMENTALE VERANTWOORDINGSSTAAT 2005

Departementale verantwoordingsstaat 2005 van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI)									
(x € 1000)	(1)			(2)			(3) = (2)-(1)		
Art. Omschrijving	Oorspronkelijk vastgestelde begroting			Realisatie ¹			Verschil realisatie en oorspronkelijk vastgestelde begroting		
	Verplichtingen	Uitgaven	Ontvangsten	Verplichtingen	Uitgaven	Ontvangsten	Verplichtingen	Uitgaven	Ontvangsten
Totaal		11 280 476	23 120		11 565 234	67 321		284 758	44 201
Beleidsartikelen									
21 Preventie en gezondheidsbescherming	234 884	458 392	8 755	528 651	489 625	11 889	293 767	31 233	3 134
22 Curatieve zorg	43 841	36 883	1 098	45 206	58 579	661	1 365	21 696	- 437
23 Geneesmiddelen en medische technologie	22 496	23 199	0	19 650	20 913	1 713	- 2 846	- 2 286	1 713
24 Geestelijke gezondheids-, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	314 678	317 867	1 361	291 110	295 062	4 806	- 23 568	- 22 805	3 445
25 AWBZ-brede zorg	171 408	171 408	0	136 908	180 124	2 719	- 34 500	8 716	2 719
26 Gehandicapten- en hulpmiddelenbeleid	17 323	17 365	182	12 235	11 103	1 644	- 5 088	- 6 262	1 462
27 Verpleging, verzorging en ouderen	20 495	21 287	0	37 247	25 195	1 196	16 752	3 908	1 196
28 Wet voorzieningen gehandicapten	81 357	81 357	0	89 644	68 729	488	8 287	- 12 628	488
29 Arbeidsmarktbeleid	70 526	64 085	28	7 924	32 513	778	- 62 602	- 31 572	750
30 Marktordening, opleidingen, informatie-, kwaliteits- en patiëntenveiligheidsbeleid	200 685	225 024	1 083	308 765	257 309	13 839	108 080	32 285	12 756
31 Zorgverzekeringen	19 150	19 150	0	21 869	16 339	0	2 719	- 2 811	0
32 Rijksbijdrage volksgezondheid	8 198 099	8 198 099	0	8 186 251	8 186 251	0	- 11 848	- 11 848	0
33 Jeugdbeleid	877 895	869 113	7 530	1 057 068	919 479	12 020	179 173	50 366	4 490
34 Lokaal Beleid	40 510	41 415	0	40 413	38 011	1 790	- 97	- 3 404	1 790
35 Sportbeleid	58 591	73 067	31	79 533	67 147	656	20 942	- 5 920	625
36 Oorlogsgetroffenen en Herinnering WO II	386 865	389 473	0	411 153	406 207	3 779	24 288	16 734	3 779
37 Inspecties	42 274	42 274	470	39 827	43 852	1 820	- 2 447	1 578	1 350
38 Tegemoetkoming in zorgkosten	89 200	89 200	0	260 698	260 698	0	171 498	171 498	0
Niet- Beleidsartikelen									
98 Algemeen	143 798	143 965	2 582	202 528	188 098	7 523	58 730	44 133	4 941
99 Nominiaal en onvoorzien	- 9 987	- 2 147	0	0	0	0	9 987	2 147	0

¹ De gerealiseerde uitgavenbedragen zijn steeds naar boven afgerond (EUR1000)

2. VERANTWOORDINGSSTATEN BATEN-LASTENDIENSTEN

Samenvattende verantwoordingsstaat 2005 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	Verschil realisatie en oorspronkelijk vast-gestelde begroting
Baten-lastendienst College ter Beoordeling van Geneesmiddelen			
Totale baten	18 325	22 272	3 947
Totale lasten	18 273	23 076	4 803
Saldo van baten en lasten	52	- 804	- 856
Totale kapitaalontvangsten	0	0	0
Totale kapitaaluitgaven	200	641	441

Bedragen x € 1 000			
	(1)	(2)	(3)=(2)-(1)
Omschrijving	Oorspronkelijk vast-gestelde begroting	Realisatie	Verschil realisatie en oorspronkelijk vast-gestelde begroting
Baten-lastendienst Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg			
Totale baten	9 397	18 843	9 446
Totale lasten	9 397	18 444	9 047
Saldo van baten en lasten	0	399	399
Totale kapitaalontvangsten	0	0	0
Totale kapitaaluitgaven	336	1 657	1 321

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	145 310	205 576	60 266
Totale lasten	145 310	200 855	55 545
Saldo van baten en lasten	0	4 721	4 721
Totale kapitaalontvangsten	2000	3 530	1 530
Totale kapitaaluitgaven	6 490	5 838	- 652

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	88 468	98 275	9 807
Totale lasten	88 468	95 267	6 799
Saldo van baten en lasten	0	3 008	3 008
Totale kapitaalontvangsten	10 590	25 436	14 846
Totale kapitaaluitgaven	12 350	6 693	- 5 657

3. SALDIBALANS

Financiële verantwoording van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het jaar 2005

Saldibalans per 31 december 2005 (EUR1000)					
1)	Uitgaven ten laste van de begroting	11 565 224	2)	Ontvangsten ten gunste van de begroting	67 311
3)	Liquide middelen	0	4a)	Rekening-courant RHB	11 487 586
4)	Rekening-courant RHB		6)	Ontvangsten buiten begrotingsverband (=intra-comptabele schulden)	10 727
5)	Uitgaven buiten begrotingsverband (=intra-comptabele vorderingen)	400			
7)	Openstaande rechten		7a)	Tegenrekening openstaande rechten	
8)	Extra-comptabele vorderingen	50 037	8a)	Tegenrekening extra-comptabele vorderingen	50 037
9a)	Tegenrekening extra-comptabele schulden		9)	Extra-comptabele schulden	
10)	Voorschotten	11 042 890	10a)	Tegenrekening voorschotten	11 042 890
11a)	Tegenrekening garantieverplichtingen	1 348 011	11)	Garantieverplichtingen	1 348 011
12a)	Tegenrekening openstaande verplichtingen	2 560 197	12)	Openstaande verplichtingen	2 560 197
13)	Deelnemingen		13a)	Tegenrekening deelnemingen	
	Totaal	26 566 759		Totaal	26 566 759

Toelichting op de saldibalans ultimo december 2005

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 2005 hebben plaatsgevonden.

Liquide middelen

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

Rekening-courant Rijkshoofdboekhouding (RHB)

Van het saldo rekening-courant RHB heeft een bedrag van € 196,2 miljoen betrekking op aan Financiën verstrekte voorschotten i.v.m. de Zorgtoeslag.

Uitgaven en ontvangsten buiten begrotingsverband

De uitgaven buiten begrotingsverband van € 0,4 miljoen betreffen nog te verrekenen voorschotten met onderdelen van het Rijk of derden.

De ontvangsten buiten begrotingsverband van € 10,7 miljoen betreffen voornamelijk nog af te dragen loonbelasting, premies volksverzekering en pensioenpremies tot een totaalbedrag van € 10,4 miljoen.

Extra-comptabele vorderingen

Het vorderingensaldo van € 50,0 miljoen betreft 4 836 vorderingen en bestaat uit:

- 391 vorderingen van € 20,7 miljoen van (beleids)directies voornamelijk in verband met afgerekende subsidievoorschotten.
- 4444 vorderingen met betrekking tot het innen van opgelegde bestuurlijke boeten uit hoofde van de Warenwet van € 6 miljoen.
- Één vordering uit hoofde van een geëffectueerde aanspraak van een garantie € 23,3, miljoen.

Het totale vorderingensaldo van € 50,0 miljoen heeft voor € 43,9 miljoen betrekking op vorderingen uit de jaren 2000 tot en met 2005. Naar schatting wordt € 26,1 miljoen in 2006 geïncasseerd. Een bedrag van € 23,9 miljoen 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 2005 (bedragen x € 1 miljoen)

Betaaljaar	Bedrag
t/m 2000	65,6
2001	48,4
2002	83,2
2003	109,1
2004	1 068,7
2005	9 667,9
Totaal	11 042,9

Tabel 2: het verloop van het saldo openstaande voorschotten in 2005 (bedragen x € 1 miljoen)

	Aantal	Bedrag
Stand per 1 januari 2005	6 862	12 170,1
In 2005 verstrekte voorschotten	+ 3 476	+ 11 032,2
In 2005 afgerekende voorschotten	-/- 4 530	-/- 12 159,4
Stand per 31 december 2005	5 808	11 042,9

Van de openstaande voorschotten heeft € 10,0 miljard betrekking op de hierna volgende operationele doelstellingen:

- € 5,3 miljard op Dekking uitgaven AWBZ (artikel 32);
- € 2,9 miljard op Dekking uitgaven ziektenkostenverzekering (artikel 32);
- € 0,8 miljard op Adequaatsysteem van jeugdzorg (artikel 33);
- € 0,4 miljard op Wetten, regelingen en rechtsherstel WO II (artikel 36);
- € 0,2 miljard op Programmering onderzoek/ontwikkeling (artikel 21);
- € 0,2 miljard op Vraaggestuurd systeem/zorg op maat (AWBZ) (artikel 25);
- € 0,2 miljard op Modernisering beroepenstructuur (artikel 30).

Tabel 3: de achterstand bij het afrekenen van de openstaande voorschotten per 31 december 2005 (bedragen x € 1 miljoen)

	Bedrag
Totaal openstaande voorschotten per 31 december 2005	11 042,9
Voorschotten waarvan de verantwoordingsdatum nog geen 6 maanden is verstreken	-/- 10 859,0
Juridische belemmering	-/- 1,2
Achterstand t/m 2005 (voorschotten met verantwoordingsdatum tót 1 juli 2005)	182,7

Garantieplichtingen

Tabel 4: de opbouw van de openstaande garantieplichtingen (nominaal) 2005 (bedragen x € 1 miljoen)

	Bedrag
Garantieplichtingen per 1 januari 2005	2 162,8
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.	-/- 55
Als gevolg van het effectief worden van verleende garanties in de jaren 2002 en 2003 zijn deze (voorwaardelijke) verplichtingen overgeheveld naar de Openstaande verplichtingen (zie voor toelichting tabel 8)	-/- 21,9
Verleende garanties in het verslagjaar	0,0
Verleende garanties in het verslagjaar als gevolg van herfinancieringen	41,1
Vervallen garanties in het verslagjaar	-/- 112,7
Vervallen garanties in het verslagjaar als gevolg van herfinancieringen	-/- 97,3
Garantieplichtingen per 31 december 2005	1 967,0

Tabel 5: de uitstaande garantieplichtingen (nominaal) per 31 december 2005 (bedragen x € 1 miljoen)

Beleidsreinen	Bedrag
Welzijn	451,0
Volksgesondheid	1 516,0
Totaal	1 967,0

Tabel 6: de opbouw van het feitelijke risico van de garantieverplichtingen op basis van de schuldrest van de leningen per 31 december 2005 (bedragen x € 1 miljoen)

	Bedrag
Feitelijk risico per 1 januari 2005	1 495,4
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.	-/- 0,5
Als gevolg van het effectief worden van verleende garanties in de jaren 2002 en 2003 zijn deze (voorwaardelijke) verplichtingen overgeheveld naar de Openstaande verplichtingen (zie voor toelichting tabel 8).	-/- 21,9
Stortingen in het verslagjaar (inclusief herfinancieringen)	44,1
Aflossingen in het verslagjaar (inclusief herfinancieringen)	-/- 169,1
Feitelijk risico per 31 december 2005	1 348,0

Tabel 7: het feitelijke risico op basis van de schuldrest van de leningen per 31 december 2005 (bedragen x € 1 miljoen)

Beleidssterreinen	Bedrag
Welzijn	318,4
Volksgezondheid	1 029,6
Totaal	1 348,0

De garantieverplichtingen 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. Deze doorlichting is in 2005 afgerond.

Openstaande verplichtingen.

Tabel 8: de opbouw van de openstaande verplichtingen 2005 (bedragen x € 1 miljoen)

	Bedrag
Verplichtingen per 1 januari 2005	2 387,9
Aanpassing beginstand in verband met het effectief worden van in de jaren 2002 en 2003 verleende garantieverplichtingen. Deze voorwaardelijke verplichtingen zijn omgezet in onvoorwaardelijke verplichtingen	21,9
Aangegane verplichtingen in het verslagjaar	11 776,7
Tot betaling gekomen in het verslagjaar	-/- 11 565,2
Negatieve bijstellingen van verplichtingen uit eerdere begrotingsjaren	-/- 61,1
Openstaande verplichtingen per 31 december 2005	2 560,2

Van de openstaande verplichtingen heeft € 2,1 miljard betrekking op de volgende operationele doelstellingen:

- € 0,9 miljard op Adequaatsysteem van jeugdzorg (artikel 33);
- € 0,4 miljard op Toegankelijkheid en kwalitatieve voorzieningen preventieve zorg (artikel 21);
- € 0,2 miljard op Programmering onderzoek/ontwikkeling (artikel 21);
- € 0,2 miljard op Maatschappelijke en vrouwenopvang (artikel 24);

- € 0,1 miljard op Bestrijden van infectieziekten (artikel 21);
- € 0,1 miljard op Consumenten- en productveiligheid (artikel 21);
- € 0,1 miljard op Modernisering beroepenstructuur (artikel 30);
- € 0,1 miljard op Evenwicht in de marktposities (artikel 30).

