

Vergaderjaar 2009–2010

32 123 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2010

Nr. 2

MEMORIE VAN TOELICHTING

Inhoudsopgave	blz.
A. ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING BIJ HET BEGROTINGS-VOORSTEL	2
Leeswijzer	4
B. DE BEGROTINGSTOELICHTING	11
Beleidsagenda 2010	11
Artikel 41 Volksgezondheid	38
Artikel 42 Gezondheidszorg	61
Artikel 43 Langdurige zorg	86
Artikel 44 Maatschappelijke ondersteuning	106
Artikel 46 Sport	125
Artikel 47 Oorlogsgetroffenen en Herinnering Wereldoorlog II	138
Niet-beleidsartikel 98 Algemeen	147
Niet-beleidsartikel 99 Nominaal en onvoorzien	156
Baten-lasten diensten	157
Bedrijfsvoeringsparagraaf	171
Financieel beeld zorg	173
Verdiepingshoofdstuk	190
Inzicht in de AWBZ	212
ZBO's en RWT's	219
Moties	220
Toezeggingen	223
Afkortingenlijst	227
Trefwoordenregister	233

A. ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING BIJ HET BEGROTINGS-VOORSTEL

Wetsartikel 1 (begrotingsstaat ministerie)

De begrotingsstaten die onderdeel uitmaken van de Rijksbegroting, worden op grond van artikel 1, derde lid, van de Comptabiliteitswet 2001 elk afzonderlijk bij de wet vastgesteld. Het onderhavige wetsvoorstel strekt ertoe om de begrotingsstaat van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het jaar 2010 vast te stellen.

Alle voor dit jaar vastgestelde begrotingswetten tezamen vormen de Rijksbegroting voor het jaar 2010. Een toelichting bij de Rijksbegroting als geheel is opgenomen in de Miljoenennota 2010.

Met de vaststelling van dit wetsartikel worden de uitgaven, verplichtingen en de ontvangsten voor het jaar 2010 vastgesteld. De in de begroting opgenomen begrotingsartikelen worden in onderdeel B van deze memorie van toelichting toegelicht (de zgn. begrotingstoelichting).

Wetsartikel 2 (begrotingsstaat baten-lastendiensten)

Onder het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ressorteren de volgende diensten die een baten-lastenstelsel voeren: het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg, het Nederlands Vaccin Instituut, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu en de Rijksinstellingen voor gesloten jeugdzorg Den Engh en De Lindenhorst.

Met de vaststelling van dit wetsartikel worden de baten en lasten en de kapitaaluitgaven en -ontvangsten van de baten-lastendiensten het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg, het Nederlands Vaccin Instituut, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu en de Rijksinstellingen voor gesloten jeugdzorg Den Engh en De Lindenhorst voor het jaar 2010 vastgesteld. De in die begrotingen opgenomen begrotingsartikelen worden toegelicht in onderdeel B (begrotingstoelichting) van deze memorie van toelichting en wel in de paragraaf inzake de diensten die een baten-lastenstelsel voeren.

Wetsartikel 4

Na een overleg met de Tweede Kamer aan de hand van de brief van de minister van Financiën van 20 december 2007 (kamerstuk 31 031, nr. 19) is besloten tot een experiment ter verbetering van de (politieke) verantwoording aan de hand van de begrotingen en de jaarverslagen van de ministeries van Buitenlandse Zaken, Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, Wonen, Wijken en Integratie, Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit, Jeugd en Gezin en Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het experiment zal worden geëvalueerd in 2010. Ten behoeve van het experiment is het noodzakelijk af te wijken van een aantal bepalingen van de Comptabiliteitswet 2001 met betrekking tot de inrichting van de departementale begroting en het departementale jaarverslag. Het onderhavige wetsartikel regelt die afwijking voor de begroting 2010, inclusief voor de suppletore begrotingen 2010, van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het betreft de artikelen 5 en 14 van de Comptabiliteitswet 2001.

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

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

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink

Leeswijzer

1. Inleiding

Voor u ligt de *Begroting 2010* van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Deze begroting bestaat uit de volgende onderdelen:

1. Beleidsagenda;
2. Beleidsartikelen en de niet-beleidsartikelen;
3. Diensten die een baten-lastenadministratie voeren;
4. Bedrijfsvoeringsparagraaf;
5. Diverse bijlagen, waaronder het Financieel Beeld Zorg en het Verdiepingshoofdstuk.

De indeling van de begroting 2010 komt grotendeels overeen met die van 2009. De beleidsagenda geeft kort de beleidsprioriteiten voor 2010 weer. Deze prioriteiten worden verder uitgewerkt in de zogenoemde beleidsartikelen.

Behalve beleidsartikelen bevat deze begroting ook zogenoemde niet-beleidsartikelen (artikel 98 en 99). Artikel 98 bevat de uitgaven die niet specifiek aan een van de beleidsartikelen zijn toe te rekenen. Het gaat daarbij om ministerie- en zorgbrede apparaatsuitgaven, zoals voor het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), de adviesraden, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de zorg-ZBO's. Daarnaast worden in artikel 98 de uitgaven aan internationale samenwerking en de uitgaven aan het strategisch onderzoek van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het Nederlands Vaccin Instituut (NVI) verantwoord. Artikel 99 ten slotte is een technisch-administratief artikel.

2. Experiment Verbetering en vereenvoudiging begroting en verantwoording

VWS doet samen met LNV, BuiZa, VROM, WWI en Jeugd en Gezin mee aan het experiment Verbetering en vereenvoudiging begroting en verantwoording. Het experiment is gepresenteerd door de minister van Financiën in zijn brief van 20 december 2007. Tijdens een Algemeen Overleg op 6 februari 2008 ging u akkoord met de voorstellen. Het gevolg van deelname aan het experiment is dat in de beleidsagenda de doelstellingen van het kabinet in *Samen werken samen leven* een prominente plaats hebben gekregen. De toelichting erop omvat de inzet van de overheid, in principe toetsbare doelen, de beoogde effecten en een onderbouwing van de belangrijkste in te zetten instrumenten. Hiermee wordt beoogd meer politieke focus aan te brengen. Aan het einde van de beleidsagenda is tevens een overzichtstabel opgenomen waarin per kabinetsdoelstelling wordt vermeld bij welk begrotingsartikel en operationele doelstelling de kabinetsdoelstelling terug is te vinden en wat de geraamde uitgaven zijn tot en met 2011. In de beleidsartikelen is meer aandacht besteed aan het opnemen van trendgegevens voor de prestatie-indicatoren. Onderdeel van het experiment is dat bij het jaarverslag minstens één beleidsdoorlichting naar de Kamer wordt gestuurd.

3. Verantwoordelijkheid, medebetrokkenheid en apparaatsuitgaven Jeugd en Gezin

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

Medebetrokkenheid minister voor Jeugd en Gezin:

In het constituerend beraad van 22 februari 2007 is vastgesteld dat de minister voor Jeugd en Gezin medebetrokken is bij een aantal beleids-terreinen waarvoor andere bewindspersonen primair verantwoordelijk zijn. Een en ander is vervolgens nader toegelicht (kamerstuk 31 001, nr. 3). Medebetrokkenheid betekent dat de minister voor Jeugd en Gezin door de primair verantwoordelijke bewindspersonen op deze terreinen actief geïnformeerd wordt over, en vanuit het kabinet als eerste betrokken wordt bij beleidsonderwerpen en dossiers die raken aan de verantwoordelijkheid van de minister van Jeugd en Gezin voor een integraal jeugd- en gezinsbeleid. Ook betekent het dat de minister voor Jeugd en Gezin pro-actief alle zaken aankaart bij zijn collega-bewindspersonen, en bij bovengenoemde onderwerpen in het bijzonder, die hij in het belang van de jeugd en het gezin acht.

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

Apparaatsuitgaven Jeugd en Gezin:

Met ingang van het begrotingsjaar 2008 wordt een aparte programma-begroting voor Jeugd en Gezin opgesteld. Een programmabegroting bevat geen apparaatskosten. Deze worden verantwoord op de begrotingen van de voormalige «moederdepartementen». De apparaatskosten van de directie Jeugdzorg en die van de directie Jeugd en Gezin worden daarom verantwoord in artikel 98 Algemeen onder de post Personeel en materieel kernministerie. De apparaatskosten van de Inspectie Jeugdzorg zijn onder een aparte post van datzelfde artikel opgenomen.

4. Begrotingsuitgaven en premiegefinancierde zorguitgaven

In de begroting zijn zowel begrotings- als premiegefinancierde uitgaven (hierna: premie-uitgaven) opgenomen. Beide uitgaven vallen onder de zogenoemde collectieve uitgaven. Er is een belangrijk verschil tussen beide uitgaven. Bij de *begrotings*uitgaven voert VWS zelf het beheer over de middelen die bij de begroting beschikbaar gesteld zijn. Dat wil zeggen: VWS gaat alle verplichtingen aan en heeft alle uitgaven zelf gedaan. Bij de premie-uitgaven is dat anders; hieraan liggen individuele beslissingen ten grondslag van de partijen die bij de zorg betrokken zijn: patiënten/cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

VWS is bij de premie-uitgaven verantwoordelijk voor de randvoorwaarden en de regelgeving en zien toe op de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de gezondheidszorg. De Nederlandse gezondheidszorg is in belangrijke mate een zaak van het particuliere initiatief. Daarmee wordt bedoeld dat zorg verlenen de primaire verantwoordelijkheid is van private zorgaanbieders en dat voor die zorgverlening betaald wordt binnen privaatrechtelijke verhoudingen tussen patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

VWS is bij de premie-uitgaven verantwoordelijk voor de randvoorwaarden en de regelgeving en ziet toe op de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de gezondheidszorg. De Nederlandse gezondheidszorg is in belangrijke mate een zaak van het particuliere initiatief. Daarmee wordt bedoeld dat zorg verlenen de primaire verantwoordelijkheid is van private zorgaanbieders en dat voor die zorgverlening betaald wordt binnen privaatrechtelijke verhoudingen tussen patiënten, zorgaanbieders en zorgverleners.

De premie-uitgaven maken geen deel uit van het wetslichaam en de begrotingsstaat. Deze uitgaven zijn als beleidsinformatie opgenomen in de toelichting bij de begrotingsartikelen. In de toelichting bij de artikelen 41 tot en met 44 zijn bij de beschrijving van het instrumentarium daarom de premiegerelateerde instrumenten herkenbaar gemaakt door ze te coderen met een (P). De instrumenten in de overige artikelen zijn allemaal begrotingsgerelateerd. De begrotingsuitgaven en de premie-uitgaven zijn in aparte budgettaire tabellen opgenomen.

De tabellen met zorguitgaven geven een beeld van de verwachte premie-uitgaven op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) op het beleidsdomein van het betrokken beleidsartikel. Deze premie-uitgaven zijn uitgesplitst naar de verschillende sectoren die binnen het beleidsartikel vallen. De beschikbare autonome volumegroei voor 2010 en volgende jaren is in de raming van de verschillende beleidsartikelen verwerkt. Hiermee kan onder andere de verwachte demografische groei worden opgevangen.

De bijlage bij deze begroting «Het Financieel Beeld Zorg» geeft een duidelijk beeld van de totale uitgaven en financiering van de zorg in Nederland.

De belangrijkste mutaties in de begrotingsuitgaven en premiegefinancierde zorguitgaven in het afgelopen jaar zijn vermeld in het verdiepingshoofdstuk.

5. Prestatie-indicatoren in de begroting

In de begroting 2010 is een aantal prestatie-indicatoren opgenomen. Deze zijn deels vernieuwd ten opzichte van de begroting 2009.

De motie-Douma (kamerstuk 29 949, nr. 11) spreekt uit dat de doelstellingen in de begroting zoveel mogelijk in termen van maatschappelijke effecten (*outcome*) en in daarbij passende indicatoren geformuleerd moeten worden. In de begroting zijn daarom de algemene doelstellingen van de beleidsartikelen en de operationele doelstellingen binnen die artikelen zoveel mogelijk geformuleerd in termen van maatschappelijke effecten (*outcome*). Het is echter niet mogelijk gebleken om dat bij alle doelstellingen te doen. Dat geldt ook voor de bijbehorende prestatie-indicatoren. In dat geval zijn waar mogelijk outputindicatoren opgenomen.

De indicatoren bij de doelstellingen geven, zoals gezegd, een gewenst maatschappelijk effect weer. Hierdoor hebben deze indicatoren een macrokarakter en zijn ze maar gedeeltelijk te beïnvloeden. De belangrijkste functie van de indicatoren is dat zij een positieve of negatieve trend kunnen weergeven. Een negatieve trend kan de aanleiding zijn om maatregelen te treffen. Inhoudelijk moeten de indicatoren overigens ook met enige terughoudendheid beoordeeld worden: zij geven een *indicatie* van de uitkomsten van het beleid weer.

Waar mogelijk is de realisatie van de indicatoren over 2008 opgenomen in de begroting, alsmede de tussenstreefwaarde voor 2010. Soms is het echter niet mogelijk om een (historische) trend of (toekomstige) tussenstreefwaarden op te nemen. Bijvoorbeeld omdat het jaarlijks verzamelen van de gegevens niet opweegt tegen de te maken kosten. In een aantal gevallen betekent dit dat de indicatoren één keer in de twee tot vier jaar verzameld worden. Dit is het geval als de indicator afkomstig is uit de Zorgbalans (die om de twee jaar verschijnt) of uit de VolksgezondheidsToekomst Verkenningen (die om de vier jaar verschijnt). Ook een aantal rapportages van het SCP wordt niet jaarlijks opgesteld. In deze gevallen is de frequentie waarmee de indicator wordt verzameld in de toelichting vermeld.

Comply or Explain overzicht

In onderstaande tabel wordt per artikel kort uitgelegd waarom bij enkele doelstellingen geen indicator geformuleerd is en welke aanvullende informatie gebruikt wordt om de resultaten van het beleid te kunnen volgen.

Explain tabel indicatoren	
Algemeen	
Voor veel van de operationele doelstellingen geldt dat de indicatoren slechts betrekking hebben op een deel van de instrumenten. In deze gevallen zijn de belangrijkste instrumenten wel voorzien van een prestatie-indicator.	
<i>Artikelnr.</i>	<i>Geen zinvolle en relevante indicator mogelijk want:</i>
41 Volksgezondheid	<p>Algemene doelstelling Het volksgezondheidsbeleid wordt gemeten met de indicatoren «absolute levensverwachting» en «levensverwachting in goed ervaren gezondheid». Daarnaast wordt de volksgezondheid aan de hand van de vierjaarlijkse «Volksgezondheid Toekomst Verkenningen» en de tweejaarlijkse «Zorgbalans» gemonitord. Deze rapportages van het RIVM bieden inzicht in de toestand en de toekomstige ontwikkeling van de volksgezondheid.</p>
41 Volksgezondheid	<p>Operationele doelstellingen 2 en 6 Bij de operationele doelstellingen 2 en 6 zijn geen prestatie-indicatoren opgenomen. Reden hiervoor is dat de resultaten van de betreffende beleidsterreinen niet zinvol in één of enkele indicatoren samengevat kunnen worden of niet goed beïnvloedbaar zijn. Bij de overige operationele doelstellingen van artikel 41 zijn wel één of meerdere prestatie-indicatoren opgenomen.</p>
42 Gezondheidszorg	<p>Algemene doelstelling Bij artikel 42 is geen indicator opgenomen bij de algemene doelstelling. Het stelsel van curatieve zorg in Nederland is namelijk niet in één of enkele indicatoren samen te vatten. Het stelsel is daarvoor te omvangrijk. De prestaties van het stelsel worden gemonitord met de Zorgbalans. De Zorgbalans schetst aan de hand van ongeveer honderd indicatoren een beeld van de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg. Ook geven de volgende evaluaties en monitors inzicht in de werking van het gezondheidszorgstelsel: Evaluatie verplicht eigen risico, Monitor cure en de Monitor zorgverzekeringsmarkt.</p>
43 Langdurige zorg	<p>Algemene doelstelling Bij artikel 43 is geen indicator opgenomen bij de algemene doelstelling. Het stelsel van langdurige zorg in Nederland is namelijk niet in één of enkele indicatoren samen te vatten. Het stelsel is daarvoor te veelzijdig. De prestaties van dit stelsel worden gemonitord met de Zorgbalans. In dit document zijn diverse indicatoren met betrekking tot de langdurige zorg opgenomen. Daarnaast legt de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg in het jaardocument Maatschappelijke verantwoording door middel van het «kwaliteitskader verantwoorde zorg» verantwoording af over de activiteiten langdurige zorg.</p>

Explain tabel indicatoren	
44 Maatschappelijke ondersteuning	<p>Algemene doelstelling</p> <p>Bij artikel 44 is bij de algemene doelstelling het participatie-indexcijfer opgenomen als kengetal. Voor mensen met een beperking onderzoekt Nivel de participatie voor de domeinen sociale contacten, wonen, werk, vrijetijdsbesteding, vervoer en opleiding. Deze participatie wordt weergegeven met een participatie-indexcijfer. De index is nog een nieuw instrument. De rekenmethode voor de berekening van de index is verbeterd. Daarnaast zijn enkele indicatoren waarop het indexcijfer is gebaseerd aangepast, om ze vergelijkbaar te maken met indicatoren van het CBS en om de vergelijkbaarheid van de indexcijfers over de jaren heen te waarborgen. Aan de hand van onder meer de gegevens van de komende jaren en de spreiding en stabiliteit van de gegevens zal worden bezien of een streefwaarde kan worden geformuleerd.</p>
47 Oorlogsgetroffenen en herinnering WO II	<p>Algemene doelstelling</p> <p>Bij artikel 47 is geen indicator opgenomen bij de algemene doelstelling, omdat de doelstelling meerdere, uiteenlopende elementen bevat die zich moeilijk in één of enkele indicatoren laten weergeven.</p>

6. Beleidsartikelen

Budgetflexibiliteit

In de begroting 2010 wordt net als vorig jaar inzicht gegeven in de budgetflexibiliteit op het niveau van de operationele doelstellingen van de beleidsartikelen. Dit gebeurt in een aparte tabel die volgt na de tabel budgettaire gevolgen van beleid in de tweede paragraaf van ieder artikel. Daarbij worden de verplichtingen gekarakteriseerd aan de hand van de categorieën «Juridisch verplicht», «Bestuurlijk gebonden» en «Niet juridisch verplicht of niet bestuurlijk gebonden».

Onder de tabel met budgetflexibiliteit wordt per operationele doelstelling eveneens aangegeven wat de plannen/voornemens zijn die gedekt worden door het kopje «niet verplicht of bestuurlijk gebonden» voor zover de budgetflexibiliteit groter dan € 500 000,- is. Daarmee wordt invulling gegeven aan de motie Bakker (kamerstuk 30 391, nr. 3).

De VWS-begroting bevat een aantal grote inkomensregelingen, rijksbijdragen en specifieke uitkeringen die – bij ongewijzigd beleid – voor meerdere jaren vastliggen. U kunt hierbij denken aan de Zorgtoeslag. Daarnaast zijn er instellingen die een instellingssubsidie ontvangen en zijn er bijdragen aan baten-lastendiensten. In de begroting zijn deze posten als meerjarig verplicht aangemerkt.

Afspraken en convenanten met andere overheden, met ZBO's en RWT's en met private partijen zijn, evenals toezeggingen aan de Tweede Kamer en afspraken met andere bewindslieden, als bestuurlijk gebonden opgenomen.

De budgetflexibiliteit in het niet-beleidsartikel 98 is op dezelfde manier vormgegeven als in de begroting 2009. Dat betekent dat in artikel 98 de budgetflexibiliteit voor de doelstellingen «Beheer en toezicht stelsel» en «Internationale samenwerking bevorderen» is toegelicht. Van de overige posten op dit artikel is de budgetflexibiliteit niet toegelicht. Gezien het karakter van de uitgaven heeft dat geen toegevoegde waarde.

Artikel 99 is een technisch administratief artikel en bevat hoofdzakelijk nog onverdeelde posten. Het begrip budgetflexibiliteit is hierop niet van toepassing.

Tabel geraamde uitgaven per operationele doelstelling

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

De tabellen zijn ingedeeld naar de volgende categorieën/instrumenten: inkomensregelingen, rijksbijdragen, specifieke uitkeringen, instellings-subsidies/structurele subsidies, projectsubsidies, opdrachten, bijdragen aan ZBO's en RWT's, bijdragen aan baten-lastendiensten en bijdragen aan andere begrotingshoofdstukken.

Per categorie/instrument worden de belangrijkste voorgenomen uitgaven genoemd. Met deze tabel per operationele doelstelling wordt tevens invulling aan de motie Schippers (kamerstuk 29 800, nr. 55) gegeven.

Artikeloverstijgende budgetten

Onze begroting bevat enkele uitgaven die betrekking hebben op meerdere artikelen, bijvoorbeeld de programma-uitgaven aan Zorgonderzoek Nederland Medische wetenschappen (ZonMw), of het beleid ter versterking van de positie van de cliënt. Daarnaast speelt dit ook bij enkele apparaatskosten, zoals die van de IGZ en die van de zogeheten zorg-ZBO's.

De artikeloverstijgende *programma*-uitgaven zijn niet over de beleidsartikelen verdeeld, maar budgettair opgenomen onder de meest relevante operationele doelstelling van de beleidsartikelen, zoals artikel 41 Volksgezondheid (bijvoorbeeld ZonMw) of artikel 43 Langdurige zorg (bijvoorbeeld het beleid ter versterking van de positie van de cliënt).

De artikeloverstijgende *apparaats*uitgaven van onder meer het kerndepartement, de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ), het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) en de zorg-ZBO's staan opgenomen in artikel 98.

7. Baten-lastendiensten

Het ministerie van Financiën heeft gekeken naar de mogelijkheid om een segmentatie aan te brengen in de rapportageverplichtingen van baten- en lastendiensten in de departementale begroting en verantwoording. Aanleiding hiertoe is het verzoek vanuit de Tweede Kamer om, in algemene zin, te komen tot betere informatievoorziening en een meer gefocust begrotings- en verslagleggingproces. Bij dit proces dient ook de baten-lastenparagraaf betrokken te worden.

Met de departementen die meedoen aan het experiment verbetering verantwoording en begroting is gesproken over de mogelijkheid om, vooruitlopend op aanpassing van de regelgeving, alvast ervaringen op te doen met de nieuwe (concept) richtlijnen ten behoeve van de Rijksbegrotingsvoorschriften 2010. Het ministerie van VWS is een van de experimentdepartementen en heeft in deze begroting gebruik gemaakt van deze mogelijkheid.