In de openstaande verplichtingen is als PM post 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.

Niet uit de balans blijvende verplichtingen

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is achterborg voor het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ). Het totaal bedrag aan uitstaande garantieverplichtingen is, volgens informatie van het WfZ, € 5 814 miljoen. Dit bedrag is de uitstaande restschuld per ultimo 2005. VWS is pas gehouden om daadwerkelijk borg te staan, indien het risicovermogen van het WfZ en de obligoverplichting van 3 % van de deelnemers samen met een bedrag van ca. € 270 miljoen niet voldoende is om het WfZ aan zijn verplichtingen jegens geldgevers te laten voldoen. Via renteloze leningen van VWS aan het WfZ wordt in die situatie invulling gegeven aan het borg staan.

4. BATEN-LASTENDIENSTEN

4.1 Baten-lastendienst Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen

4.1.1 Balans per 31 december 2005

Bedragen x € 1 000		
	Balans per 31-12-2005	Balans per 31-12-2004
Activa		
Immateriële activa	0	0
Materiële activa	830	649
* grond en gebouwen	0	0
* installaties en inventarissen	0	0
* overige materiële vaste activa	830	649
Voorraden	0	0
Debiteuren	1 395	2 947
Nog te ontvangen/vooruitbetaald	3 022	1 049
Liquide middelen	11 081	8 138
Totaal activa	16 328	12 783
Passiva		
Eigen Vermogen	5 460	7 829
* exploitatiereserve	1 043	918
* verplichte reserve	0	0
* onverdeeld resultaat	4 417	6 911
Lening bij het MvF	0	0
Voorzieningen	0	0
Crediteuren	706	240
Nog te betalen/vooruitgefactureerd	10 162	4 714
Totaal passiva	16 328	12 783

Toelichting

Over de bestemming van het onverdeeld resultaat worden afspraken gemaakt met het moederdepartement.

4.1.2 Gespecificeerde verantwoordingsstaat 2005

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	0	0	0
Opbrengst overige departementen	0	0	0
Opbrengst derden BD	0	2 244	2 244
Opbrengst derden	18 245	19 908	1 663
Rentebaten	80	109	29
Buitengewone baten	0	11	11
Exploitatiebijdrage	0	0	0
Totaal baten	18 325	22 272	3 947
Lasten			
Apparaatskosten	17 569	20 195	2 626
* <i>personele kosten</i>	13 044	10 522	- 2 522
* <i>materiële kosten</i>	4 525	9 673	5 148
ZBO college	386	326	- 60
Afschrijvingskosten	318	311	- 7
* <i>materieel</i>	250	311	61
* <i>immaterieel</i>	68	0	- 68
Overige lasten	0	0	0
Lasten BD	0	2 244	2 244
Totaal lasten	18 273	23 076	4 803
Saldo van baten en lasten	52	- 804	- 856

Toelichting

Het Agentschap College Beoordeling van Geneesmiddelen (ACBG) heeft over 2005 een omzet gerealiseerd van € 22,2 miljoen. Dit is € 3,9 miljoen hoger dan oorspronkelijk begroot. Dit wordt veroorzaakt door een toename van de centrale procedures en door de ontvangsten als gevolg van de overname van het Bureau Diergeneesmiddelen (BD) van het ministerie van LNV. In de begroting 2005 waren onder de post personele kosten ook de kosten voor de inkoop van beoordelingen (RIVM) opgenomen. In de verantwoording zijn de werkelijke kosten geherrubriceerd en opgenomen onder de materiële kosten. De toename van de aanvragen heeft geresulteerd in toename van de daarmee gemoeide personele kosten. Daarnaast zijn in 2005 de nodige projecten gestart zoals kwaliteitsmanagement en de implementatie van nieuwe Europese regelgeving waarmee grote inspanningen gemoeid zijn geweest en waarbij tevens inzet van derden noodzakelijk was. Door deze projectkosten en de eenmalig genomen last inzake vakantiedagen bedraagt het resultaat over 2005 uiteindelijk € 0,8 miljoen negatief.

De verantwoording van het BD vindt plaats op basis van uitgaven en ontvangsten omdat de overstap naar het baten-lastenstelsel nog niet kon worden gemaakt. Het exploitatietekort over 2005 van het BD bedraagt € 0,271 miljoen negatief. Met ingang van 2007 is voor het BD de overgang naar het baten-lastenstelsel en afrekening met het ministerie van LNV gepland.

4.1.3 Het kasstroomoverzicht voor het jaar 2005

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 2005	6 263	8 138	1 875	
2. Totaal operationele kasstroom	318	3 197	2 879	
Totaal investeringen (-/-)	- 200	- 641	- 441	
Totaal boekwaarde desinvesteringen (+)				
3. Totaal investeringskasstroom	- 200	- 641	- 441	
Eenmalige uitkering aan moederdepartement (-/-)				
Eenmalige storting door moederdepartement (+)				
Aflossingen op leningen (-/-)				
Beroep op leenfaciliteit (+)				
4. Totaal financieringskasstroom				
5. Rekening courant RHB 31 december 2005 (=1+2+3+4)	6 381	10 694	4 313	

Toelichting

Het saldo in rekening-courant wordt voornamelijk verklaard door het Eigen vermogen, de vooruitgefactureerde aanvragen en de nog te betalen afroming aan het moederdepartement.

4.2 Baten-lastendienst Centraal informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg

4.2.1 Balans per 31 december

Bedragen x € 1 000		
	Balans per 31-12-2005	Balans per 31-12-2004
Activa		
Immateriële activa	1 093	734
Materiële activa	678	539
* <i>installaties en inventarissen</i>	627	475
* <i>overige materiële vaste activa</i>	51	64
Voorraden	156	153
Debiteuren	169	274
Nog te ontvangen/vooruitbetaald	263	188
Liquide middelen	3 632	2 648
Totaal activa	5 991	4 536
Passiva		
Eigen Vermogen	2000	2 601
* <i>exploitatie-reserve</i>	704	604
* <i>verplichte reserve</i>	233	0
* <i>onverdeeld resultaat</i>	1 063	1 997
Leningen bij het MvF	326	326
Crediteuren	1 297	484
Nog te betalen/vooruitontvangen	2 368	1 125
Totaal passiva	5 991	4 536

Toelichting

Eigen Vermogen

Het resultaat 2004 bedroeg € 0,734 miljoen en is toegevoegd aan het onverdeelde resultaat. Conform de agentschapvoorschriften is 5% van de gemiddelde omzet 2003/2004 (€ 0,604 miljoen) naar het Eigen Vermogen overgeboekt. Van het saldo onverdeeld resultaat is in het boekjaar een bedrag van € 1 miljoen afgeroomd naar het moederdepartement. Het batig saldo over 2005 groot € 0,399 miljoen is toegevoegd aan het onverdeelde resultaat.

In verband met het project Zorro is er ter dekking van de investering in 2005 een bedrag van € 0,233 miljoen als verplichte reserve geboekt. Op grond van de stijgende omzet is het gemaximeerde Eigen Vermogen (5% van de gemiddelde omzet van de laatste drie jaar) verhoogd van € 0,604 naar € 0,704 miljoen.

Door de eigenaar zal worden bepaald op welke wijze het Eigen Vermogen wordt teruggebracht tot de maximale omvang.

4.2.2 Gespecificeerde verantwoordingsstaat 2005

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	7 017	7 746	729
Opbrengst derden	2 370	2 565	195
Rentebaten	10	35	25
Buitengewone baten	0	634	634
Exploitatiebijdrage	0	7 863	7 863
Totaal baten	9 397	18 843	9 446
Lasten			
Apparaatskosten	9 066	17 426	8 360
* <i>personele kosten</i>	4 407	7 773	3 366
* <i>materiële kosten</i>	3 959	8 727	4 768
* <i>huisvestingskosten</i>	700	926	226
Rentelasten	60	13	- 47
Afschrijvingskosten	271	159	- 112
* <i>materieel</i>	91	159	68
* <i>immaterieel</i>	180	0	- 180
Buitengewone lasten	0	846	846
Totaal lasten	9 397	18 444	9 047
Saldo van baten en lasten	0	399	399

Toelichting

Resultaat

Het resultaat is € 0,399 miljoen hoger dan in de begroting was vastgesteld. Het positieve resultaat is mogelijk geworden door een gerealiseerde toename in productie bij het Donorregister en meer inkomsten van derden bij het Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorgregister (BIG) en Farmacie en Geneeskundige Technologie (Farmatec).

Exploitatiebijdrage moederdepartement

Naast de reguliere activiteiten voert het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG) projecten (Unieke Zorgverlener Identificatienummer (UZI) en Sectorale Berichten Voorziening in de Zorg (SBVz)) uit waarvoor nog geen prijs per product afspraken zijn gemaakt omdat deze producten nog niet zijn uitgekristaliseerd.

Ook vinden in opdracht van het moederdepartement voorbereidende activiteiten plaats ten behoeve van het onderbrengen van nieuwe uitvoerende taken in 2006 en 2007.

Tot slot draagt het moederdepartement bij in het negatieve resultaat op de verkopen van het Bureau Medicinale Cannabis. Al deze activiteiten die niet in de oorspronkelijke begroting zijn opgenomen worden gefinancierd op basis van werkelijke kosten door middel van een exploitatiebijdrage van het moederdepartement.

4.2.3 Kasstroomoverzicht voor het jaar 2005

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 2005	1 910	2 648	738
2. Totaal operationele kasstroom	378	2 641	2 263
Totaal investeringen (-/-)	- 50	- 657	- 607
Totaal boekwaarde desinvesteringen (+)	0	0	0
3. Totaal investeringskasstroom	- 50	- 657	- 607
Eenmalige uitkering aan moederdepartement (-/-)	0	- 1 000	- 1 000
Eenmalige storting door moederdepartement (+)	0	0	0
Aflossingen op leningen (-/-)	- 286	0	286
Beroep op leenfaciliteit (+)	0	0	0
4. Totaal financieringskasstroom	- 286	- 1 000	- 714
5. Rekening courant RHB 31 december 2005 (=1+2+3+4)	1 952	3 632	1 680

Toelichting

De operationele kasstroom is hoger door de stijging van de saldi crediteuren en vooruitontvangen bedragen. De investeringen hebben betrekking op de immateriële activa (bouw Geneur en Zorro) De eenmalige uitkering aan het moederdepartement heeft plaatsgevonden op grond van de afroming van het onverdeelde resultaat

4.3. Baten-lastendienst Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)

4.3.1 Balans per 31 december 2005

Bedragen x € 1 000		
	Balans per 31-12-2005	Balans per 31-12-2004
Activa		
Immateriële activa	234	287
Materiële activa	5 855	7 223
* <i>grond en gebouwen</i>	0	0
* <i>installaties</i>	1 619	1 562
* <i>overige materiële activa</i>	4 236	5 661
Voorraden	0	0
Onderhanden werk	3 998	1 605
Debiteuren	4 871	14 152
Vordering op het Moederdepartement	2 194	4 582
Overige vorderingen	101	290
Overlopende activa	1 138	2 476
Liquide middelen	49 864	28 494
Totaal activa	68 255	59 109
Passiva		
Eigen Vermogen	8 221	0
* <i>exploitatie-reserve</i>	3 500	0
* <i>verplichte reserve</i>	0	0
* <i>onverdeeld resultaat</i>	4 721	0
Leningen bij het Ministerie van Financiën	2 878	5 738
Voorzieningen	10 343	13 679
Crediteuren	664	6 060
Overige schulden	685	145
Vooruit ontvangen termijnen	21 417	14 417
Overlopende passiva	24 047	19 070
Totaal passiva	68 255	59 109