Onder de huidige regels dient een grote baten- en lastendienst dezelfde informatie te rapporteren als een kleine baten- en lastendienst. In lijn met de regels die ook al gelden voor het bedrijfsleven zal in de toekomst hiertussen echter een onderscheid gemaakt gaan worden, door de informatieverplichting af te laten hangen van de grootte (in termen van omzet) van de dienst. De indeling op basis van omzet is als volgt:

- Kleine baten-lastendienst: omzet kleiner dan € 50 miljoen;
- Middelhete baten-lastendienst: omzet tussen de € 50 miljoen en de € 250 miljoen;
- Grote baten-lastendienst: omzet meer dan € 250 miljoen.

Bij de kleine baten-lastendiensten (CBG, CIBG en de Rijksinstellingen gesloten jeugdzorg Den Engh en De Lindenhorst) ligt de nadruk op een toelichting op de omzet en doelmatigheidskengetallen. Bij de middelgrote

en grote baten-lastendiensten (NVI en RIVM) dient daarnaast een meerjarig overzicht van baten en lasten te worden gepresenteerd voorzien van een toelichting.

8. Vermindering administratieve lasten/regeldruk

In november 2008 is de Tweede Kamer geïnformeerd over het VWS programma ter vermindering van administratieve lasten en regeldruk. Het programma bevat concrete maatregelen die op dit moment leiden tot een vermindering van 28 procent van de gemeten administratieve lasten voor professionals, instellingen en bedrijven. De vermindering van administratieve lasten in 2011 voor cliënten/burgers is op dit moment bijna 26 procent en bedraagt circa 75 procent aan Out of Pocketkosten.

Naast deze kwantitatieve resultaten zet het ministerie van VWS in op verbetering van de kwaliteit van de dienstverlening en de aanpak van ervaren lasten. Ook draagt VWS zorg dat toekomstige ontwikkelingen in het kader van transparantie, (voedsel)veiligheid en preventie gepaard gaan met zo min mogelijk administratieve lasten en zoveel mogelijk aansluiten bij bedrijfseigen informatiestromen van de doelgroepen.

De Tweede Kamer wordt in september 2009 geïnformeerd over de voortgang van het VWS reductieprogramma.

B. DE BEGROTINGSTOELICHTING

Beleidsagenda 2010

1 Inleiding

Gezond en wel

Gezondheid is de grootste schat, zo luidt een oud Nederlands gezegde. Gezondheid draagt in belangrijke mate bij aan het welbevinden van mensen. Gezondheid is belangrijk voor de samenleving.

Nederlanders zijn relatief positief over de betrouwbaarheid, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg in ons land en zij ervaren die als veilig. Dat blijkt onder meer uit de Commonwealth Fund Survey 2008. Nederland neemt de eerste plaats in op de prestigieuze Euro Health Consumer Index 2008, waarin zorgstelsels worden vergeleken. Gezondheid – lichamenlijk en geestelijk – is echter niet vanzelfsprekend.

Goede zorg, waarbij preventie, genezing, verzorging en ondersteuning elkaar versterken, draagt bij aan het **menselijk kapitaal** waarop onze economie drijft. Bovendien geeft de innovatieve gezondheidszorg impulsen aan onze kenniseconomie.

Werkgevers zijn zich er meer en meer van bewust dat een goede balans tussen werk en privé van belang is om ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid tegen te gaan. Het kabinet wil een gezonde leefstijl stimuleren en mogelijk maken. Ook de kracht van sport levert een bijdrage aan een goede gezondheid en het verbinden van mensen.

In het licht van de toenemende vergrijzing en het stijgend aantal chronisch zieken is het meer dan ooit noodzakelijk het hoge niveau en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg ook in de toekomst te behouden. Solidariteit en vertrouwen staan daarbij centraal.

Doelmatigheid is meer dan ooit geboden. De financiële crisis gaat ook aan de gezondheidszorg niet voorbij. Het rendement van elke euro die geïnvesteerd wordt in de gezondheidszorg moet toenemen. Dat wil het kabinet vooral bereiken door te investeren in de verbetering van de **kwaliteit** van de zorgverlening. Tegelijkertijd wordt de bureaucratie aangepakt.

Solidariteit betekent in de eerste plaats de kosten eerlijk verdelen. Solidariteit betekent investeren in de zorg, misschien wel vooral in tijden van tegenwind. Door de oplopende vraag naar zorg dreigt een tekort aan arbeidskrachten.

Niets doen betekent minder handen aan het bed. Schaarste leidt tot hogere lonen. Dat zijn extra kosten die niet besteed kunnen worden aan de zorg. En dat terwijl de kosten van de zorg sowieso al bovengemiddeld toenemen. Dat zou kunnen leiden tot premieverhogingen die de solidariteit onder druk kunnen zetten.

Meer samenhang brengen in de zorg voor chronisch zieken en ouderen is een vereiste. Als dure medicijnen niet onnodig worden voorgeschreven, als er geen onnodige behandelingen worden toegepast, als we het voor elkaar krijgen dat mensen thuis, of dicht bij huis, goede zorg ontvangen en als mensen niet onnodig gemedicaliseerd raken, dan redden we levens

en besparen we kosten van onnodige opnames, behandelingen, complicaties en aandoeningen. Dáár ligt de agenda van de nabije toekomst. Het kabinet wil investeren in het verbeteren van de zorgverlening en de organisatie ervan. Levens redden en juist daarmee kosten besparen: *Saving lives and costs*, zoals president Barack Obama het verwoordt.

Het kabinet werkt aan een nieuw bekostigingssysteem in de cure, dat bijdraagt aan inzicht in de kwaliteit. Vrije prijsvorming voor de geneeskundige zorg speelt daarin een rol.

Niet meer het financieren van de medische verrichting of het bed, maar het bekostigen van goede kwaliteit van zorg. En in de langdurige zorg niet meer financieren wat een zorginstelling aanbiedt, maar de hoeveelheid zorg die de cliënten nodig hebben. Het zogeheten zorgzwaartepakket.

Samenhangende zorg is meer dan genezen alleen. Daarom moeten we af van de hoge schotten tussen de eerste en de tweede lijn en tussen zorg en welzijn. De zorg moet dicht bij de mensen staan; de huisarts die men vertrouwt, de wijkverpleegkundige die men kent. **Mensen staan centraal.** Maar mensen dragen ook zelf actief bij aan het zorgproces. Door voorlichting en zelfmanagement krijgt de patiënt beter inzicht in de beperkingen en mogelijkheden die zijn ziekte met zich mee brengt, en wordt daarmee in staat gesteld de eigen gezondheid te helpen verbeteren of stabiliseren.

Het is van belang dat de samenleving kan blijven **vertrouwen** op kwalitatief goede, veilige en toegankelijke zorg, en op de professional en de instelling die de zorg verleent. Verschillen in kwaliteit tussen zorgaanbieders moeten zichtbaar zijn, zodat mensen kunnen kiezen. De overheid, zorgverleners, zorgverzekeraars en ook burgers horen elkaar te kunnen aanspreken op goede, herkenbare en doelmatige zorg. Wederkerigheid is hierbij een belangrijk uitgangspunt.

Het kabinet streeft naar een gezondheidszorg waarin de burger zich herkent en **regie** kan nemen. Sociale cohesie en burgerschap spelen een belangrijke rol bij het organiseren van zeggenschap over het eigen bestaan. Mensen zijn in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor hun leven en de invulling daarvan. Daarbij steunen zij op hun familie, vrienden en burens.

Als het sociale netwerk niet toereikend is, kunnen kwetsbare mensen erop vertrouwen dat de kwaliteit van hun bestaan op peil blijft. Dat zij niet buiten de maatschappij komen te staan. Wanneer dat nodig is, zijn voorzieningen van welzijn en ondersteuning beschikbaar om hen te beschermen, met respect voor **autonomie** en **weerbaarheid**.

De missie van het kabinet is bijdragen aan de kwaliteit van leven van iedere Nederlander. Iedereen zo lang mogelijk gezond houden, ziekten zo snel mogelijk beter maken, mensen met beperkingen ondersteunen en maatschappelijke participatie bevorderen. Nederland gezond en wel.

2 Curatieve zorg

2.1 Doelmatige zorg

Door onder meer vergrijzing en nieuwe medische mogelijkheden neemt de vraag naar zorg sterk toe. Vooral het aantal chronisch zieken stijgt. Bovendien krijgen meer mensen medische klachten door een te ongezonde leefstijl. De zorgsector moet zo worden ingericht dat deze ontwikke-

lingen de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid niet in gevaar brengen. Bovendien moet de patiënt zelf meer regie kunnen nemen en meer keuzevrijheid hebben. Grondslag van onze gezondheidszorg is solidariteit. Samen moeten wij de zorg betaalbaar en verzekeraar houden.

In het Aanvullend beleidsakkoord is voorts afgesproken dat de curatieve zorg bijdraagt aan de vergroting van de houdbaarheid van de collectieve uitgaven met structureel 0,4 procent BBP. Hiervan wordt tenminste 0,2 procent ingevuld in de zorgtoeslag. Voor het restant worden maatregelen in de curatieve zorg genomen.

De maatregel bij de zorgtoeslag zal erop gericht zijn om met geleidelijke aanpassingen de groei die zich in deze regeling zonder wijzigingen voordoet, op koopkrachteenwichtige wijze, te beperken.

Het pakket van maatregelen in de curatieve zorg dient ertoe de efficiëncyprikkels die liggen besloten in het stelsel van de gezondheidszorg te versterken. Dit pakket omvat – onder voorwaarden – meer vrij onderhandelbare dbc's, aanpassingen in de governancestructuur, waaronder een sterkere positie van het ziekenhuisbestuur en meer mogelijkheden voor het aantrekken van vreemd kapitaal. Daarnaast is het van belang dat zorgverzekeraars meer risico dragen. Voorts wordt de geïntegreerde ketenzorg voor chronisch zieken versterkt. Deze maatregelen worden elders in de Beleidsagenda nader toegelicht.

Indien nodig zal dit pakket met aanvullende efficiëncymaatregelen in de curatieve zorg worden aangevuld.

Om de solidariteit en het vertrouwen in de gezondheidszorg op peil te houden, moeten ziekenhuisbesturen en verzekeraars nog meer geprikkeld worden tot het leveren van kwaliteit en doelmatigheid. Investeren in kwaliteit spaart levens en kosten. Ook om die reden neemt het kabinet stappen gericht op gereguleerde marktwerking in de ziekenhuissector. Kwaliteit wordt zichtbaarder. De ontwikkeling van vrije prijsvorming voor medische behandelingen maakt ziekenhuizen en artsen scherper bewust van het belang van kwaliteit en doelmatigheid.

Huisartsen kunnen bijvoorbeeld nog doelmatiger geneesmiddelen voorschrijven dan ze nu doen. Vooral als het gaat om maagzuurremmers en cholesterolverlagers. Om dit te stimuleren verlaagt het kabinet het inschrijftarief van huisartsen in 2010 met € 60 miljoen. In 2011 kunnen zij dat terugverdienen door doelmatiger voor te schrijven.

Transparantie is een belangrijke voorwaarde voor een goed werkend stelsel. De kwaliteit en prijs van zorg moet goed inzichtelijk zijn; meetbaar en openbaar. Dit gebeurt via het project «Zichtbare zorg» (zie hoofdstuk 5 «Kwaliteit en Veiligheid van de zorg»).