Toelichting

De balans wordt niet nader toegelicht

4.3.2 Gespecificeerde verantwoordingsstaat per 31 december 2005

Bedragen x € 1 000			
	(1)	(2)	(3)=(2)-(1)
Omschrijving	Oorspronkelijk vast-gestelde begroting	Realisatie	Verschil realisatie en oorspronkelijk vast-gestelde begroting
Baten			
Opbrengst VWS-eigenaar	21 435	36 484	15 049
Opbrengst VWS-opdrachtgevers	32 376	61 783	29 407
Opbrengst VROM	51 362	61 005	9 643
Opbrengst LNV	1 350	2 686	1 336
Opbrengst overige departementen	1 750	3 929	2 179
Opbrengst derden	36 846	36 228	- 618
Rentebaten	191	664	473
Vrijval voorzieningen	-	2 797	2 797
Totaal baten	145 310	205 576	60 266
Lasten			
Apparaatskosten	140 496	194 385	53 889
* <i>personele kosten</i>	83 637	87 639	4 002
* <i>materiële kosten</i>	56 859	106 746	49 887
Rentelasten	325	309	- 16
Afschrijvingskosten	4 489	4 368	- 121
* <i>materieel</i>	4 066	4 085	19
* <i>immaterieel</i>	423	283	- 140
Dotaties voorzieningen	-	1 793	1 793
Totaal lasten	145 310	200 855	55 545
Saldo van baten en lasten	-	4 721	4 721

Toelichting

Ten opzichte van de begroting is de realisatie van zowel baten als lasten aanzienlijk hoger. Dit houdt verband met de voorgeschreven 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. Het voordelig resultaat in 2004 is voornamelijk toe te schrijven aan

- een hogere omzet die met een minder dan evenredige toename van de apparaatskosten en met lagere facilitaire kosten is gerealiseerd,
- een aan de Rijksgebouwendienst (RGD) betaalde eenmalige afkoopsom voor het jaar 2006 bij het herzien van de huisvestingscontracten,
- een dotatie aan de voorziening voor wachtgelduitkeringen in verband met nieuwe verplichtingen en aan de voorzieningen voor wachtgelduitkeringen en Flexibel Pensioen en Uittreding-Remkes (FPU) vanwege een herrekening van bestaande verplichtingen
- een vertraagde productie in het strategisch onderzoek,
- diverse incidentele meevallers waaronder een vrijval op een reorganisatievoorziening, een terugbetaling bij de voortijdige beëindiging van een experimenteel energieopwekkingsproject, een vrijval op in 2004 ingeboekte nog te betalen kosten en rentebaten op een deposito bij het Ministerie van Financiën.

4.3.3 Kasstroomoverzicht 2005 van het RIVM

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 2005	10 633	28 491	17 858
2. Totaal operationele kasstroom	- 672	23 681	24 353
Totaal investeringen (-/-)	- 2000	- 2 978	- 978
Totaal boekwaarde desinvesteringen (+)		30	30
3. Totaal investeringskasstroom	2000	- 2 948	- 948
Eenmalige uitkering aan moederdepartement (-/-)			
Eenmalige storting door moederdepartement (+)		3 500	3 500
Aflossingen op leningen (-/-)	- 4 490	- 2 860	1 630
Beroep op leenfaciliteit (+)	2000		- 2000
4. Totaal financieringskasstroom	- 2 490	640	3 130
5. Rekening courant RHB 31 december 2005 (=1+2+3+4)	5 471	49 864	44 393

Toelichting

Het geraamde investeringsniveau is gebaseerd op de goedgekeurde aanvraag leenfaciliteit bij het Ministerie van Financiën. De gerealiseerde investeringen kwamen hoger uit. Via een eenmalige storting door het moederdepartement is een eigen vermogen gevormd als buffer voor financiële risico's.

De aflossingen op leningen zijn de normale aflossingen op de conversie-leningen voor vaste activa. In de raming was rekening gehouden met een aflossing op een in 2004 aan te gane lening voor investeringen; de investeringen in dat jaar zijn echter uit eigen beschikbare middelen betaald. Er is in 2005 geen gebruik gemaakt van de leenfaciliteit. De investeringen zijn betaald uit de beschikbare middelen. Door een gericht liquiditeits-beheer en door omvangrijke vooruitontvangen termijnen, tot uiting komend in het niveau van de operationele kasstroom, kon een deel van de liquide middelen (€ 20 miljoen) op deposito worden gezet.

4.4 Tijdelijke Baten-lastendienst Nederlands Vaccin Instituut

4.4.1 Balans per 31 december 2005

	Balans per 31-12-2005	Balans per 31-12-2004
Activa		
Immateriële activa	0	0
Materiële vaste activa	14 732	12 278
* <i>niet productie inventaris</i>	2 580	1 799
* <i>productie inventaris</i>	10 631	9 920
* <i>overige activa</i>	1 521	559
Voorraden	11 809	12 376
Debiteuren	5 228	7 477
Nog te ontvangen / vooruitbetalingen	21 399	15 499
Liquide middelen	44 393	29 005
Totaal activa	97 561	76 635
Passiva		
Eigen vermogen	17 601	10 306
* <i>exploitatie-reserve</i>	14 593	33 618
* <i>verplichte reserve</i>	0	0
* <i>onverdeeld resultaat</i>	3 008	- 23 312
Leningen bij het MvF	5 741	1 648
Moederdepartement	7 037	0
Voorzieningen	714	9 050
Crediteuren	43 171	13 752
Nog te betalen	16 894	34 190
Vooruitontvangen	6 403	7 689
Totaal passiva	97 561	76 635

Toelichting

Het bedrag nog te ontvangen wordt met name veroorzaakt door de aankoop Difterie, Kinkhoest, Tetanus en Polio, haemophilus influenzae type b (DKTP-Hib), antivirale middelen en een vordering in verband met de financiering van de voorraden.

De kaspositie wordt toegelicht in het kasstroomoverzicht.

De exploitatie-reserve dient anders dan bij andere agentschappen niet alleen als financiële buffer om risico's op te vangen, maar ook ter financiering van de voorraden.

De leningen bij het MvF betreffen de financiering van investeringen; in afwachting van de conversielening voor de vaste activa is de daarmee verband houdende schuld opgenomen ten gunste van het moederdepartement.

De crediteuren omvatten voornamelijk vier leveranciers in verband met de aanschaf van aangekochte producten.

4.4.2 Staat van baten en lasten 2005

(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	26 460	42 706	16 246
Opbrengst derden	62008	55 386	- 6 622
Rentebaten	0	183	183
Buitengewone baten	0	0	0
Totaal baten	88 468	98 275	9 807
Lasten			
Apparaatskosten	82 402	87 442	5 040
* <i>personele kosten</i>	19 125	20 584	1 459
* <i>materiële kosten</i>	55 097	58 499	3 402
* <i>huurkosten</i>	8 180	8 359	179
Rentelasten	700	419	- 281
Afschrijvingskosten	5 366	3 979	- 1 387
* <i>materieel</i>	5 366	3 979	- 1 387
* <i>immaterieel</i>	0	0	0
Dotaties voorzieningen	0	2 625	2 625
Buitengewone lasten	0	802	802
Totaal lasten	88 468	95 267	6 799
Saldo van baten en lasten	0	3 008	3 008

Toelichting

De opbrengst moederdepartement is hoger dan begroot doordat in 2005 een compensatie van € 15,7 miljoen inzake de vennootschapsbelasting over de inbreng van Stichting tot bevordering van de Volksgezondheid en Milieuhygiëne (SVM) is ontvangen.

Doordat er langer met aangekochte vaccins gevaccineerd wordt, is er sprake van een additioneel dekkingsverlies van € 2,5 miljoen; dit is in 2005 aan de voorziening toegevoegd.

De buitengewone lasten betreffen de berekende vennootschapsbelasting 2005. Daarbij is er van uit gegaan dat de eenmalige storting te financiering van de voorraden niet belast is.

4.4.3 Kasstroomoverzicht 2005

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 2005	9 519	29 005	19 486
2 Totaal operationele kasstroom	366	- 3 355	- 3 721
Totaal investeringen (-/-)	- 10 590	- 6 433	4 157
Totaal boekwaarde desinvesteringen (+)	0	0	0
3 Totaal investeringskasstroom	- 10 590	- 6 433	4 157
Eenmalige uitkering aan moederdepartement (-/-)	0	0	0
Eenmalige storting door moederdepartement (+)	0	21 343	21 343
Aflossingen op leningen (-/-)	- 1 760	- 260	1 500
Beroep op leenfaciliteit (+)	10 590	4 093	- 6 497
4 Totaal financieringskasstroom	8 830	25 176	16 346
5 Rekening-courant RHB 31 december 2005 (=1+2+3+4) (maximale roodstand 0,5 miljoen euro)	8 125	44 393	36 268

Toelichting

De eenmalige storting door moederdepartement betreft behalve de compensatie inzake de vennootschapsbelasting over de inbreng van SVM een eenmalige storting in verband met de financiering van de voorraden.

De hoge kaspositie wordt verder veroorzaakt door een vooruitontvangst in december in verband met de aanschaf van antivirale middelen die in januari 2006 betaald is.

D. BIJLAGEN

Bijlage 1: Financieel Beeld Zorg

1.1 Inleiding

In dit Jaarverslag zijn zowel begrotingsuitgaven als premiegefinancierde zorguitgaven 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 2004 en 2005. Daarnaast geven we inzicht in de budgettaire ontwikkelingen sinds de 2e Suppletore Wet 2005. 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 2004. Paragraaf 1.2.4 toont de ontwikkeling van de zorguitgaven in het jaar 2005 en in paragraaf 1.2.5 worden de netto BKZ-uitgaven 2005 geconfronteerd met het kader voor 2005 zoals dat door het kabinet is vastgesteld en bijgesteld. Paragraaf 1.2.6 geeft een overzicht van de uitgavenontwikkeling in de jaren 2002 t/m 2005. Ten slotte geeft paragraaf 1.2.7 informatie over ontwikkelingen in de bouw.

In hoofdstuk 1.3 presenteren we de financiering van de zorguitgaven voor de jaren 2004 en 2005. 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 2004 en 2005 in) het premiedeel van dit Jaarverslag op te stellen, voor zowel de gebudgetteerde als de niet-gebudgetteerde sectoren.

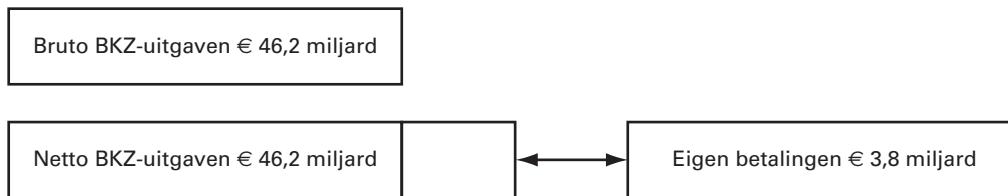
1.2 Financiële kerncijfers zorguitgaven en Budgettair Kader Zorg

1.2.1 Uitgavenbegrippen

In het Hoofdlijnenakkoord heeft het kabinet Balkenende II afspraken vastgelegd over de budgettaire ruimte die in de jaren 2004 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 betalingen van patiënten. Figuur 1 geeft een overzicht van deze twee uitgavenbegrippen, met daarbij vermeld de bedragen die voor het jaar 2005 in dit Jaarverslag zijn opgenomen.

Figuur 1 Relatie tussen bruto en netto BKZ-uitgaven 2005



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 2005	Financiering 2005	Vershil = mutatie financierings- achterstand*
Preventie en gezondheidsbescherming	205,9	200,2	- 5,7
Curatieve zorg	17 738,7	17 743,9	5,2
Geneesmiddelen, medische technologie en transplantaten	4 426,1	4 426,1	
Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	3 879,5	3 918,1	38,6
AWBZ brede zorg	848,4	848,4	
Gehandicaptenzorg en hulpmiddelen	6 127,9	6 223,5	95,6
Verpleging, verzorging en ouderen	11 572,4	11 497,4	- 75,0
Zorgverzekeringen	1 326,8	1 326,8	
Aanvullende post	0,0	0,0	
Totaal	46 125,7	46 184,4	58,7

* Bij een negatief getal neemt de financieringsachterstand toe, cq neemt de financieringsvoorsprong af
bron: VWS

1.2.3 Definitieve afrekening 2004

Vorig jaar mei is het Jaarverslag 2004 uitgebracht. Daarin zijn realisatiecijfers over de jaren 2003 en 2004 gepresenteerd. Sindsdien zijn, op grond van meer definitieve realisatiecijfers, diverse correcties aangebracht op het gepresenteerde beeld over het jaar 2004. Tabel 2 laat deze correcties zien.