De komende aanpassingen van het stelsel hebben betrekking op de wijze van financiering van ziekenhuizen en eerstelijnszorg, zoals de huisarts. Er komt een directer verband tussen prijs en prestatie. Belangrijker nog: er ontstaat een samenhangende aanpak en begeleiding van mensen met diabetes, hartklachten en longaandoeningen. De gevolgen daarvan kunnen ver reiken. Het aantal complicaties neemt af, evenals het aantal opnames in ziekenhuizen. Mensen blijven gezonder, langer vitaal en hebben minder te maken met (acute) aandoeningen. Zij krijgen meer inzicht in hun aandoening en meer greep op hun leven.

Tien jaar geleden werd de chronische zorg vrijwel uitsluitend door huisartsen en medisch specialisten verleend. Tegenwoordig hebben chronisch zieken vaker en intensiever contact met praktijkondersteuners bij de huisarts of gespecialiseerde verpleegkundigen. Door meer mensen op te leiden tot *nurse practitioner* en *physician assistant* kan worden tegemoet gekomen aan de grotere vraag naar verpleegkundigen in zowel de eerste als tweede lijn.

Ziekenhuizen moeten risicodragend kapitaal kunnen aantrekken voor de financiering van investeringen, voor zover de kwaliteit en continuïteit van de zorg gewaarborgd zijn: maatschappelijk ondernemen (zie ook hoofdstuk 9 «Governance»).

Alle maatregelen hangen nauw met elkaar samen. Verbeteren van de doelmatigheid leidt niet alleen tot een betere kwaliteit, maar ook tot een beheerste ontwikkeling van de kosten. Oftewel, zoals president Obama stelt: *Saving lives and costs*.

2.2 Prestatiebekostiging

Het is van belang dat er een duidelijke en directe relatie bestaat tussen de behandeling en de prijs daarvan. Het kabinet streeft ernaar deze zogeheten prestatiebekostiging te versterken, zowel in de eerstelijnszorg als in de ziekenhuiszorg. Dat maakt het voor verzekeraars mogelijk om zo te contracteren dat de zorg dichtbij huis plaatsvindt. De manier van betalen hangt af van de kwaliteit van de zorg en de wensen van patiënten. Niet van wie de zorg verleent.

Zorgverzekeraars betalen per ziektegeval één prijs voor de totale zorg die wordt verleend: de diagnose behandelcombinatie (dbc). Dat zorgt er voor dat er samenhangende zorg wordt verleend en de patiënt echt centraal komt te staan. De invoering van keten-dbc's en vrije prijzen voor zorgproducten (gemoderniseerde dbc's) zijn niet alleen een belangrijke aanzet geweest prijs en prestatie aan elkaar te koppelen, maar verbeteren ook de samenhang in de zorg. Het aantal zorgproducten waarvoor vrije prijzen zal gelden neemt in 2011 toe tot 50 procent, op voorwaarde dat de evaluaties van de NZa gunstig blijven uitpakken.

Voor de eerstelijnszorg wil het kabinet voor vier chronische ziekten: diabetes, hartfalen, cardiovasculair risicomanagement (hart- en vaatziekten) en COPD (longziekten), functionele bekostiging invoeren en de samenwerking tussen huisarts en specialist versterken. Hierbij stelt de patiënt alles in het werk om de ziekte zo goed mogelijk beheersbaar te houden: zelfmanagement.

Dit betekent concreet dat in 2010 de zorg en behandeling van mensen met een chronische ziekte wordt georganiseerd in een sluitende keten. Dat levert betere en vertrouwenwekkende zorg op.

Randvoorwaarde voor een goede werking van prestatiebekostiging is dat de financiële risico's daadwerkelijk liggen bij de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Wanneer elke zorgverzekeraar zomaar zorg kan inkopen zonder te hoeven letten op de behoefte van de patiënt of de prijs van de zorg, is er geen noodzaak om de beste prijs-kwaliteitverhouding na te streven. Het achteraf compenseren van zorgverzekeraars wordt verminderd, omdat de compensatie vooraf gaandeweg is verbeterd en om zo bij te dragen aan de verplaatsing van zorg naar de eerste lijn. Verzekeraars worden geprikkeld om vooraf goede afspraken te maken met de zorgaanbieders.

2.3 Solidariteit/ontwikkeling zorguitgaven curatieve zorg

Om solidariteit overeind te houden is het noodzakelijk dat iedereen staat ingeschreven bij een verzekeraar én premie betaalt. Daarom wil het kabinet het aantal onverzekerden en wanbetalers sterk verminderen. Om dat te bereiken is in 2009 een wetsvoorstel gedaan om onverzekerden actief te kunnen opsporen. Hiervoor is in 2010 € 8,9 miljoen uitgetrokken. Om het aantal wanbetalers te verminderen krijgen zorgverzekeraars de mogelijkheid wanbetalers een betalingsregeling te bieden, over te gaan tot automatische incasso of te wijzen op schuldhulpverlening. Degenen die hier niet op ingaan en hun premies niet voldoen, krijgen een opslag. Zij moeten dan een premie betalen die 30 procent hoger ligt dan de standaardpremie. Voor de maatregelen reserveert het kabinet € 33 miljoen in 2010.

2.4 Geestelijke Gezondheidszorg

De kwaliteit van verplichte zorg moet omhoog. Bij het opstellen van een behandelplan en het afgeven van de zorgmachtiging moet zo veel mogelijk rekening worden gehouden met de persoonlijke voorkeur van de cliënt. Er moet zorg op maat worden geleverd.

Ook de rechtspositie van mensen met een psychische stoornis aan wie tegen hun wil zorg wordt verleend, moet worden versterkt. Dwang moet daarbij zo veel mogelijk worden voorkomen of zo kort mogelijk duren. Om dit alles te bereiken wordt in 2010 een wetsvoorstel Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg voorgelegd ter vervanging van de Wet Bopz (Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen). Daarbij is voorzien in de introductie van multidisciplinaire commissies Verplichte Zorg, die advies uitbrengen aan de rechter. De nieuwe wet moet in 2011 in werking treden.

2.5 Spoedeisende hulp

Mensen moeten erop kunnen vertrouwen dat medische voorzieningen beschikbaar zijn op het moment dat zij die nodig hebben. Dit geldt in het bijzonder voor de spoedeisende hulp. Er komt een profiel waarin staat waaraan een ziekenhuis minimaal moet voldoen om de kwaliteit van de geleverde zorg op de afdeling spoedeisende hulp (SEH) te waarborgen. Onderzocht wordt welke functies van acute zorg er binnen de normtijd van 45 minuten beschikbaar dienen te zijn.

Integratie van de spoedeisende hulp van ziekenhuizen met huisartsenposten is nodig omdat een groot aantal mensen (60 procent) op eigen houtje bij de spoedeisende hulp aanklopt. Van deze zogenoemde zelfverwijzers hadden vier van de vijf kunnen worden geholpen bij de huisarts. In dat geval zouden de kosten veel lager liggen, omdat het ziekenhuis een duurder dbc-tarief rekent. In de acute basiszorg wordt toegewerkt naar integrale bekostiging. In 2010 wordt beleid gemaakt om te stimuleren dat patiënten met een acute zorgvraag, die huisartsgeneeskundig geholpen kunnen worden, naar de huisartsenpost gaan. In 2010 worden hiervoor aanpassing in de bekostiging van de huisartsenposten doorgevoerd, zodat de verplaatsing vanuit de tweedelijng vergoed kan worden.

2.6 Geneesmiddelenbeleid

Mensen moeten de juiste medicijnen krijgen samen met de juiste voorlichting. Om hoge kwaliteit te garanderen worden richtlijnen voor voorschrijvers steeds belangrijker. VWS streeft ernaar om de verzekerde prestatie op meer algemene wijze te omschrijven. Functiegericht in plaats van productgericht.

Om de kwaliteit en de doelmatigheid van de farmaceutische zorg te bevorderen zal de bekostigingssystematiek van apotheekhoudenden meer mogelijkheden moeten bieden en zal ook doelmatig voorschrijven worden bevorderd. Ook hier wordt kwaliteit beloond. Immers de juiste medicatie, therapietrouw en een goede begeleiding zijn van groot belang voor nog betere zorg. Veel complicaties, vermijdbare schade en ziekenhuisopnames zijn zo te voorkomen. Betere zorg levert ook meer doelmatigheid op. Levens redden en kosten besparen.

2.7 Medisch specialisten

In de loop van 2009 zijn gegevens beschikbaar gekomen over de ontwikkeling van de honoraria van (vrijgevestigd) medisch specialisten. Uit deze cijfers bleek dat er € 375 miljoen teveel wordt uitgegeven. De oorzaken van deze overschrijding worden onderzocht, maar duidelijk is wel dat de compensatie voor ondersteunende medisch specialisten te hoog is vastgesteld. Dat geldt ook voor de normtijden – de afgesproken tijd voor een medische behandeling – voor enkele specialismen. De NZa heeft opdracht gekregen om per 2010 de ondersteunerscompensatie aan te passen en de normtijden opnieuw vast te stellen. Dit in combinatie met een algemene verlaging van de tarieven voor een behandeling.

3 Langdurige zorg

3.1 Inleiding

De zorg voor kwetsbare mensen is een graadmeter voor de kwaliteit van de samenleving. Mensen die langdurig zorg nodig hebben, moeten zo lang mogelijk in staat kunnen zijn deel te nemen aan het dagelijkse leven en zelfstandig inhoud en vorm te geven aan hun bestaan. Iedereen die een onbetwistbare vraag heeft naar langdurige zorg, moet erop kunnen vertrouwen dat die langdurige zorg beschikbaar is en van goede kwaliteit. Nu en in de toekomst.

Daarvoor is het nodig dat de AWBZ weer teruggaat naar zijn oorspronkelijke bedoeling: het leveren van zorg aan kwetsbare mensen die daar langdurig behoefte aan hebben. De zorg die deze mensen krijgen, moet rondom de cliënt worden georganiseerd. Bovendien wil het kabinet dat professionals de ruimte krijgen om die zorg in samenhang te kunnen bieden. Zij verdienen bovendien waardering en respect en moeten hun werk met plezier kunnen doen.

3.2 Zeker van zorg, nu en straks

Het kabinet werkt eraan de langdurige zorg ook in de toekomst beschikbaar te houden voor de mensen die een onbetwistbare zorgvraag hebben. Dat is een serieuze taak voor ons en alle mensen in de zorg.

Versterken positie van de cliënt

Het kabinet vindt het belangrijk dat zorgaanbieders zich aanpassen aan de wensen van hun cliënten. Daarom wordt in 2010 met iedere cliënt een gesprek gevoerd over de zorgwensen van en -mogelijkheden voor de cliënt. De afspraken worden vastgelegd in een zorgplan. Op die manier krijgt de cliënt een sterkere positie om zorg op maat te realiseren. Instellingen ontvangen geld voor het leveren van zorg op basis van het aantal cliënten aan wie zij zorg verlenen én de hoeveelheid zorg die een cliënt nodig heeft (zorgzwaarte). Het geld volgt de cliënt naar de instelling van zijn keuze. Daarmee wordt de positie van de cliënt versterkt.

Beleidsagenda

Deze wijze van bekostiging – naar zorgzwaarte – wordt in 2010 verder ontwikkeld. Het kabinet onderzoekt of deze manier van bekostigen ook kan worden gebruikt voor zorgverlening buiten de instellingen. Verkend wordt verder of het mogelijk is om de bekostiging nog meer persoonsvolgend te maken, bijvoorbeeld door voor sommige cliënten een systeem van tegoedbonnen in te voeren.

Met veldpartijen en de Inspectie voor de Gezondheidszorg wordt nauw samengewerkt om het aantal vrijheidsbeperkingen in de zorg terug te dringen. In 2010 treedt het wetsvoorstel Zorg en dwang in werking. Hiermee wordt de rechtspositie van mensen met dementie of een verstandelijke beperking versterkt.

Keuzevrijheid en diversiteit in wonen

Het is belangrijk dat mensen die langdurig zorg nodig hebben kunnen kiezen hoe ze wonen. Vaak willen mensen zo lang mogelijk verzorgd worden in hun eigen woonomgeving. Die keuzevrijheid bepaalt de kwaliteit van leven. De regeling «Volledig Pakket Thuis» kan hierbij behulpzaam zijn.

Andere maatregelen om dit te stimuleren treft u aan in de brief van 3 juli 2009 (kamerstuk 30 597, nr. 78).

Kleinschalig wonen moet een serieuze keuzemogelijkheid zijn. Daarom wil het kabinet in 2010 de regelgeving rond bouw verbeteren en het aanbod van kleinschalig wonen vergroten. Het kabinet bereidt ook de invoering voor van de zogeheten integrale tarieven in 2011. In die tarieven zijn behalve de zorgkosten ook de kapitaallasten van de instelling verwerkt.

Stimuleren bouw

In het Aanvullend Coalitieakkoord zijn aanvullende middelen beschikbaar gekomen ter stimulering van de bouw. In de care worden deze middelen vooral ingezet als stimulans voor het wegwerken van de meerbedskamers in de verpleeghuizen. Cliënten in instellingen krijgen meer privacy. Het aantal kamers waarin meer dan twee personen liggen, wordt verder teruggedrongen. Uiteindelijk is het de bedoeling dat in een verpleeghuis niemand tegen zijn wens met anderen op één kamer ligt.

Vereenvoudigen indicatiestelling

Het kabinet wil de langdurige zorg zo min mogelijk belasten met bureaucratie. De indicatiestelling wordt daarom vereenvoudigd en verbeterd. Het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg) draagt eenvoudige indicatiestellingen over aan de zorgprofessionals en zorgaanbieders. Dit kan de huisarts zijn, de wijkverpleegkundige, het verzorgingshuis, of het verpleeghuis. Het CIZ zal in 2010 steekproefsgewijs toetsen.

Professional centraal

Professionals zijn het kapitaal van de zorg. Het kabinet vindt het belangrijk dat professionals voor cliënten in de langdurige zorg toegankelijk zijn, verbinden en meedenken over het totale pakket aan zorg. Zorgverleners werken nauw met elkaar samen. De wijkverpleegkundige kan daarbij goed als spil werken.

ZonMw gaat verder met het programma dat tot meer wijkverpleegkundigen moet leiden. Eind 2010 wordt geëvalueerd of de wijkverpleegkundige inmiddels een stevigere positie heeft verworven.

Verbeteren van de kwaliteit

De kwaliteit van instellingen wordt bepaald aan de hand van indicatoren die de sector heeft ontwikkeld (normen voor verantwoorde zorg). In samenspraak met het veld worden de normen voor verantwoorde zorg verder ontwikkeld, ingevoerd en nageleefd. Zorgkantoren werken met het zogeheten zorginkoopkader. Hierin is vanaf 2010 vastgelegd dat bij de inkoop van zorg een directe relatie wordt gelegd tussen kwaliteit van dienstverlening en de vergoeding die daarvoor wordt verstrekt.

Voor de aandoening dementie wordt een samenhangend zorgaanbod gerealiseerd. De kwaliteit van zorg wordt hierbij onder andere bepaald door het totale overzicht dat zorgverleners hebben van iemand met dementie. In het programma ketenzorg dementie is een inkoopleidraad ontwikkeld, die het goed en integraal inkopen van zorg voor dementerenden ondersteunt. Het kabinet streeft ernaar dat in 2010 alle zorgkantoorregio's op deze manier inkopen.

Ook in de uitvoering wil het kabinet verbeteringen doorvoeren. Op dit moment kopen zorgverzekeraars niet de langdurige zorg in voor hun eigen cliënten; dat doen de zorgkantoren namens hen. Wanneer de verzekeraars de zorg inkopen voor hun eigen cliënten zijn er naar verwachting voordelen te behalen voor de cliënten op het vlak van kwaliteit, samenhang en betaalbaarheid. Halverwege 2010 valt hierover een besluit.

Waarborgen van de solidariteit

De zorg voor de meest kwetsbaren in onze samenleving wordt mede mogelijk gemaakt doordat mensen bereid zijn solidariteit voor elkaar op te brengen. Het kabinet wil deze solidariteit waarborgen. Daarom is het belangrijk dat de zorg betaalbaar blijft en dat duidelijk wordt gemaakt in welke gevallen mensen aanspraak kunnen maken op de AWBZ. Revalidatiezorg past gezien het op genezing gerichte karakter minder goed bij de doelstellingen van de AWBZ. Daarom bereidt het kabinet de overheveling voor van revalidatiezorg naar de Zorgverzekeringswet.

3.3 In voor zorg

Om de langdurige zorg toekomstbestendig te maken, werkt het kabinet samen met de sector. Daarom zijn in de afgelopen jaren diverse programma's ontwikkeld om kennis te verzamelen en te verspreiden. Programma's zoals het Nationaal Ouderenprogramma, Transitieprogramma Langdurige Zorg, Landelijk Dementie Programma, en Zorg voor beter. Instellingen moeten gebruik kunnen maken van de vergaarde kennis. Met het stimuleringsprogramma In voor zorg helpen we instellingen met het toepassen van nieuwe kennis.

4 Preventie

4.1 Inleiding

Mensen zijn over het algemeen in staat om zelfstandig keuzes te maken naar eigen voorkeur en leefstijl. De omgeving – fysiek en sociaal – bepaalt vaak de bandbreedte waarbinnen wordt gekozen. Werkgevers, bedrijven, zorgverzekeraars, het onderwijs, de overheid hebben allemaal een rol in die omgeving. Ook hebben zij belang bij gezond levende Nederlanders. We zijn partners in gezondheid, want voorkomen is beter dan genezen. Daarom werkt het kabinet ook in 2010 aan een kabinetsbreed beleid, waarin gezondheid meetelt in onderwijs, op de werkplek en in de woonomgeving.

4.2 Samenhangend gezondheidsbeleid

Het kabinet neemt in het najaar 2009 een standpunt in over het SER-advies «Een kwestie van gezond verstand: breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisatie» en het gezamenlijke advies van de RVZ, de Onderwijsraad en de Raad Openbaar Bestuur «Buiten de gebaande paden». Daarin staan de gedeelde belangen centraal.

Leefstijl is een zaak van mensen zelf. Maar bij ziekte die voortkomt uit die leefstijl wordt wel een beroep gedaan op de (financiële) solidariteit van anderen. Ook om deze redenen wil het kabinet gezonde keuzen stimuleren.

Gezonde voeding is een onderdeel van een gezonde leefstijl. Bedrijven die voedingsmiddelen produceren, maken afspraken – soms onderling, soms met de overheid – onder meer over het gebruik van gezonde vetten en minder zout. Waar nodig ondersteunt het kabinet de zelfregulering van de bedrijfstak.

Leefstijlcampagnes richten zich vooral op de rol van opvoeders en op jongeren. Er zal aandacht zijn voor voeding, beweging, alcohol, roken, drugs, letselpreventie, diabetes en seksualiteit. Een wijziging van de Drank- en Horecawet en een verscherpt toezicht zal het jongeren moeilijker maken aan alcohol te komen.

In september 2009 stuurt het kabinet een hoofdlijnenbrief drugsbeleid naar de Tweede Kamer. In deze brief zal een reactie worden gegeven op het rapport van de Adviescommissie Drugsbeleid en worden de door het kabinet voorgestane hoofdlijnen van het drugsbeleid besproken. In de brief zal onder andere worden ingegaan op de drugsproblematiek onder jongeren, het coffeeshopbeleid en de bestuurlijke context van het drugsbeleid. Deze hoofdlijnen worden vervolgens uitgewerkt in een integrale drugsnota.

4.3 Preventie als onderdeel van de zorgketen

De samenwerking tussen openbare gezondheidszorg en de eerstelijnsgezondheidszorg wordt verbeterd. Met de LVG (Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerste Lijn), GGD-Nederland en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) werkt het kabinet aan een betere informatievoorziening.

De eerstelijnszorg, zoals de huisarts of fysiotherapeut, speelt bij het voorkomen van chronische aandoeningen een centrale rol. Een huisarts kan mensen aanraden deel te nemen aan bijvoorbeeld screening, of ze stimuleren genoeg te bewegen en gezond te eten.

Doeltreffende preventieve programma's worden onderdeel van de basistaken eerste lijn en onderdeel van de zorgketen. Mensen helpen bij stoppen met roken wordt per 2011 in het basispakket van de zorgverzekeringswet opgenomen. Ook de opname van de beweegkuur in het basispakket is voorzien in 2011.

Met de beweegkuur begeleidt de huisarts mensen met (een verhoogd risico op) diabetes en/of overgewicht naar een gezonde leefstijl. Dat levert gezondheidswinst op en is kosteneffectief. Proefprojecten, onder begeleiding van het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen, worden voortgezet.

In 2010 gaat het kabinet door met de uitvoering van het Nationaal Actieprogramma Diabetes (NAD). Daarmee wordt beoogd de groei van het aantal diabetespatiënten af te remmen en complicaties te verminderen. Het kabinet gaat verder met de ontwikkeling en het gebruik van zorgstandaarden voor diabetes, cardiovasculair risicomanagement, COPD,

hartfalen, depressie en obesitas. Ook komen er zelfmanagement-programma's voor chronisch zieken. Die programma's houden in dat de patiënt verantwoordelijkheid neemt voor zijn eigen gezondheid, bijvoorbeeld door gezonder te eten en meer te bewegen. Een leefstijl die eraan bijdraagt dat de ziekte niet verergert.

4.4 Lokaal gezondheidsbeleid en openbare gezondheid

De openbare gezondheidszorg staat dicht bij de bevolking. Het Centrum Gezond Leven bij het RIVM levert kennis over interventies en certificeert de effectieve aanpak. Er worden steunpunten ingericht voor en door lokale professionals in de gezondheidsbevordering. Het ZonMw-programma «Gezonde Slagkracht» stelt gemeenten in staat om samen met lokale en regionale gezondheidspartners programma's op te zetten over alcohol, drugs, tabak en overgewicht.

In het kader van het Convenant Overgewicht gaat Nederland van start met een lokale en samenhangende aanpak van overgewicht. Op lokaal niveau wordt de bevolking gestimuleerd gezond en verantwoord te leven.

Het kabinet begint samen met de VNG en GGD-Nederland het traject Gezond Lokaal-Centraal. Lokale bestuurders hebben hun eigen verantwoordelijkheid op basis van landelijk vastgestelde prioriteiten. Dat is vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (Wpg). Gezond Lokaal-Centraal ondersteunt bestuurders bij het preventiebeleid. Lokaal ontwikkelen partijen een Preventie Toets Overleg, waarin gemeente, GGD'en, zorgaanbieders in de eerste lijn en zorgverzekeraars samenwerken en preventiedoelen vaststellen én behalen.