Tabel 2 Ontwikkeling bruto BKZ-uitgaven en -ontvangsten (jaar 2004)

In € miljoen	2004
Stand bruto BKZ-uitgaven Begroting 2004	44 089,5
Mutaties t/m 2e Suppletore Wet 2004	1 088,8
Mutaties afrekening Jaarbeeld Zorg 2004	- 367,8
Stand bruto BKZ-uitgaven Jaarverslag 2004	44 810,5
Definitieve afrekening	232,3
- mee- en tegenvallers nominaal	- 11,8
- mee- en tegenvallers volume	- 89,6
- financieringsmutatie	333,7
Stand bruto BKZ-uitgaven Jaarverslag 2005	45 042,8
Stand BKZ-ontvangsten Begroting 2004	2 869,7
Mutaties t/m Najaarsbrief Zorg 2004	- 392,3
Mutaties afrekening Jaarbeeld Zorg 2004	- 274,0
Stand BKZ-ontvangsten Jaarverslag 2004	2 203,4
Definitieve afrekening	0,7
- mee- en tegenvallers volume	0,7
Stand BKZ-ontvangsten Jaarverslag 2005	2 204,1

bron: VWS

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 (€ 71,5 miljoen), de sectoren vallend onder het AWBZ-convenant (-/- € 186,2 miljoen), de geneesmiddelen (€ 37,4 miljoen), de uitgaven voor PGB's (-/- € 79,4 miljoen) en de uitgaven voor beheerskosten (€ 99,4 miljoen). Daarnaast doen zich enkele andere in omvang geringe mee- en tegenvallers voor.

1.2.4 Ontwikkeling zorguitgaven (jaar 2005)

Sinds de opstelling van de VWS-begroting 2005 is het geraamde uitgaven- en ontvangstenniveau 2005 meermalen bijgesteld. Deze mutaties zijn voor een groot deel in de 1e Suppletore Wet 2005 (Tweede Kamer 2004–2005, XVI 30 105, nr. 2), de VWS-begroting 2006 (Tweede Kamer 2005–2006, 30 300, hoofdstuk XVI, nr. 2) en de 2e Suppletore Wet 2005 (Tweede Kamer 2005–2006, 30 391, XVI nr. 2) opgenomen. Een inhoudelijke toelichting op de mutaties is te vinden in de bovengenoemde rapportages. In tabel 3 is weergegeven de ontwikkeling van de BKZ-uitgaven en ontvangsten sinds de VWS-begroting 2005. Onder deze tabel is de toelichting beperkt tot de mutaties ná de 2e Suppletore Wet 2005.

Tabel 3 Ontwikkeling bruto BKZ-uitgaven en ontvangsten op totaalniveau (jaar 2005)

In € miljoen	2005
Stand bruto BKZ-uitgaven VWS-begroting 2005	45 800,7
Mutaties t/m 2e Suppletore Wet 2005	210,5
– mee- en tegenvallers nominaal	– 253,1
– mee- en tegenvallers volume	375,9
– technisch/statistisch	– 69,9
– financieringsmutaties	157,6
Stand bruto BKZ-uitgaven 2e SW 2005	46 011,2
Mutaties afrekening Jaarverslag 2005	173,3
– mee- en tegenvallers nominaal	– 4,6
– mee- en tegenvallers volume	192,3
– technisch/statistisch	– 9,1
– financieringsmutatie	– 5,3
Stand bruto BKZ-uitgaven Jaarverslag 2005	46 184,4
Stand BKZ-ontvangsten VWS-begroting 2005	4 022,8
Mutaties t/m 2e Suppletore Wet 2005	– 192,6
– mee- en tegenvallers volume	– 192,6
Stand BKZ-ontvangsten 2e Suppletore Wet 2005	3 830,2
Mutaties afrekening Jaarverslag 2005	20,8
– mee- en tegenvallers volume	20,8
Stand BKZ-ontvangsten Jaarverslag 2005	3 851,0

bron: VWS

De nominale uitgavenbijstelling (– € 4,6 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 € 192,3 miljoen. Deze tegenvaller is voornamelijk het gevolg van extra uitgaven in de AWBZ (€ 132,0 miljoen).

Dit is het saldo van lagere uitgaven voor PGB's (€ 108,6 miljoen) en hogere uitgaven in de overige AWBZ-sectoren. De volume-overschrijding van de onder het AWBZ-convenant vallende sectoren bedraagt ten opzichte van de bij 2e Suppletore Wet 2005 aangepaste ramingen € 240,7 miljoen. Het overgrote deel hiervan heeft te maken met extra gerealiseerde productie in 2005. Voor het maken van productieafspraken gold in 2005 een contracteerruimte per zorgkantoor. Die contracteerruimte is gedurende het jaar voor enkele specifieke onderdelen opgehoogd, zoals de maatschappelijke opvang, de zorg in justitiële jeugdinrichtingen en de onderzoekscontacten voor de jeugd GGZ. Daarnaast is een aantal kwalitatieve investeringen gedaan (op het gebied van innovatie en ICT). In het beeld van de uitgavenontwikkeling is de veronderstelling verwerkt dat het realisatieniveau van de productie ten opzichte van de afspraken gemiddeld 99% bedraagt.

In 2005 is een contracteermarge van € 200 miljoen beschikbaar gekomen, omdat een deel van de geraamde middelen voor AWBZ-zorg in 2004 incidenteel niet tot besteding gekomen was. Deze marge is deels voor extra productie ingezet, en deels voor de bovengenoemde extra investeringen. Het inzetten van de contacteermarge leidt ertoe dat het uitgavenbeeld hoger is dan de raming.

Daarnaast is er een tegenvaller in de uitgaven voor curatieve zorg (in totaal € 96,9 miljoen, waarvan € 79,0 miljoen optreedt bij de ziekenhuizen en medisch specialisten. Opgeteld bij de reeds in de 2e Suppletore Wet 2005 gemelde tegenvaller (€ 84,6 miljoen) bedraagt de overschrijding in deze sectoren in totaal € 163,6 miljoen.

Verder zijn er meevallers in de uitgaven voor geneesmiddelen (€ 127,6 miljoen) en hulpmiddelen (€ 98,7 miljoen). Daarbij wordt verondersteld dat het geraamde volume-effect van de invoering van de no-claimregeling (€ 170 miljoen) is gerealiseerd. Ten slotte is sprake van in omvang geringe mee- en tegenvallers op de overige sectoren.

De meevaller in de ontvangsten is het gevolg van hoger dan geraamde eigen bijdragen AWBZ intramuraal.

1.2.5 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 2005. 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 2005

In € miljoen	Netto BKZ- uitgaven 2005	Budgettair Kader Zorg 2005	Overschrij- ding
Stand VWS-begroting 2005	41 778	41 732	46
Stand 1e Suppletore Wet 2005	41 864	41 680	184
Stand Begroting 2006	42 107	41 686	421
Stand 2e Suppletore Wet 2005	42 181	41 687	494
Mutaties na 2e Suppletore Wet 2005	153	4	149
Stand Jaarverslag 2005	42 333	41 691	643

bron: VWS

Bij de start van het kabinet Balkenende II is het BKZ 2005 gelijkgesteld aan de op dat moment actuele raming van de netto BKZ-uitgaven 2005. De

zorguitgaven groeiden echter harder dan geraamd. Bij 1e Suppletore Wet 2005 bleek reeds een overschrijding van bijna € 0,2 miljard en die overschrijding is bij Begroting 2006 en 2e Suppletore Wet 2005 toegenomen tot circa € 0,5 miljard. Uit de (voorlopige) afrekening van de zorguitgaven blijkt nu een overschrijding van het BKZ van bijna € 0,7 miljard. De belangrijkste oorzaken van deze overschrijding zijn gelegen in extra uitgaven voor ziekenhuizen en medisch specialisten, extra uitgaven in de sectoren vallend onder het AWBZ-convenant (zie ook paragraaf 1.2.4) en lagere ontvangsten Eigen Betalingen AWBZ.

1.2.6 Uitgavenontwikkeling in de jaren 2002 t/m 2005

Tabel 6 presenteert een overzicht van de bruto BKZ-uitgaven per sector in de jaren 2002 tot en met 2005.

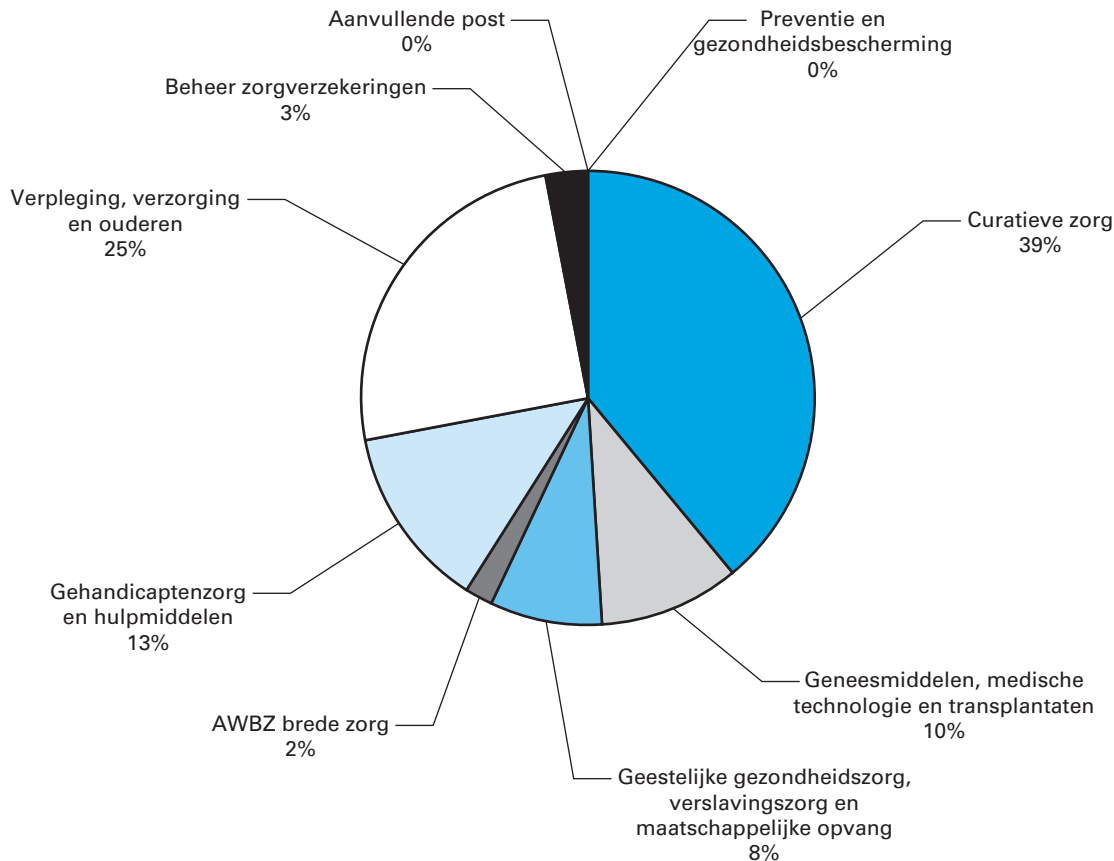
Tabel 6 Meerjarig overzicht van de bruto BKZ-uitgaven in de jaren 2002 t/m 2005 (bedragen in € miljoen)

Sector	Realisatie 2002	Realisatie 2003	Realisatie 2004	Begroot 2005	Realisatie 2005
Preventie en gezondheidsbescherming	349,2	219,8	238,6	235,6	200,2
Curatieve zorg	16 537,3	17 295,9	17 683,3	17 303,9	17 743,9
Geneesmiddelen, medische technologie en transplantaten	4 021,8	4 333,9	4 204,2	4 463,0	4 426,1
Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	3 078,3	3 394,0	3 682,9	3 581,7	3 918,1
AWBZ brede zorg	413,5	625,6	725,8	1 359,7	848,4
Gehandicaptenzorg en hulpmiddelen	4 999,8	5 548,0	5 929,1	5 832,2	6 223,5
Verpleging, verzorging en ouderen	10 001,6	10 911,2	11 224,2	11 239,9	11 497,4
Beheer zorgverzekeringen	1 275,9	1 322,3	1 354,6	1 258,3	1 326,8
Aanvullende post	0,1	0,0	0,0	620,0	0,0
Totaal	40 677,5	43 650,7	45 042,8	45 894,3	46 184,4

bron: VWS

Figuur 2 toont de verdeling van de gerealiseerde zorguitgaven in 2005 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 2005 naar sector



bron: VWS

1.2.7 Bouw

Algemeen

De planning en bouw in de intramurale gezondheidszorg werd in 2005 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 Zorginstellingen (CBZ).

In oktober 2005 is de Wet Toelating Zorginstellingen door de Eerste Kamer aangenomen. Deze wet is ingegaan per 1 januari 2006 en de WZV en de Tijdelijke Verstrekkingswet Maatschappelijke Dienstverlening (TVWMD) worden tegelijkertijd ingetrokken. Met de WTZi komen er minder regels bij het toelaten, plannen, bouwen en instandhouden van instellingen.

Instandhoudingsbouw

De instandhoudingsbouw bestaat uit twee groepen: WZV-vergunningenbouw en meldingen (jaarlijkse instandhouding en trekkingsrechten).

In de WZV-vergunningsbouw zijn in 2005 alle bouwprogramma's geactualiseerd. De door de instelling in te brengen trekkingsrechten zijn niet in mindering gebracht op de exploitatielasten.