4.5 Gezondheidsbescherming en ziektepreventie

Het is van belang dat vrijwel alle burgers deelnemen aan het Rijksvaccinatieprogramma (RVP). De vaccinatiecampagne tegen het HPV-virus laat zien dat dit niet vanzelfsprekend is. Onderzocht wordt hoe we de tot dan toe hoge acceptatiegraad van het RVP kunnen handhaven.

Het kabinet moet snel en adequaat kunnen reageren op infectieziekten zoals Nieuwe Influenza A/H1N1 (eerder Mexicaanse griep genoemd) en Q-koorts. Het Centrum Infectieziekten bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) speelt daarbij een centrale rol, in nauwe samenwerking met GGD'en, ziekenhuizen en huisartsen. Diverse bestrijdingsdraaiboeken liggen klaar voor grootschalige uitbraken. Met de aankoop en het indien nodig beschikbaar stellen van 34 miljoen vaccins wil het kabinet onze samenleving tegen de nieuwe griep beschermen. VWS en LNV hebben in 2009 en 2010 middelen beschikbaar voor onderzoek naar de bestrijding van Q-koorts. Op basis van de huidige kennis over de overdracht van Q-koorts is een aantal maatregelen genomen op melkgeitbedrijven. Aan de hand van de resultaten van deze onderzoeken worden de maatregelen aangescherpt.

Onderzocht wordt of de registratie van bijwerkingen in het Rijksvaccinatieprogramma bij het RIVM moet blijven. Dit om belangenverstrengeling te voorkomen en de onafhankelijkheid van de veiligheidsbewaking te garanderen. In elk geval moet het hoge kwaliteitsniveau van registratie van bijwerkingen gehandhaafd blijven. Het kabinet ontwikkelt normen voor het aanbod van preventief gezondheidsonderzoek om de kwaliteit te garanderen. Het toenemend aanbod aan screeningsmogelijkheden en de technologische ontwikkelingen maken het de burger soms moeilijk een

goed geïnformeerde en verantwoorde keuze te maken. Over de inzet van bevolkingsonderzoek naar darmkanker neemt het kabinet in 2010 een standpunt in.

4.6 Seksuele gezondheid

Seksualiteit hoort bij het leven. Het is wel van belang dat mensen weten hoe je met seks omgaat. Het kabinet geeft informatie over seksualiteit en seksuele gezondheid zodat mensen kunnen genieten van gewenste en veilige seks. Mensen moeten op de hoogte zijn van risico's als seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's), ongewenste zwangerschap en seksuele dwang.

Het kabinet vindt het belangrijk dat mensen zelf bepalen hoe ze met seksualiteit omgaan. Niet alleen wensen zijn belangrijk, ook grenzen. Om autonoom beslissingen te kunnen nemen, is weerbaarheid belangrijk. Niemand mag zich gedwongen voelen tegen zijn of haar wil handelingen te verrichten of te ondergaan. Als respect geschonden wordt, moet goede hulpverlening beschikbaar zijn.

5 Kwaliteit en Veiligheid van de zorg

5.1 Inleiding

Mensen moeten erop kunnen vertrouwen dat ze goede en veilige zorg krijgen wanneer dat nodig is. En zorg kunnen kiezen die het best bij hen past. Daarvoor is inzicht in kwaliteit en veiligheid noodzakelijk. Aandacht voor kwaliteit moet vanzelfsprekend zijn. Instellingen zijn daar in eerste instantie zelf verantwoordelijk.

De overheid houdt daar met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) toezicht op. Verder houdt de IGZ regie op de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren en stimuleert zij veiligheidsnormen van het veld. Belangrijke doelstellingen zijn: het bevorderen van kwaliteit van zorg, het effectiever maken van preventie, het vergroten van transparantie en aandacht voor kwetsbare groepen.

De in mei opgerichte Regieraad Kwaliteit van Zorg stimuleert de veiligheid, kwaliteit en doelmatigheid van zorg door een impuls te geven aan het onderhoud en de invoering van richtlijnen en behandelmethoden. Daarbij zal de Regieraad transparantie ten aanzien van over- en onderbehandeling vergroten en daar vervolgens aandacht voor vragen bij veldpartijen. Dat bevordert werken op basis van richtlijnen. En dat werkt betere zorg en besparing van middelen in de hand.

5.2 Kabinetsdoelstellingen 45 en 48

Kabinetsdoelstelling 45: De kwaliteit van de zorg zichtbaar verhogen in 2011 ten opzichte van 2006

45a. De vermijdbare schade in de ziekenhuiszorg is in 2012 gehalveerd
Het veiligheidsprogramma «Voorkom schade, werk veilig» is gericht op het verbeteren van tien inhoudelijke thema's¹ en de invoering van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS). Voor die thema's worden verbeteringen en indicatoren ontwikkeld en toegepast in de ziekenhuissector. Vanaf 2010 registreren de instellingen deze indicatoren. De Inspectie betreft de indicatoren vanaf medio 2011 in het toezicht. De IGZ houdt toezicht op de invoering van het VMS. Eind 2010 of begin 2011

¹ De thema's zijn: Voorkomen van ziekenhuisinfecties na een operatie (POWI); Voorkomen van schade bij patiënten door sepsis (bloedvergiftiging); Vroegtijdige herkenning van patiënten met bedreigde vitale functies; Voorkomen van medicatiegerelateerde fouten; Voorkomen van onbedoelde vermijdbare schade bij oudere patiënten; Voorkomen van sterfte als gevolg van een hartinfarct; Voorkomen van onnodig pijnlijden door patiënten; Voorkomen van incidenten bij het bereiden en toedienen van high-risk medicatie; Voorkomen van verwisseling van patiënten en bij patiënten; Voorkomen van nierinsufficiëntie bij gebruik van contrastmiddelen en medicatie.

komen ook cijfers beschikbaar van een tussentijds onderzoek naar vermijdbare schade en sterfte in ziekenhuizen.

Op het terrein van de medische technologie zal de IGZ worden gevraagd de basisset prestatie-indicatoren uit te breiden met een indicator over onderhoud en vervanging van de medische apparatuur van de instelling of specifieke afdeling. De mogelijkheden van certificering van onderhoudsdiensten worden onderzocht.

In richtlijnen dient aandacht te worden gegeven aan vaardigheden en opleidingseisen ten aanzien van de toepassing van medische technologie. De Regieraad is gevraagd aandacht te besteden aan dit thema.

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

Als mensen informatie hebben over de kwaliteit van geleverde zorg kunnen ze de zorg kiezen die bij hen past. Tegelijk kunnen zorgverzekeraars zorg beter en efficiënter inkopen. Kwaliteitsinformatie over steeds meer sectoren of zorgaanbieders is te vinden op www.kiesBeter.nl. In 2010 is dat een feit voor de behandeling van bijna 30 aandoeningen. In 2011 wil het kabinet dat informatie over de kwaliteit voor 80 aandoeningen beschikbaar is.

In 2009 komt er een Programma Advies Commissie (PAC) om samenhang te brengen in de verschillende indicatoren, waarmee de ziekenhuizen te maken hebben. Die worden in 2010 uitgewerkt tot een samenhangende set indicatoren, zodat burgers en zorgverzekeraars de prestaties nog beter kunnen vergelijken.

45c. Cliënten geven 90 procent van de zorgaanbieders in de AWBZ een voldoende voor de kwaliteit van de zorg

De ervaringen van cliënten met AWBZ-zorg moeten zichtbaar worden. Het gaat om alle drie de kernsectoren in de AWBZ: Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT), Gehandicaptenzorg (GZ) en Geestelijke Gezondheidszorg (ggz). Hierbij wordt gebruik gemaakt van cliëntervaringsgegevens middels een Consumer Quality (CQ)-index. De kwaliteit van de geleverde prestaties van zorginstellingen zullen ook gemeten worden aan de hand van daarvoor ontwikkelde zorginhoudelijke indicatoren.

Voor de VVT zullen in 2010 voor 100 procent van de aanbieders de Consumer Quality (CQ)-index gegevens beschikbaar zijn. Voor de gehandicaptenzorg is dat in 2011 het geval voor twee derde van de zorginstellingen. Wel zullen voor GZ voor 80 procent van de zorginstellingen zorginhoudelijke indicatoren beschikbaar zijn. Voor de ggz zal de CQ-langdurige zorg en CQ-klinische zorg worden ingevoerd. Deze indicatoren worden gepubliceerd in het jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. In 2010 brengt het kabinet meer samenhang in die indicatoren met de bedoeling dat burgers en zorgverzekeraars de prestaties kunnen vergelijken.

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

Het kabinet versterkt de juridische positie van de cliënt. Ook de plichten van de cliënt ten opzichte van de zorgverlener worden wettelijk vastgelegd. Het voorstel van Wet cliëntenrechten zorg (WCZ) wordt naar de Tweede Kamer gestuurd.

Het kabinet wil dat in 2010 de helft van de zorginstellingen zich aansluit bij de onpartijdige geschillencommissie. De positie van patiënten-,

gehandicapten- en ouderenorganisaties wordt verstevigd door de subsidieregeling te verfijnen en samenwerking te bevorderen.

Kabinetsdoelstelling 48: Verbeteren en versterken van de palliatieve zorg
Mensen moeten waardig kunnen sterven. Daarom ziet het kabinet scherp toe op de deskundigheid van verzorgenden, verpleegkundigen en artsen, zodat patiënten in een terminale fase snel en goede verzorging krijgen. De toegankelijkheid en beschikbaarheid van palliatieve zorg moet verder worden ontwikkeld. Dat kan door de subsidieregeling Palliatieve Terminale Zorg te verbeteren. Hiervoor stelt VWS in 2010 € 4,2 miljoen extra beschikbaar. Ook wordt € 2 miljoen extra beschikbaar gesteld voor de tegemoetkoming in de huisvestingslasten van de bijna-thuishuizen en high care hospices. Daarnaast wordt de termijn van één jaar palliatieve zorg waarop iemand recht heeft, losgelaten.

Bij palliatieve zorg speelt de sociale omgeving van de patiënt een belangrijke rol. Uitgezocht wordt hoe we meer mensen kunnen informeren over palliatieve zorg. Vrijwilligers worden verder geschoold. Verder worden kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld, zoals indicatoren en het project «Palliatieve zorg kan beter».

6 Participatie

6.1 Inleiding

In onze samenleving moet iedereen kunnen participeren. Voor de meeste mensen is dit een vanzelfsprekendheid, maar er zijn mensen die daarbij moeten worden geholpen. Wanneer dat het geval is, moeten zij ervan op aan kunnen dat hulp of ondersteuning beschikbaar is. Het kabinet wil daarbij de weerbaarheid, het respect en de autonomie van kwetsbare mensen versterken, zodat zij zo veel en zo lang mogelijk zelfstandig kunnen meedoen en eigen keuzes kunnen maken. Mensen moeten zich prettig en vertrouwd voelen in hun directe omgeving. In 2010 is er extra aandacht voor welzijn nieuwe stijl.

6.2 Wmo

De Wmo – Wet maatschappelijke ondersteuning – biedt gemeenten, burgers en instellingen de mogelijkheid op een vernieuwende wijze werk te maken van participatie. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor een adequaat ondersteuningsaanbod bijvoorbeeld voor mantelzorgers en vrijwilligers, zodat zij zich met plezier en zonder overbelasting kunnen inzetten.

In 2010 worden er – samen met de gemeenten van het project «Wmo-in-de-buurt» en met relevante landelijke veldpartijen – basisfuncties voor sociale samenhang ontwikkeld.

Welzijn heeft waarde als algemene voorziening voor zelfredzaamheid, participatie en ontmoeting. Maar ook als middel om specifieke lokale problemen adequaat op te kunnen oplossen, bijvoorbeeld naar opleiding of naar werk leiden van moeilijk bemiddelbare groepen.

Welzijn nieuwe stijl richt zich op relaties tussen welzijn en haar opdrachtgevers en geeft richting voor effectieve interventies. Daarbij staat het creëren en versterken van sociale netwerken en *empowerment* centraal. Het kabinet ondersteunt verder innovatie via het programma Beter in Meedoen en activiteiten van Movisie. Eind 2009 verschijnt een evaluatie van de Wmo.

6.3 Kabinetsdoelstellingen 35 en 47

Kabinetsdoelstelling 35: Uitbreiding van het aantal vrijwilligers en behoud van het aantal mantelzorgers in 2011

Vrijwilligers en mantelzorgers maken het mogelijk dat mensen kunnen meedoen in de samenleving. Zij zorgen voor ondersteuning, sociale binding en zijn zelf hét voorbeeld van actief burgerschap. Door maatschappelijke ontwikkelingen zoals vergrijzing, wordt de inzet van vrijwilligers en mantelzorgers nog belangrijker. Nederland loopt in de wereld voorop als het gaat om vrijwillige inzet. Het kabinet wil koploper blijven en ervoor zorgen dat er ook in de toekomst genoeg vrijwilligers en mantelzorgers zijn.

In 2010 ligt de nadruk op het invoeren van «basisfuncties» voor vrijwilligerswerk en mantelzorg. Deze geven richting aan lokale partijen bij de opdracht aan de gemeente om vrijwilligers en mantelzorgers te ondersteunen.

Het kabinet stimuleert het vrijwilligerswerk in de zorg met het meerjarige programma «Zorg beter met vrijwilligers». In 2010 worden met het bedrijfsleven verdere afspraken gemaakt ter bevordering van mantelzorg-vriendelijk personeelsbeleid. Verder wordt een stimuleringsplan uitgevoerd voor vrijwilligerswerk door werknemers.

Kabinetsdoelstelling 47: Beter hulp en opvang van tienermoeders

In 2007 hebben 2 540 tienermeisjes een kind gekregen (bron: CBS). Het betreft meisjes die ten tijde van de geboorte jonger waren dan 20 jaar. Dit is vrijwel hetzelfde aantal als een jaar eerder. Veel tienermoeders zijn in staat – veelal met hulp van familie en vrienden – goed voor hun kind en zichzelf te zorgen. Sommige van deze meisjes hebben echter hulp en opvang nodig om zich voor te bereiden op een zelfstandig bestaan met hun kind. De verantwoordelijkheid voor de vrouwenopvang en de opvang van tienermoeders ligt bij de 35 centrumgemeenten. De centrumgemeenten kunnen de specifieke uitkering vrouwenopvang gebruiken voor hulp en opvang voor tienermoeders. Aan deze uitkering is in totaal structureel € 0,65 miljoen toegevoegd voor deze groep.

6.4 Bescherming en weerbaarheid bij geweld in afhankelijkheidsrelaties

Veertig procent van de mensen in Nederland krijgt op een of andere manier in zijn of haar leven te maken met huiselijk geweld. Geweld in afhankelijkheidsrelatie is vaak onzichtbaar.

Slachtoffers van huiselijk en eengerelateerd geweld en vrouwelijke genitale verminking horen tijdig goede opvang te krijgen. Slachtoffers of mensen die risico lopen moeten hun weerbaarheid kunnen vergroten om hun zelfrespect terug te krijgen en weer regie te nemen over hun leven. Het actieprogramma «Beschermd en Weerbaar» wordt verder uitgevoerd. Om slachtoffers te ondersteunen, legt het kabinet in 2010 het wetsvoorstel Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling voor aan de Tweede Kamer. Met een meldcode zijn professionals beter in staat risico's vroegtijdig te signaleren. Daarmee kan geweld worden voorkomen of zo snel mogelijk worden gestopt.

Aan het einde van deze kabinetsperiode is voor de slachtoffers van geweld in afhankelijkheidsrelaties voldoende opvang geregeld. Onderzocht

wordt hoe de bestaande opvang structureel kan worden aangepast aan de vraag van bijvoorbeeld mannelijke slachtoffers van geweld of slachtoffers van mensenhandel.

Voor de bestrijding van vrouwelijke genitale verminking wordt het zogenoemde medisch certificaat ingevoerd. Door dit document – op vrijwillige basis – te ondertekenen, verklaren ouders dat zij hun dochter niet laten besnijden. Op Europees niveau zet het kabinet zich verder in om besnijdenis bij vrouwen en meisjes tegen te gaan.

6.5 Gelijke behandeling van mensen met een handicap

Mensen met een handicap mogen zich niet belemmerd voelen door sociale of fysieke drempels. Het kabinet houdt er bij het maken van nieuwe wetten en regels rekening mee dat de rechtspositie van mensen met een beperking wordt versterkt. Het uitgangspunt is gelijke behandeling. Dat geldt ook op lokaal niveau.

In 2010 treedt een regeling in werking voor een toegankelijk openbaar vervoer. De Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (Wgbh/cz) wordt daarmee ook voor het openbaar vervoer van kracht. Het kabinet treft voorbereidingen, zodat Nederland in 2010 het VN-verdrag voor de rechten van mensen met een handicap kan ratificeren.

Wie chronisch ziek of gehandicapt is, heeft vaak extra kosten. De Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) regelt dat zij daarvoor een compensatie kunnen krijgen, indien zij aan de voorwaarden voldoen. In 2010 worden de eerste forfaits uitgekeerd.

7 Innovatie

7.1 Inleiding

Het stimuleren van innovatie is een belangrijke doelstelling van het kabinet om de zorg op termijn betaalbaar en toegankelijk te houden. Innovatie is een samenspel van zorgaanbieders, verzekeraars, bedrijfsleven en wetenschap. Het slimmer en efficiënter organiseren van de zorg in netwerken rondom de patiënt draagt bij aan betere zorgverlening. Ook speelt innovatie een rol om de werkdruk te verlagen en de veiligheid te vergroten.

Kabinetsdoelstelling 46: Meer patiëntgerichte zorg door vernieuwing zorgconcepten en innovatie

Nieuwe zorgconcepten kunnen de positie van de patiënt en de rol van de professional versterken. Werkprocessen slimmer organiseren, arbeidsbesparende technologie beter benutten, dat verlicht het werk van de professional. Die kan zich dan, ondanks de toenemende krapte op de arbeidsmarkt, beter concentreren op zijn oorspronkelijke taken met behoud van persoonlijke aandacht voor cliënten.

Samenhangende communicatie – zoals ICT-toepassingen en telemonitoring – kan de kwaliteit van zorg verbeteren. ICT is er niet alleen voor de professional, maar ook voor de cliënt. Een goed voorbeeld is MijnZorgnet, dat voor 2008–2010 de experimenteerstatus heeft ontvangen. MijnZorgNet richt zich op Parkinson en vruchtbaarheidsproblemen. In de care zetten innovaties, zoals de valpreventiebus en de alarmmat, aan tot meer regie en zelfredzaamheid.

Het kabinet wil de kwaliteit van zorg verbeteren door de verdere landelijke invoering van het elektronisch patiëntendossier (EPD). De Wet op het EPD ligt ter behandeling in de Eerste Kamer. Een aantal zorgaanbieders werkt al met het landelijk elektronisch medicatiedossier en het waarneem-dossier huisartsen. Als de Eerste Kamer de Wet op het EPD aanvaardt, zijn zorgaanbieders verplicht zich aan te sluiten op het landelijk schakelpunt en deel te nemen aan het landelijk EPD. De elektronische toegang van de patiënt tot zijn eigen EPD moet in 2010 een feit zijn.

7.2 Zorginnovatieplatform

Het Zorginnovatieplatform (ZIP) heeft tot doel innovaties aan te jagen en op de agenda te zetten. Het trekt samen op met het rijksbrede programma Nederland Ondernemend Innovatieland van waaruit de maatschappelijke innovatieagenda Gezondheid (MIA G) is opgesteld. Vernieuwingen moeten zichtbaar worden gemaakt en partijen bij elkaar worden gebracht. Het ZIP wil aanjagen en processen versnellen om de positie van patiënten en professionals te verbeteren. Door de mogelijkheden van ICT en technologie beter toe te passen, kan de zorg zich slimmer organiseren en wordt meer ondernemerschap in de zorg mogelijk. Aandacht is er vooral voor chronisch zieken en ouderen. Preventie van chronische ziekten staat in 2010 op de agenda.

Het ZIP verkent in 2010 de mogelijkheden om samen met bedrijfsleven en zorgverzekeraars de ontwikkelingen op het gebied van e-health te versnellen.

Goede innovaties probeert het ZIP vast te houden via opleidingen, bekostigingsstelsels en procedures voor introductie van innovaties in bijvoorbeeld dbc's. Het platform wil leren van innovaties. En nagegaan wordt waar in de bekostiging, opleiding, dbc-ontwikkeling en kwaliteitsbewakingen belemmeringen schuilen voor zorginnovatie.

Voor de periode tot en met 2012 is in totaal bijna € 100 miljoen beschikbaar voor het experimenteren met en in de praktijk brengen van innovaties.

7.3 Innovatie medische producten

Nederland behoort tot de wereldtop als het gaat om patentaanvragen op het gebied van de gezondheidszorg.

Innovatie van medische producten komt niet altijd in de markt tot stand. Zelfs niet als het maatschappelijk belang van deze producten groot is. VWS zal de markt dan op het belang wijzen en partijen bijeen brengen.

Om innovatie van medische producten te bevorderen lopen er programma's waar zorginstellingen, wetenschappers en bedrijven samenwerken aan de ontwikkeling van medische producten. De overheid draagt financieel bij aan deze publiek-private samenwerking, bijvoorbeeld door deelname in het Top Instituut Pharma en het subsidiëren van verschillende ZonMw-programma's.