Tabel 1 geeft een overzicht van de vergunningsplichtige instandhoudingsbouw in 2004 en 2005 ten opzichte van 2003.

Tabel 1 – Exploitatielasten ten gevolge van vergunningsplichtige instandhoudingsbouw (t.o.v. 2003) bedragen in € miljoen

Sector	Begroting 2005, prijspeil 2003		Actuele stand*, lopende prijzen	
	2004	2005	2004	2005
Ziekenhuizen ¹	35,4	62,5	21,3	51,1
Verpleeghuizen ²	39,0	80,0	30,9	52,3
Geestelijke gezondheidszorg	10,2	23,1	8,7	20,0
Gehandicaptenzorg ³	14,0	42,8	8,8	29,7
Totaal	98,6	208,4	69,6	153,1

* Omdat het realisatiecijfer nog niet beschikbaar is betreft het hier een raming.

¹ Excl. academische ziekenhuizen.

² Excl. verzorgingshuizen.

³ Incl. gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven.

Bron: VWS

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 2 geeft een overzicht van de toename van de exploitatielasten ten gevolge van benutting van trekkingsrechten.

Tabel 2 – Exploitatiegevolgen benutting trekkingsrechten inclusief inbrengverplichting (cumulatief) (bedragen in € miljoen)

Geraamde benutting trekkingsrechten	Begroting 2005, prijspeil 2003		Actuele stand ¹ , lopende prijzen	
	2004	2005	2004	2005
	289	402	248	314

Bron: VWS

¹ Omdat het realisatiecijfer nog niet beschikbaar is betreft het hier een raming.

Uitbreidingsbouw

In de WZV-vergunningsbouw zijn in 2005 alle bouwprogramma's geactualiseerd. De uitbreidingsbouw maakt deel uit van de totale groeiruimte van een sector en vindt plaats om extra productie te kunnen realiseren. Tabel 3 geeft een overzicht van de toename van de exploitatielasten ten gevolge van vergunningsplichtige uitbreidingsbouw in 2004 en 2005 ten opzichte van het jaar 2003.

Tabel 3 – Exploitatielasten ten gevolge van vergunningsplichtige uitbreidingsbouw (t.o.v. 2003) bedragen in € miljoen

	Begroting 2005, prijspeil 2003		Actuele stand*, lopende prijzen	
	2004	2005	2004	2005
sector				
Ziekenhuizen ¹	3,8	25,6	3,8	25,4
Verpleeghuizen ²	26,5	30,8	8,5	38,6
Geestelijke gezondheidszorg	22,4	40,4	6,6	12,6
Gehandicaptenzorg ³	5,5	5,5	19,1	36,9
Totaal	58,2	102,3	38,0	113,5

* Omdat het realisatiecijfer nog niet beschikbaar is betreft het hier een raming.

¹ excl. academische ziekenhuizen.

² excl. verzorgingshuizen.

³ incl. gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven.

Bron: VWS

1.3 Ontvangsten, uitgaven en vermogens van de zorgfondsen (AWBZ en ZFW)

1.3.1 Financiering van de uitgaven in 2005

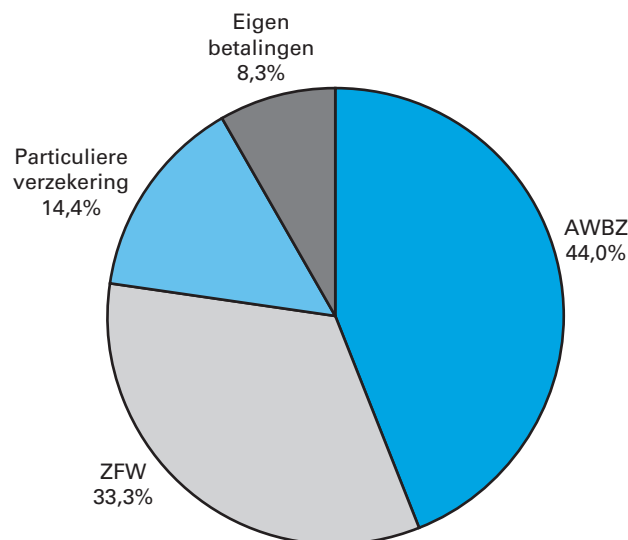
De financiering van de zorguitgaven laat zich in een viertal categorieën onderverdelen. Tabel 11 geeft deze verdeling in cijfers weer en Figuur 3 laat de verhouding tussen de verschillende financieringsbronnen zien.

Tabel 11 Zorguitgaven 2005 naar financieringsbron

(bedragen in € miljard)	2005
AWBZ	20,3
ZFW	15,4
Particuliere verzekering	6,6
Eigen betalingen	3,8
Totaal Jaarverslag 2005	46,2

Bron: VWS

Figuur 3 Zorguitgaven 2005 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 2003 tot en met 2005. De procentuele premies voor de AWBZ en de ZFW voor 2004 zijn kort na het verschijnen van de Begroting 2005 vastgesteld op het niveau dat in de Begroting 2005 was vermeld.

De nominale premie voor de ZFW wordt door de individuele ziekenfondsen vastgesteld. Gemiddeld is deze in het jaar 2005 uitgekomen op € 301 per volwassen verzekerde, € 17 hoger dan ten tijde van de Begroting 2005 werd verwacht.

Tabel 12 – Ontwikkeling premies voor de Ziekenfondswet (ZFW) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

	2003	2004	2005
ALGEMENE WET BIJZONDERE ZIEKTEKOSTEN			
procentuele premie (in %)	12,30	13,40	13,45
ZIEKENFONDSWET			
procentuele premie (in %)	8,45	8,00	8,20
nominale premie (in €)	356	308	301

bron: VWS

De in tabel 13 opgenomen bijstellingen bij het Algemeen Fonds Bijzonder Ziektekosten (AFBZ) in 2004 betreffen louter het vermogen. Deze bijstelling resulteert uit verwerking van het jaarverslag van het CVZ van de inschatting van nog te ontvangen en te betalen bedragen. Het betreft een beperkte neerwaartse aanpassing van het vermogen en een beperkte opwaartse bijstelling van het normvermogen die leidt tot deze bijstelling van afgerond € 0,1 miljard.

De uitgaven van het AFBZ in 2005 zijn met € 0,2 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 2005 € 0,5 miljard lager uit, voornamelijk als gevolg van lagere premieontvangsten. De ontwikkelingen bij inkomsten en uitgaven leiden tot een € 0,7 miljard lager exploitatiesaldo dan in de Begroting 2005. Het vermogen van het AFBZ komt per ultimo 2005 € 0,1 miljard hoger uit dan in de Begroting 2005. Deze stijging valt voor € 0,8 miljard te verklaren uit de ontwikkeling van het vermogen per ultimo 2004. Daarnaast resulteert – € 0,7 miljard uit het exploitatiesaldo in 2005. Het vermogenssaldo verslechtert met € 1,5 miljard als gevolg van een € 0,1 miljard hoger vermogen en een € 1,7 miljard hoger normvermogen.

Tabel 13 – Uitgaven, ontvangsten en vermogen AFBZ (Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten) in 2004 en 2005

In € miljard	2004	2005
Uitgaven Begroting 2004	20,8	
Uitgaven Begroting 2005		21,9
Uitgaven Jaarverslag 2004	21,2	
Uitgaven Jaarverslag 2005	21,2	22,1
Vershil t.o.v. vorige stand	0,0	0,2
Inkomsten Begroting 2004	23,8	
Inkomsten Begroting 2005		23,7
Inkomsten Jaarverslag 2004	23,2	
Inkomsten Jaarverslag 2005	23,2	23,2
Vershil t.o.v. vorige stand	0,0	– 0,5
Exploitatiesaldo Begroting 2004	3,0	
Exploitatiesaldo Begroting 2005		1,8
Exploitatiesaldo Jaarverslag 2004	2,0	
Exploitatiesaldo Jaarverslag 2005	2,0	1,1
Vershil t.o.v. vorige stand	0,0	– 0,7
Vermogen Begroting 2004	0,2	
Vermogen Begroting 2005		0,2
Vermogen Jaarverslag 2004	– 1,4	
Vermogen Jaarverslag 2005	0,8	0,3
Vershil t.o.v. vorige stand	0,6	0,1
Vermogenssaldo Begroting 2004	– 0,4	
Vermogenssaldo Begroting 2005		– 0,4
Vermogenssaldo Jaarverslag 2004	– 2,5	
Vermogenssaldo Jaarverslag 2005	– 2,5	– 1,6
Vershil t.o.v. vorige stand	0,0	– 1,5

bron: VWS

Zoals blijkt uit tabel 14 zijn voor het jaar 2004 bij de uitgaven van de Algemene Kas ZFW geen bijstellingen verwerkt ten opzichte van het Jaarverslag 2004. Er zijn alleen nog bijstellingen verwerkt bij de inkomsten, het vermogen en het vermogenssaldo. De inkomstenmutatie hangt samen met de verwerking van de ZFW-premies door het CBS. De overige bijstellingen resulteren met name uit de inschatting van het CVZ van nog te ontvangen en te betalen bedragen.

Voor 2005 zijn de uitgaven van de Algemene Kas € 0,1 miljard hoger uitgekomen dan geraamd in de Begroting 2005. Dit betreft vooral een geraamde nacalculatie verstrekkingen ofwel het deel van de hogere ziekenfondsuitgaven dat ten laste van de Algemene Kas komt. De inkomsten in 2005 komen naar verwachting € 0,5 miljard lager uit dan het in de Begroting 2005 geraamde niveau. Dit betreft vooral het vervallen van de MOOZ omslagbijdrage in samenhang met de introductie van de Zvw. De

bijstellingen in uitgaven en inkomsten leiden per saldo tot een exploitatiesaldo dat € 0,6 miljard lager uitkomt dan geraamd in de Begroting 2005. Het vermogen van de Algemene Kas komt € 3,6 miljard lager uit dan was geraamd in de Begroting 2005. Dit hangt voor € 1,9 miljard samen met de zuiver statistische (en niet voor het EMU-saldo relevante) bijdrage aan de ziekenfondsen voor het opbouwen van een voorziening in verband met de andere boekhoudkundige verwerking van DBC's die ook al in de begroting 2006 is gemeld. Daarnaast is de bijstelling met name het gevolg van een verslechtering van het vermogen per ultimo 2004 ten opzichte van de raming in de Begroting 2005 en de verslechtering van het exploitatiesaldo 2005. Het vermogenssaldo komt € 0,2 miljard hoger uit dan geraamd in de Begroting 2005. Dat de mutatie in het vermogenssaldo veel positiever is dan die bij het vermogen komt omdat de vermogensnorm zeer fors neerwaarts is bijgesteld, onder andere omdat de hierboven genoemde bijdrage van € 1,9 miljard een even grote invloed heeft op het vermogen als op de vermogensnorm.

Tabel 14 – Uitgaven, ontvangsten en vermogen Algemene Kas ZFW in 2004 en 2005

in € miljard	2004	2005
Uitgaven Begroting 2004	14,0	
Uitgaven Begroting 2005		14,5
Uitgaven Jaarverslag 2004	14,5	
Uitgaven Jaarverslag 2005	14,5	14,6
Vershil t.o.v. vorige stand	0,0	0,1
Inkomsten Begroting 2004	13,4	
Inkomsten Begroting 2005		13,7
Inkomsten Jaarverslag 2004	13,3	
Inkomsten Jaarverslag 2005	13,5	13,2
Vershil t.o.v. vorige stand	0,2	- 0,5
Exploitatiesaldo Begroting 2004	- 0,6	
Exploitatiesaldo Begroting 2005		- 0,8
Exploitatiesaldo Jaarverslag 2004	- 1,2	
Exploitatiesaldo Jaarverslag 2005	- 1,1	- 1,4
Vershil t.o.v. vorige stand	0,1	- 0,6
Vermogen Begroting 2004	- 0,6	
Vermogen Begroting 2005		- 2,2
Vermogen Jaarverslag 2004	- 2,0	
Vermogen Jaarverslag 2005	- 2,1	- 5,8
Vershil t.o.v. vorige stand	- 0,1	- 3,6
Vermogenssaldo Begroting 2004	0,8	
Vermogenssaldo Begroting 2005		- 1,0
Vermogenssaldo Jaarverslag 2004	- 0,2	
Vermogenssaldo Jaarverslag 2005	- 0,3	- 0,8
Vershil t.o.v. vorige stand	- 0,1	0,2

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 de zogenoemde gegevensleveranciers (CVZ, CAK, CTG/ZAio en VEKTIS), die op hun beurt geaggregeerde gege-

vens leveren aan 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 schadelast van de uitvoerders van de ZFW en de AWBZ en de schadelast in het 2e compartiment van de particulier verzekerden, van belang. In deze bijlage, het Financieel Beeld Zorg, is de ontwikkeling van deze schadelast opgenomen. In de financiële tabellen bij de beleidsartikelen van dit Jaarverslag worden voorzover het gaat om de gebudgetteerde sectoren (zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen) de voor deze sectoren relevante budgetgegevens van het CTG gepresenteerd.

Om de zorguitgaven in mei 2006 in het Jaarverslag te kunnen presenteren, hebben de gegevensleveranciers de financiële gegevens begin maart 2006 aangeleverd. De consequentie van de vroegtijdige levering en presentatie van cijfers over 2005 in het Jaarverslag is dat deze cijfers grotendeels een voorlopig karakter hebben en voor een deel nog niet kunnen worden gebaseerd op realisatiecijfers.

College voor zorgverzekering (CVZ)

De gegevens zoals verstrekt door het CVZ zijn gebaseerd op de gegevens van de ziekenfondsen, het Centraal Administratiekantoor (CAK) en de zorgkantoren. Voor de gegevens over de Ziekenfondswet geldt dat dit jaar de ziekenfondsen voor het indienen van het Financieel Verslag 2005 en de Jaarstaten 2005 uitstel hebben gekregen tot 1 mei 2006. Dit om ziekenhuizen voldoende tijd te gunnen om tot afronding te komen van hun werkzaamheden ten behoeve van de rapportage over de DBC-registratie en facturatie (AO-IC verklaring). Voor de totstandkoming van dit Jaarverslag is de ziekenfondsen daarom gevraagd om op 1 maart een zogenaamde vierde kwartaalrapportage met de (voorlopige) realisatie 2005 te verstrekken. Alle ziekenfondsen hebben deze rapportage uitgebracht.

In de thematische voortgangsrapportage over DBC's van november 2004 (bijlage bij TK, vergaderjaar 2004–2005, 29 248, nr. 10) is reeds ingegaan op de technische verandering (als gevolg van de introductie van de DBC's) in de wijze waarop de ziekenfondsen (en particuliere schadeverzekeraars) de schadelast met betrekking tot ziekenhuiszorg en medisch specialistische hulp in hun administratie moeten verantwoorden. Gevolg van deze wijziging is onder andere dat verzekeraars bij de bepaling van de omvang van de schadelast ook de DBC's moeten betrekken die over de jaargrens 2005/2006 heengaan. Voor het bepalen van de hieraan verbonden schadelast ontbreken naar ons oordeel op dit moment voldoende (ervarings-)gegevens en daardoor is de raming van de omvang ervan in de vierde kwartaalrapportage naar ons oordeel met de nodige onzekerheden omgeven. In dit Jaarverslag is voor zover het gaat om de financieringsgegevens daarom geen gebruik gemaakt van deze voorlopige gegevens van het CVZ over schadelast met betrekking tot de ziekenhuizen en de medisch specialisten. Voor dit Jaarverslag is ervan uitgegaan dat de geraamde uitgaven (op basis van de informatie van het CTG) volledig tot financiering zullen komen (incl. inhaal financieringsachterstand) en de geraamde eenmalige technische mutatie in de schadelast als gevolg van de introductie van de DBC's zich overeenkomstig de raming heeft ontwikkeld. Ook de uitgaven voor wat betreft het B-deel van de DBC's zijn gebaseerd op CTG-informatie. In mei ontvangt het CVZ de jaarrekeningen van de ziekenfondsen. Op basis van de bij die jaarrekeningen gevoegde informatie zal in de begroting 2007 het financieringsbeeld 2005 worden geactualiseerd.

Ook ten aanzien van de no-claim geldt dat de vierde kwartaalrapportage van de ziekenfondsen naar ons oordeel geen goed beeld geeft. Voor de no-claim is daarom eveneens uitgegaan van de raming in de begroting. De financieringscijfers van het CVZ over de AWBZ zijn evenals voorgaande jaren voornamelijk gebaseerd op de bevoorschotting door het CAK. Een klein deel van de cijfers is gebaseerd op de rapportages van de zorgkantoren. Hierbij is sprake van een volledige levering.

VEKTIS

De gegevens over de schadelast van de particulier verzekerden in het 2e compartiment zijn voor een beperkt aantal sectoren gebaseerd op het Statistiek Informatiesysteem (STAT) van Vektis. Hiervoor is uitgegaan van de gegevens die in maart 2006 beschikbaar waren over 2004 en 2005. De dekking van de gegevens van VEKTIS bedraagt na twee jaar ruim 90% van het aantal verzekerden. Vektis schat de zorguitgaven bij voor ontbrekende verzekerden en uitloopschade (met name 2005).

Voor de ziekenhuizen en medisch specialisten is voor de bepaling van de schadelast uitgegaan van dezelfde aannames als bij de Ziekenfondswet. In voorgaande jaren werden deze schadegegevens gebaseerd op het model van VEKTIS, waarbij aan de hand van de in dit model opgenomen declaraties en de historische declaratiepatronen een redelijk betrouwbare schatting kon worden gemaakt van de schade in deze sectoren. Dit model is voor de schadelast ziekenhuizen en medisch specialisten niet bruikbaar meer als gevolg van de invoering van DBC's. VEKTIS heeft gemeld dat er nog onvoldoende ervaringsgegevens over het declaratiepatroon zijn om het model aan te passen.

Voor de overige sectoren wordt de ontwikkeling van de schadelast van de particulier verzekerden in het 2e compartiment 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 doorgegeven.

College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio)

In de tabellen met de zorguitgaven in de beleidsartikelen 21 tot en met 27 zijn de budgetgegevens van het CTG/ZAio opgenomen. Deze budgetgegevens geven voor de gebudgetteerde sectoren, zoals voor de ziekenhuizen en verpleeghuizen, een verklaring voor het niveau van de schadelast.

De budgetten zijn onder meer gebaseerd op de productieafspraken die de zorgaanbieders hebben gemaakt met de zorgverzekeraars. De budgetten zijn nog voorlopig. De door het CTG/ZAio geleverde cijfers zijn door VWS voorzien van een analyse van de budgetmutaties tussen 2004 en 2005. Naast de budgetten heeft het CTG/ZAio in maart 2006 gegevens geleverd over de gerealiseerde productie 2003 en 2004, aangevuld met de productieafspraken 2005.

De budgetgegevens voor de curatieve zorg zijn gecorrigeerd voor het niveau van de kapitaallasten omdat de kapitaallasten curatieve zorg over de afgelopen jaren nog niet door het CTG/ZAio zijn nagecalculeerd. Voor de AWBZ-sectoren is de nacalculatie tot en met het jaar 2003 afgerond. De jaren 2004 en 2005 zijn daarom ook voor de AWBZ-sectoren mede gebaseerd op de verleende vergunningen voor uitbreidings- en instandhoudingsbouw.

Bijlage 2: Bevindingen Algemene Rekenkamer 2004

Bevindingen	Conclusie	Aanbeveling	Stand van zaken Ultimo 2005
Ook in 2004 zijn er onrechtmatigheden in het subsidiebeheer, omdat de subsidievoorwaarden onvoldoende worden nageleefd. Complexe regelgeving en ingesleten werkwijzen leiden tot fouten en onzekerheden.	Er is nog sprake van een ernstige onvolkomenheid. Ondanks inspanningen om het beheer te verbeteren en de eerste aanzet om het beleid te vereenvoudigen, blijkt dat er veel tijd nodig is om de tekortkomingen weg te nemen. De Algemene Rekenkamer heeft op 8 april 2005 bezwaar gemaakt tegen deze ernstige onvolkomenheid.	Maatregelen voor een betere transparantie van de besluitvorming en betere dossiervorming zijn nodig. Daarnaast zijn structurele maatregelen vereist, zoals het ontwerpen van goede wetgeving en een adequaat (toegepast) sanctiebeleid. De Algemene Rekenkamer dringt aan op een plan van aanpak met een tijdpad.	Er is een plan van aanpak subsidiebeheer uitgewerkt met aandacht voor uitwerking van beleid, herziening kaderwet en regelgeving, verbetering uitvoeringsproces en het vergroten van de expertise. De voorgenomen verbeteracties zullen in 2006 tot resultaat leiden, zodat in 2007 de effecten meetbaar zijn. Op basis van dit plan van aanpak en de daarin vervatte toezeggingen heeft de Algemene Rekenkamer haar bezwaar opgeheven.
De Wet op de jeugdhulpverlening biedt onvoldoende waarborgen om de volledigheid van de ouderbijdragen te kunnen vaststellen.	Een onvolkomenheid in de ouderbijdragen voor de jeugdhulpverlening. De volledigheid van de ouderbijdragen is onzeker. Met de invoering van de Wet op de jeugdzorg op 1 januari 2005 zal de onzekerheid over de volledigheid van de ouderbijdragen weggenomen worden.		De Wet op de jeugdzorg is in 2005 ingevoerd. Door het vervallen van de Wet op de Jeugdhulpverlening is de onvolkomenheid weggenomen.
De Tijdelijke regeling vroegsignalering bood onvoldoende controlemogelijkheden. In 2004 is aferekend. De minister heeft van zijn discretionaire bevoegdheid gebruik gemaakt om het niet naleven van alle subsidievoorwaarden goed te keuren.	Een onvolkomenheid in de Tijdelijke regeling vroegsignalering.	Aandacht geven aan de kwaliteit van nieuwe regelgeving.	In overleg met de Algemene Rekenkamer is aanpak gekozen om afrekening rechtmatig te laten verlopen.
Departementsbreed moet het Voorschrift Informatiebeveiliging Rijksdienst en de Wet bescherming persoonsgegevens nog uitgewerkt en ingevoerd worden.	Een onvolkomenheid in de informatiebeveiliging.	Het maken van een plan van aanpak met een tijdpad, zodat op korte termijn de implementatie van informatiebeveiligingsplannen is gerealiseerd.	In juli 2005 heeft de minister een stappenplan met tijdpad aan de Algemene rekenkamer doen toekomen om het VIR en de Wet bescherming persoonsgegevens verder in te voeren. Uitvoering stappenplan ligt op schema.
De ordelijkheid van de financiële processen laat te wensen over. Er is slechts een deel van de garantieadministratie gecontroleerd.	Een onvolkomenheid in de administraties.	Zorgvuldiger werken en meer aandacht voor het naleven van de procedures.	Verbeteracties zijn reeds in gang gezet; de bedrijfsvoering heeft de voortdurende aandacht van het departement. Verder is gewerkt aan het actualiseren en optimaliseren van de beschrijvingen van departementsbrede processen. Het Audit Committee wordt over de voortgang van de verbeteracties geïnformeerd.

Bevindingen	Conclusie	Aanbeveling	Stand van zaken Ultimo 2005
<p>Bij het agentschap RIVM zijn betrouwbare tussentijdse cijfers om tijdig informatie te kunnen verschaffen over de financiële positie en de mogelijke financiële risico's, zijn niet altijd beschikbaar.</p>		<p>De administratie van de projecten beter en sneller bijwerken.</p>	<p>Naar aanleiding van het verantwoordingstraject 2004 is het verbeterplan financieel beheer van RIVM geactualiseerd. Medio 2005 is een halfjaarafsluiting uitgevoerd, om resterende aandachtspunten voor de controle en verantwoording vroegtijdig op het spoor te komen. RIVM heeft in overleg met AD en FEZ een draaiboek voor het verantwoordingstraject 2005 opgesteld.</p>
<p>De dossiervorming bij het proces van totstandkoming van het jaarverslag is niet in alle gevallen volledig.</p>		<p>Alert zijn op het door het jaar heen, ordelijk verzamelen van informatie die van belang is voor de verantwoording.</p>	<p>Er is meer aandacht voor dossiervorming. In de jaarverslagcirculaire is een handreiking dossiervorming opgenomen.</p>
<p>Het verwezenlijken van een geheel VBTB-conforme begroting en jaarverslag is een aandachtspunt.</p>		<p>De specificatie (in indicatoren en streefwaarden) van de beoogde beleidseffecten en de te leveren prestaties in begroting verbeteren. Daarbij is het van belang aan te geven wat de verantwoordelijkheid is van de minister en wat van anderen, zoals actoren uit de premiesector.</p>	<p>Medio 2005 is gestart met het project Begroting Nieuwe Stijl (BNS). Doel van dit project is om m.i.v. de begroting 2007 een toegankelijke en resultaatgerichte begroting te presenteren die aansluit bij de ministeriele verantwoordelijkheid. Prioriteit ligt bij het (beter) formuleren van de algemene en operationele doelstellingen en het ontwerp en beter gebruik van prestatie-indicatoren.</p>

Bijlage 3: Publicatieplicht op grond van de Wet openbaarmaking uit publieke middelen gefinancierde topinkomens bij het departement van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Op grond van artikel 6 van de *Wet openbaarmaking uit publieke middelen gefinancierde topinkomens* (Stb. 2006, 95) dient elk departement via het departementaal jaarverslag een overzicht op te nemen van medewerkers die in het verslagjaar meer verdiend hebben dan het gemiddelde belastbare jaarloon van een minister. Dit gemiddelde belastbare jaarloon is voor 2005 vastgesteld op € 158.000 (zie de Mededeling van de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties van 28 februari 2006 in de Staatscourant van 14 maart 2006 (*Stcrt. 2006, 52, blz. 9*). Voor dit departement heeft de publicatieplicht betrekking op de navolgende functionarissen.

Bedragen in euro's.									
Functie	Belastbaar jaarloon 2004	Pensioenbijdrage werkgever 2004	Totaal 2004	Belastbaar jaarloon 2005	Pensioenbijdrage werkgever 2005	Ontslagvergoeding	Totaal 2005	Motivatie	Opmerkingen
Secretaris-generaal	149 314	25 063	174 377	149 793	28 148		177 941	40-urige werkweek arbeidsmarkttoelage	
Inspecteur-generaal	151 475	25 416	176 891	157 194	28 545		185 739	38-urige werkweek prestatiebeloning	
Onderzoeken RIVM/medisch specialist	136 330	22 981	159 311	151 294	28 575		179 869	40-urige werkweek per 1-1-2005 arbeidsmarkttoelage	

Het overzicht bestaat uit door het Ministerie van BZK op basis van de criteria van de «Wet openbaarmaking uit publieke middelen gefinancierde topinkomens» geselecteerde functionarissen uitgezonderd één nog lopend ontslagtraject.

Bijlage 4: ZBO's en RWT's

Overzicht realisatie van de ramingen in de begroting			
Bedragen x € 1 000			
Art.	Naam	Realisatie 2005	Raming 2005
<i>Uit begrotingsmiddelen</i>			
21	ZON	6 798	6 811
30	Fonds PGO	1 833	1 810
36	PUR	27 000	26 600
36	Commissie Oorlogsgetroffenen	614	680
36	ZBO's TTW	1 358	1 483
98	CCMO	1 156	1 026
		Realisatie 2004	Raming 2004
<i>Uit premiemiddelen</i>			
31	CBZ	13 081	12 881
31	CTG	14 869	12 054
31	CSZ	2 379	2 695
31	CTZ	7 295	7 192
31	CVZ	35 950	33 886
31	SUO	5 363*	2 646
31	Uitvoeringsorganen AWBZ	139 375	133 561
31	Ziekenfondsen	457 337	455 392

* Betreft realisatie 2003. Het traject om tot het bedrag voor 2004 te komen is nog niet afgerond.

Bijlage 5: Afkortingenlijst

ACBG	Agentschap College Beoordeling van Geneesmiddelen
AD	Audit Dienst
AFBZ	Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten
AFM	Autoriteit Financiële Markten
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AMK	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AO	algemeen overleg
AO/IC	Administratieve Organisatie en Interne Controle
AOR	Algemene Oorlogsongevallenregeling Indonesië
APV	Algemene productveiligheidsrichtlijn
A-topsporters	Topsporters op wereld- en Olympisch niveau
AVVV	Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AWIR	Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen
AZR	AWBZ-brede Zorgregistratie
BBAG	Besluit bijdrage AWBZ-gemeenten
BD	Bureau Diergeneesmiddelen
BDU SIV	Brede doeluitkering sociaal, integratie en veiligheid
BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
BIKK	Bijdrage in de kosten van kortingen
BKZ	Budgettair Kader Zorg
BMC	Bureau Medicinale Cannabis
BNS	Begroting Nieuwe Stijl
Bogin	Bond van de Generieke geneesmiddelenindustrie in Nederland
BOPZ	Wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen
BOPZIS	BOPZ-informatiesysteem
bos	buurt, onderwijs en sport
BSE	Boviene Spongiforme Encéfalopathie
bsi	breedtesportimpuls
BSL4	Bio Safety Lab, level 4
bsn	burger service nummer
BZK	Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, ministerie van -
C&V	Consument en Veiligheid, Stichting
CAK	Centraal Administratie Kantoor
CARMA	Campylobacter Risk Management and Assessment
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg
CBOG	College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CBZ	College bouw zorginstellingen
CCMO	Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek
CEG	Centrum voor Ethiek en Gezondheid
CEHAPE	Children's Environment and Health Actionplan for Europe
CENSIS	Centrale Stichting van Internaten voor Schippers- en Kermisjeugd
CEP	Centraal Economisch Plan
Cib	Centrum Infectieziektebestrijding
CIBG	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg, agentschap -
CIPI	Code Indeling Prestatie-Indicator
CIVIQ	Civil society Instituut Vrijwillige Inzet Quality

CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
Cogis	Kenniscentrum vervolging, oorlog en geweld
CPB	College Bescherming Persoonsgegevens
CSZ	Curatieve Somatische Zorg
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CTZ	College toezicht zorgverzekeringen
CVZ	College voor zorgverzekeringen
dbc	diagnose-behandelcombinatie
DJJ	Directie Justitieel Jeugdbeleid
DKTP-hib	Difterie, Kinkhoest, Tetanus en Polio, haemophilus influenzae type b
DNB	De Nederlandsche Bank
DNB/AFM	De Nederlandse Bank/Autoriteit Financiële Markten
DoCoNed	Doping Controle Nederland
EG	Europese Gemeenschap
EMD	elektronisch medicatiedossier
EMA	European Medicines Evaluation Agency (Europees Bureau voor de geneesmiddelenbeoordeling)
Erfo-centrum	Nationale Kennis- en Voorlichtingscentrum Erfelijkheid
ESB	Economisch Statistische Berichten
EU	Europese Unie
fb	functiegerichte budgettering
FBG	Forum Biotechnologie & Genetica
FES	Fonds Economische Structuurversterking
FPU	Flexibel Pensioen en Uittreding
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGD-NL	Gemeentelijke Gezondheidsdienst-Nederland
ggo	genetisch gemodificeerde organismen
ggz	geestelijke gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
GR	Gezondheidsraad
gsb	grotestedenbeleid
GSR	Grootstedelijke regio's
HIP	Hulp en Informatiepunt toeslagenregelingen huur en zorg
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
HR	Human Resource
HRM	Human Resources Management
HVRC	Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie
I&A-wet	Invoerings- en Aanpassingswet
IB	Inkomstenbelasting
IBO	Interdepartementaal Beleidsonderzoek
ICES/KIS	Interdepartementale Commissie voor Economische Structuurversterking/Kennisinfrastructuur
ICODO	Informatie- en Coördinatieorgaan Dienstverlening Oorlogsgetroffenen
ict	informatie- en communicatietechnologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IHC	Indisch Herinneringscentrum
IHR	Internationale Gezondheidsregeling
IJZ	Inspectie Jeugdzorg
ILC	IBMLogicaCMG
ILO	Internationale Arbeidsorganisatie
IPO	Interprovinciaal Overleg
IZA	Intramurale Zorgarrangementen
jgz	jeugdgezondheidszorg

jjj	justitiële jeugdinstellingen
Jong	Jeugdbeleid Overheid Nu Gezamenlijk, operatie -
KB	Koninklijk Besluit
kdc	kinderdagcentrum
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
LADIS	Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem
LAK	Landelijk Actieprogramma Kwaliteit, Innovatie en Doelmatigheid
LCIG	Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LMAZ	Landelijke Meldkamer Ambulancezorg
LNV	Landbouw, Natuurbeheer en Voedselkwaliteit, ministerie van -
LSP	Landelijk schakelpunt
lvj	licht verstandelijk gehandicapten
mbo	middelbaar beroepsonderwijs
MEV	Macro Economische Verkenning
MOBG	Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg
MOgroep	Maatschappelijk Ondernemers Groep
MOOZ	Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziektefondszekerden
MSRC	Medisch Specialisten Registratie Commissie
MvF	Ministerie van Financiën
NADO	Nationale Anti-Doping Organisatie
NeCoDo	Nederlands Centrum voor Dopingvraagstukken
NEN	Nederlands Normalisatie-instituut
NIGZ	Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NJN	Najaarsnota
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NOC*NSF	Nederlands Olympisch Comité*Nederlandse Sport Federatie
NP	nurse practitioner
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NPCG	Nationaal Panel Chronisch Ziekten en Gehandicaptent
NPK	Nationaal Programma Kankerbestrijding
NPN	Netwerk Psychotraumahulpverlening Nederland
NVI	Nederlands Vaccin Instituut
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OB/AB	Ondersteunende en Activerende Begeleiding
OBiN	Ongevallen en Bewegen in Nederland
OC-EC	Ontwikkel- en Expertisecentrum
OCW	Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, ministerie van -
P&K	Psychiater en Kwaliteit, project -
PA/NP	physician assistant/nurse practitioner
pgb	persoonsgebonden budget
PGO	Patiënten Gehandicaptent en Ouderen, fonds

pkb	persoonlijk kilometerbudget
PMTO	Parent Management Training Oregon Model
PPCZ	Patiënten Panel Chronisch Zieken
PREZIES	PREventie van ZIEkenhuisinfecties door Surveillance
PSHOR	Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
PUR	Pensioen- en Uitkeringsraad
REACH	Registration, Evaluation and Autorisation of Chemicals
RGF	Regionaal Geneeskundig Functionaris
RGO	Raad voor Gezondheidsonderzoek
RGV	Richtlijnen Goede Voeding
rhb	rijkshoofdboekhouding
RIC	RijksInformatieCentrum
RIO	Regionale Indicatieorgaan
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RMO	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
ros	regionaal ondersteuningsstructuur
RUG	Rijksuniversiteit van Groningen
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
SBVz	Sectorale Berichten Voorziening in de Zorg
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
seh	spoedeisende hulp
SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen
SIP	standaard indicatieprotocol
Soa	seksueel overdraagbare aandoeningen
SSC	Shared Service Center
SSILG	Stimuleringsregeling Sociale Infrastructuur Landelijk GebiedStb. Staatsblad
Stivoro	Stichting Volksgezondheid en Roken
STP	Scholings- en trainingsprogramma
STT	Stichting Toekomstbeeld der Techniek
SUO	Stichting uitvoering omslagregelingen
SVB	Sociale Verzekeringsbank
SVM	Stichting tot bevordering van de Volksgezondheid en Milieuhygiëne
SW	Suppletore Wet
SZW	Sociale Zaken en Werkgelegenheid, ministerie van -
Tbu	Tegemoetkoming buitengewone uitgaven
T/E	testosteron-epitestosteron
thc	tetrahydrocannabinol
TK	Tweede Kamer
TNO	Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
TNO-NIPO	Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek-Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie
TNS/NIPO	Taylor Nelson Sofres/Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie
TNT	Thomas Nationwide Transport
TRIP	St. Transfusie Reacties in Patiënten
TTW	Tegoeden Tweede Wereldoorlog
UZI	Unieke Zorgverlener Identificatienummer
UZOVI	Uniek Zorgverzekeraars Identificatie
V&V	Verpleging en Verzorging, sector -
V&W	Verkeer en Waterstaat, ministerie van -

VBOC	Verpleegkundig Beroepen en OpleidingsContinuüm
VBTB	Van Beleidsbegroting naar Beleidsverantwoording
vcp	voedselconsumptiepeiling
VEKTIS	Informatie & standaardisatie voor zorgverzekeraars
VIR	Voorschrift Informatiebeveiliging Rijksdienst
VJN	Voorjaarsnota
vmbo	voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VROM	Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, ministerie van -
VS	Verenigde Staten
VWA	Voedsel en Waren Autoriteit
VWS	Volksgesondheid, Welzijn en Sport, ministerie van -
WADA	World Anti Doping Agency
WAZ	Wet op de ambulancezorg
WBMV	Wet bijzondere medische verrichtingen
WBO	Wet Bevolkingsonderzoek
WBO	Wet op de bejaardenoorden
Wbp	Wet buitengewoon pensioen 1940–1945
WCPV	Wet collectieve preventie volksgezondheid
WDH	waarneemdossier huisartsen
WGBH/CZ	Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte
WGP	Wet geneesmiddelenprijzen
WHO	Wereldgezondheidsorganisatie
WIA	Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen
WILL	Welzijn Informatie Landelijk en Lokaal
WJZ	Wet op de jeugdzorg
WKCZ	Wet klachtrecht cliënten zorgsector
WMCZ	Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
wo	wereldoorlog
WOG	Wet op de geneesmiddelenvoorziening
WTF	War Trauma Foundation
WTZ	Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
Wubo	Wet uitkeringen burger-oorlogsslachtoffers 1940–1945
Wuv	Wet uitkeringen vervolgingslachtoffers 1940–1945
Wvg	Wet voorzieningen gehandicapten
Wzt	Wet op de zorgtoeslag
WZV	Wet ziekenhuisvoorzieningen
ZAio	Zorgautoriteit in oprichting
zbo	zelfstandig bestuursorgaan
Zfw	Ziekenfondswet
zin	Zorg in natura
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZON	Zorg Onderzoek Nederland
ZonMw	Zorg Onderzoek Nederland en Medische Wetenschappen
Z-org	organisatie van zorgondernemers
Zorgis	zorginformatiesysteem
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket

Bijlage 6: Trefwoordenregister

Acute zorgverlening 43, 49
Administratieve lasten 24, 30, 52, 72, 75, 76, 77, 93, 101, 106, 114, 138, 166
Alcohol 14, 27, 33, 67, 68, 211
Ambulance 43, 44, 49, 211, 213
Arbeidsmarkt 5, 56, 63, 79, 88, 89, 97, 99, 160, 161, 165, 171
Arbeidsproductiviteit 97, 98
AWBZ 5, 14, 15, 19, 20, 21, 25, 34, 35, 43, 52, 61, 62, 65, 69, 71, 72, 73, 74, 76, 82, 84, 85, 87, 90, 91, 96, 103, 104, 105, 112, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 122, 123, 161, 171, 175, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 199, 200, 203, 204, 208, 209
Benchmark 17, 43, 53, 79, 98, 135
Betaalbaarheid 106, 153, 169
Bewegen 24, 32, 33, 134, 136, 138, 156, 211
Biotechnologie 56, 59, 210
BKZ 11, 12, 103, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 203, 209
Bloedvoorziening 60
BOS 134, 136, 137
Breedtesport 137, 209
BSE 39, 40, 209
BSN 107, 108
Bureaucratie 23, 24, 74
Care 18, 65, 67, 79, 84, 85, 90, 98, 100, 158, 192
Chronisch 23, 28, 29, 34, 48, 83, 84, 138, 162, 211, 212, 213
Consumenten 16, 22, 28, 29, 39, 41, 42, 116, 178, 211
Convenant 14, 21, 22, 27, 37, 43, 50, 55, 57, 58, 71, 99, 104, 119, 158, 194, 195, 196
Cure 52, 61, 65, 98
DBC 24, 25, 43, 51, 52, 53, 61, 62, 64, 65, 66, 113, 120, 202, 203, 204
Diabetes 14, 15, 27, 28, 34, 100
Drugs 14, 61, 64, 67, 68, 211
Eerstelijnszorg 17, 25, 44, 47, 48, 159
Ethiek 100, 111, 161, 209
Ethisch 101, 102, 111, 161
Fraude 113, 116, 117, 119, 120
Geestelijke gezondheidszorg 5, 52, 61, 62, 65, 66, 71, 105, 113, 125, 193, 196, 198, 199, 210
Gehandicapten 5, 73, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 91, 93, 94, 95, 96, 100, 101, 105, 133, 135, 162, 171, 193, 196, 198, 199, 211, 213
Gelijke behandeling 78, 83, 117, 213
Geneesmiddelen 5, 21, 23, 52, 55, 56, 57, 58, 59, 107, 149, 171, 172, 179, 180, 193, 194, 195, 196, 209, 210, 213
Gezondheidsraad 33, 39, 40, 59, 156, 157, 159, 161, 162, 210
GGZ 19, 22, 25, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 71, 76, 105, 146, 195
Grotestedenbeleid 27, 37, 68, 210
GR 40, 59, 161, 162, 166, 210
GSB 68
Handhaving 29, 32, 33, 41, 148, 149
Handicap 78, 79, 83, 85, 93, 213
Homo-emancipatiebeleid 131
Homo-emancipatie 132
Huisarts 14, 17, 27, 33, 43, 45, 47, 48, 49, 53, 100, 102, 103, 107, 109, 110, 165, 210, 211, 212, 213
ICT 24, 62, 64, 68, 102, 106, 107, 132, 135, 169, 195
Indicatieorgaan 74, 212

Indicatiestelling 20, 25, 61, 71, 73, 74, 77, 81, 85, 88, 96, 124, 146, 210, 211
 Infectieziekten 22, 25, 28, 29, 30, 35, 158, 159, 178
 Informatie 5, 7, 11, 12, 13, 17, 22, 32, 39, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 64, 65, 66, 67, 68, 78, 84, 86, 99, 100, 101, 102, 105, 106, 107, 108, 110, 111, 116, 117, 124, 126, 127, 129, 130, 131, 132, 135, 144, 148, 149, 150, 157, 162, 166, 167, 169, 171, 172, 178, 182, 183, 191, 192, 202, 203, 204, 205, 206, 209, 210, 211, 212, 213
 Innovatie 13, 17, 18, 21, 48, 58, 79, 86, 93, 97, 98, 108, 139, 195, 211
 Inspectie Gezondheidszorg 19, 146, 147
 Inspectie Jeugdzorg 125, 146, 147, 151, 210
 Inspectie 5, 35, 36, 38, 43, 109, 146, 147, 148, 150, 151, 152, 171, 210
 Integratie 39, 68, 71, 74, 138, 160, 209
 Internationale samenwerking 64, 141, 145, 156, 158
 Jeugdagenda 23, 124
 Jeugdgezondheidszorg 29, 30, 36, 70, 167, 210
 Jeugdzorg 6, 22, 23, 25, 78, 81, 124, 125, 126, 127, 135, 146, 151, 152, 175, 177, 205, 213
 Jong 14, 15, 20, 23, 27, 33, 41, 42, 66, 85, 122, 124, 125, 128, 129, 130, 133, 134, 138, 153, 154
 Keuzemogelijkheden 15, 71, 76, 92, 105
 Kindermishandeling 22, 25, 125, 146, 209
 Kwaliteit 5, 11, 12, 13, 16, 17, 19, 27, 29, 30, 36, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 48, 52, 54, 58, 59, 60, 61, 66, 68, 69, 73, 74, 78, 79, 86, 87, 88, 93, 100, 104, 105, 106, 107, 108, 120, 124, 125, 131, 132, 135, 138, 146, 148, 150, 151, 152, 169, 171, 180, 205, 209, 210, 211
 Letsel Informatie Systeem 41
 Lokaal 5, 32, 33, 35, 37, 62, 124, 125, 129, 131, 132, 171, 213
 Maatschappelijk werk 144, 170
 Maatschappelijke opvang 5, 61, 62, 68, 69, 168, 171, 193, 195, 196
 Mantelzorg 73, 75, 92, 93
 Marktwerking 16, 52
 Medisch specialisten 52, 110, 195, 196, 203, 204
 Modernisering 23, 30, 48, 71, 101, 102, 109, 110, 175, 178, 211
 No-claim 15, 113, 118, 119, 164, 165, 195, 204
 Onderhandelingsruimte 16, 18
 Oorlogsgetroffenen 5, 141, 142, 143, 144, 171, 208, 210
 Operatie Jong 6, 23, 25, 37, 79, 81, 124
 Opleiding 5, 22, 23, 25, 37, 92, 100, 102, 103, 109, 110, 111, 132, 136, 138, 171, 209, 211, 212, 213
 Orgaan 24, 25, 52, 53, 56, 59, 65, 66, 68, 69, 71, 79, 83, 88, 95, 100, 101, 102, 106, 111, 118, 119, 127, 141, 144, 156, 165, 166, 168, 176, 177, 197, 201, 204, 210, 213
 Ouderenbeleid 87, 88, 92, 94
 Overbruggingszorg 83
 Overgewicht 14, 27, 32, 37, 150
 Pakketmaatregelen 57
 Palliatieve zorg 25, 44
 Participatie 20, 83, 84, 94, 95, 96, 111, 124, 128, 131, 134, 152, 160
 Persoonsgebonden 75, 211
 PGB 20, 72, 73, 114, 115, 165, 194, 195
 Premiemiddelen 28, 62, 66, 68, 101, 208
 Preventie 5, 13, 14, 18, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 41, 42, 61, 62, 64, 66, 68, 69, 70, 86, 100, 124, 129, 140, 161, 167, 168, 171, 177, 193, 196, 211, 213
 Productveiligheid 28, 29, 41, 178, 209
 Projectsubsidies 13
 Raad voor Gezondheidsonderzoek 79, 156, 162, 212

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling 156, 160, 212
Raad voor Volksgezondheid en Zorg 161
Rampen 28, 29, 36, 38, 49, 161, 210, 212
Regionaal 38, 43, 49, 78, 79, 93, 95, 96, 212
RGO 79, 162, 212
Risicogroepen 70
RMO 160, 161, 212
Roken 14, 22, 27, 28, 32, 40, 43, 44, 46, 57, 68, 69, 92, 99, 127, 129, 166, 169, 212
RVZ 70, 161, 212
Schippersinternaten 128, 146
SCP 84, 156, 159, 160, 212
Sneller Beter 17, 25, 43, 44, 53, 54, 66, 98, 100, 108, 109
Sociaal en Cultureel Planbureau 156, 159
Sportnota 24
Sport 5, 6, 7, 8, 13, 24, 32, 129, 134, 136, 137, 138, 139, 140, 171, 172, 174, 178, 209, 211, 212, 213
Stelselherziening 19, 22, 113
STIVORO 33
Subsidiebeleid 13, 94, 105, 145, 164, 166
Technologie 5, 55, 56, 84, 107, 108, 161, 171, 183, 193, 196, 210
Tegemoetkoming buitengewone uitgaven 153, 167, 212
Thuiszorg 18, 36, 73, 89, 91, 93, 105
Tijd voor sport 24, 136
Toegankelijkheid 28, 29, 30, 36, 58, 59, 85, 87, 106, 124, 128, 138, 153, 169, 177
Topsport 24, 136, 137, 139, 209
Transplantaten 55, 56, 59, 193, 196
Tweede lijn 50, 52, 66
Tweede Wereldoorlog 141, 212
Vaccinatie 22, 35, 157, 161, 212
Veilig vrijen 32, 33, 35
Veiligheid 5, 17, 23, 38, 41, 45, 49, 52, 54, 59, 66, 68, 86, 93, 100, 107, 109, 146, 148, 162, 171, 209
Verantwoordelijkheid 14, 15, 18, 21, 38, 41, 58, 66, 69, 102, 104, 131, 133, 160, 206
Vergrijzing 41, 92, 94
Verpleging 5, 18, 73, 87, 89, 90, 91, 93, 171, 193, 196, 212
Verslavingszorg 5, 61, 62, 66, 67, 68, 159, 168, 171, 193, 196
Vervoer 21, 84, 95, 96, 165
Verzekeringstelsel 115, 117
Verzorging 5, 18, 19, 20, 67, 71, 73, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 105, 119, 144, 160, 171, 193, 196, 198, 199, 212
Voeding 14, 32, 33, 39, 86, 93, 125, 129, 134, 156, 159, 161, 212
Voedselveiligheid 32, 39, 41
Voorlichtingscampagne 14, 15, 28, 35
Voorzitter 156
Voorzitterschap 158
Vraagsturing 77
Vrijwilligerswerk 128, 130, 131, 133, 134
Vrouwenopvang 61, 62, 68, 69, 177
Waarborgen 55, 125, 142, 205
Wachtlijst 20, 22, 51, 52, 74, 75, 82, 83, 85, 90, 91, 124, 126, 127
Wachttijd 51, 52, 82, 91, 126
Weefsel 24, 25, 55
WMO 19, 22, 25, 36, 37, 78, 85, 87, 88, 118, 119, 160, 161, 213
Zelfzorggeneesmiddelen 23

Ziekenhuizen 16, 17, 20, 21, 22, 35, 41, 43, 44, 46, 47, 50, 51, 52, 54, 58, 59, 69, 73, 93, 100, 104, 105, 108, 110, 120, 192, 195, 196, 198, 199, 203, 204, 209
Ziekteverzuim 41
Zorgaanbieder 6, 11, 14, 16, 17, 18, 21, 43, 49, 71, 73, 74, 76, 83, 104, 105, 116, 117, 127, 146, 204
Zorgbalans 106, 168, 169
Zorgconsument 14, 15, 21
Zorgkantoor 74, 91, 118, 119, 195
Zorgtoeslag 12, 16, 112, 115, 116, 117, 153, 154, 155, 167, 174, 213
Zorguitgaven 6, 11, 12, 20, 21, 50, 191, 194, 196, 199, 200, 203, 204
Zorgverzekeraars 6, 11, 14, 15, 16, 18, 21, 34, 43, 48, 58, 65, 76, 104, 105, 107, 113, 116, 117, 118, 120, 204, 212, 213
Zorgverzekeringen 5, 11, 34, 35, 53, 75, 76, 81, 82, 91, 104, 112, 114, 117, 118, 119, 171, 193, 196, 210
Zorgverzekeringwet 6, 14, 15, 19, 22, 25, 61, 62, 65, 75, 101, 104, 105, 112, 113, 115, 116, 117, 119, 153, 164, 213