7.4 Innovatie in zorgprocessen: «In voor zorg», van leren naar doen

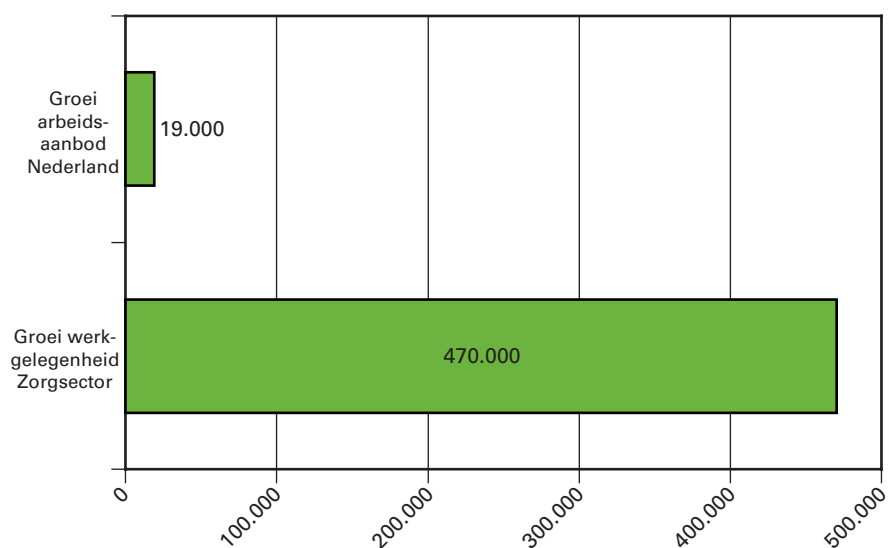
De langdurige zorg sector is een sector in transitie, dit is nodig om aan de uitdagingen voor de toekomst het hoofd te kunnen bieden. Zaken als ketenzorg voor bijvoorbeeld dementerende ouderen, zorg op afstand, doelmatigheidsvergroting, de zorg teruggeven aan de professional zijn noodzakelijke voorwaarden. De instellingen in de langdurige zorg worden in het stimuleringsprogramma «In voor zorg» ondersteund bij het implementeren van de reeds bestaande kennis. Dit zal een grote bijdrage leveren aan de houdbaarheid van de langdurige zorg.

8 Werken in de zorg

8.1 Inleiding

Met meer dan één miljoen arbeidsplaatsen is de zorg de grootste werkgever van Nederland. Van de werknemers is meer dan 90 procent tevreden tot zeer tevreden. De vraag naar zorg neemt wel steeds toe. Om ook in de toekomst goede en veilige zorg te kunnen bieden, stelt het kabinet alles in het werk om voldoende goed geschoold personeel te werven. Zonder extra inzet houden we niet genoeg handen aan het bed. Het kabinet werkt aan het verbeteren van zorgopleidingen, opdat de professionaliteit van het personeel gegarandeerd is. De zorg moet een aantrekkelijke sector blijven om in te werken.

Figuur 1: Groei arbeidsaanbod Nederland en werkgelegenheid zorgsector tot 2025



Bron: CPB, CBS, bewerking VWS.

8.2 Arbeidsmarktbeleid

Het arbeidsmarktbeleid in de zorg valt onder de verantwoordelijkheid van zorginstellingen en sociale partners. VWS ondersteunt hen daarbij. Goede zorg bevordert de arbeidsproductiviteit doordat ziekte en beperkingen kunnen worden voorkomen en mensen sneller beter worden.

Ziekenhuizen moeten minder afhankelijk zijn van medisch specialisten. Dat is mogelijk door de opleiding en inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen¹ en technische assistenten. Deze verpleegkundigen staan met één been in de verpleegkundige wereld en met het andere in de medische wereld. Zij kunnen bepaalde taken van de medisch specialist overnemen, waardoor die zich beter kan richten op zijn kerntaak. Daarbij bewaakt de specialist de gewenste begeleiding van patiënten.

Het kabinet besteedt expliciet aandacht aan de veiligheid van medewerkers in de zorg. Het kabinet gaat door met het project ergocoaches, dat is gericht op het terugdringen van fysieke belasting, agressie en geweld. Een ander voorbeeld is het verhogen van de veilige taakuitoefening door ambulancemedewerkers middels het plaatsen van camera's op de ambulances. Dit in overeenstemming met het door de minister van BZK uitgevoerde programma Veilige Publieke Taak.

¹ HBO-studenten Verpleegkunde kunnen verpleegkundig specialist worden op de onderdelen: Preventieve zorg; Acute zorg; Intensieve zorg; Chronische zorg, en in voorbereiding is Geestelijke gezondheidszorg.

Er wordt een beroep op werknemers in de zorg gedaan om meer uren te werken. Als alle deeltijdwerknemers twee uur per week meer werken, zouden er bij benadering 75 000 minder personeelsleden nodig zijn.

Voor werkgevers wordt levensloopbeleid en investeren in menselijk kapitaal steeds belangrijker. Dit in het kader van een hogere pensioenleeftijd en schaarste op de arbeidsmarkt. Om werkgevers hun organisatie daarop aan te laten passen werkt het kabinet aan personeelsbeleid dat rekening houdt met de verschillende levensfasen van de werknemer.

Ket kabinet investeert € 98 miljoen via het stagefonds in de kwaliteit en kwantiteit van stageplaatsen. Het project «Zorg on Tour» wil jongeren onder de aandacht brengen dat werken in de zorg aantrekkelijk is. Ook zijn er projecten gericht op het werven van specifieke doelgroepen voor een baan in de zorg, bijvoorbeeld lager opgeleiden en allochtonen. Ongeveer € 10 miljoen wordt geïnvesteerd in regionaal arbeidsmarktbeleid. Door innovatie kan de kwaliteit van zorg toenemen en het personeel beter worden ingezet. Het Zorginnovatieplatform richt zich onder andere op deze activiteiten.

9 Governance

9.1 Inleiding

Waar de overheid het aanbod van zorg voorheen direct aanstuurde, hebben aanbieders van zorg en ondersteuning de afgelopen jaren meer ruimte gekregen. Dat leidde ertoe dat de sector de zorg beter kon organiseren om de cliënt kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg te kunnen aanbieden. Dat bracht andere verantwoordelijkheden met zich mee, die bijvoorbeeld in de thuiszorg tot problemen hebben geleid.

9.2 Ruimte en rekenschap

In de brief «Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning» zijn voorstellen gedaan om de ingezette trend naar meer ruimte voor aanbieders van zorg en ondersteuning daadwerkelijk ten goede te laten komen aan de cliënt. Het succes van deze maatregelen staat of valt met instellingen die op deugdelijke wijze worden bestuurd. Het moet vanzelfsprekend zijn dat bestuurders in de zorg hun maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen.

Het veld werkt aan een code die randvoorwaarden schept voor het beloningssysteem in de zorg. Inkomens moeten maatschappelijk aanvaardbaar zijn en gekoppeld zijn aan geleverde prestaties. Onredelijke topinkomens moeten kunnen worden aangepakt.

9.3 Verantwoordelijkheid

De overheid verheldert de verdeling van verantwoordelijkheden. De positie van de Raad van Bestuur en de interne toezichthouders moeten worden versterkt. In de Raad van Bestuur moet één bestuurder verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit en daarop aanspreekbaar zijn. Bij een hogere kwaliteit hoort inzichtelijk verantwoording afleggen. Cliëntenraden en lokale overheden krijgen een sterkere positie. In geval van fusies wordt het toezicht door de IGZ verscherpt.

Belanghebbenden moeten meer mogelijkheden krijgen om in te grijpen als de kwaliteit en de continuïteit van zorgverlening in gevaar dreigen te komen. Met een *early warning* systeem kunnen instellingen waar financiële problemen op de loer liggen sneller worden signaleerd. Instellingen kunnen vervolgens zelf maatregelen ter verbetering nemen.

Daarnaast wordt het instrumentarium van de overheid om in te kunnen grijpen uitgebreid om doorlevering van cruciale zorg aan cliënten te garanderen.

9.4 Resultaat afhankelijke vergoeding

De belangen van kapitaalverschaffers mogen nooit de overhand hebben boven de continuïteit en kwaliteit van de zorg. Het maatschappelijke doel moet wettelijk worden beschermd. Dit vraagt om een structurele versterking van de zeggenschap van bestuurders en interne toezichthouders ten aanzien van strategische beslissingen die direct van invloed zijn op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg.

Beslissingen over investeringen, fusies, strategische allianties en het afstoten van activiteiten blijven voorbehouden aan de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht. De bestaande zeggenschapsrechten van aandeelhouders in bv's in bijvoorbeeld de thuiszorg en de eerstelijnszorg worden aangescherpt.

Het kabinet wil enerzijds meer ruimte voor ziekenhuizen en anderzijds strikter beleid en minder ruimte als het gaat om thuiszorg en eerstelijnszorg. We willen immers af van ondernemers in de thuiszorg en de eerstelijnszorg, die slechte zorg verlenen, maar wel winst in eigen zak steken. De «cowboys».

Het kabinet zal uitwerken onder welke voorwaarden in de cure een resultaatsafhankelijke vergoeding voor privaat kapitaal kan worden toegestaan.

Voorop staat in alle gevallen de waarborging van publieke belangen waaronder kwaliteit en continuïteit van zorg. Van een «ongeclausuleerde winstuitkering» is geen sprake. Bezien wordt op welke wijze dit via de maatschappelijke onderneming kan plaatsvinden. In de instellingen voor AWBZ-zorg zal een resultaatsafhankelijke vergoeding niet worden toegestaan.

10 Ethiek en gezondheid

10.1 Orgaandonatie

VWS gaat verder met het Masterplan Orgaandonatie. Het kabinet wil dat er meer transplantaties worden uitgevoerd en dat beschikbare donoren zo goed mogelijk worden benut.

In het najaar van 2009 gaat een meerjarige campagne van start waarin mensen worden geïnformeerd over orgaandonatie en worden opgeroepen donor te worden. Er bestaan nog steeds wachtlijsten voor organen. Elk jaar komen er mensen bij. Mensen moeten zich realiseren dat je met donororganen levens kunt redden. Uiteraard moeten mensen de keuze om donor te zijn vrij en weloverwogen kunnen maken. De lichamelijke integriteit staat hierbij centraal.

Betere voorlichting en betere organisatie in de ziekenhuizen leiden tezamen met de eventuele invoering van het Activerende Toestemming Systeem (ATS) mogelijk tot een toename van het aantal postmortale transplantaties met 25 procent in 2013. De Tweede Kamer beslist waarschijnlijk in het najaar van 2009 over de invoering van het ATS.

Met proefprojecten in regio's waarin ziekenhuizen op het vlak van donaties samen optrekken, werkt het kabinet aan een optimale benutting van het donorpotentieel. In 2010 worden de eerste resultaten verwacht.

10.2 Standpunt toekomstvisie CCMO

In 2009 is door de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO) een toekomstvisie uitgebracht. Het is een visie op het Nederlandse toetsingssysteem voor medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen voor de komende tien jaar. Het kabinet komt eind 2009 met een standpunt.

10.3 Euthanasie

Euthanasie is een beladen onderwerp. Om zorgvuldigheid te garanderen is inzicht in de praktijk van euthanasie en hulp bij zelfdoding van belang. In 2010 wordt de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding geëvalueerd. Daarbij wordt onder meer gekeken naar het meldingspercentage van gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding.

11 Oorlogsgetroffenen

Het kabinet wil de herinnering aan de oorlog en de aandacht voor oorlogsslachtoffers respectvol bewaren. In 2010 wordt stilgestaan bij het feit dat er 65 jaar geleden een einde kwam aan de Tweede Wereldoorlog. Veel organisaties ondernemen hierom extra activiteiten. Denk bijvoorbeeld aan het voorlezen van 102 000 namen van de slachtoffers die vanuit kamp Westerbork zijn gedeporteerd.

Ook wordt volgend jaar het programma Erfgoed van de Oorlog beëindigd. Op een slotconferentie in september worden de resultaten gepresenteerd van dit driejarig programma, gericht op behoud en toegankelijkheid van het erfgoed uit de Tweede Wereldoorlog.

Verder werkt het kabinet aan de overgang van de werkzaamheden van de Pensioen- en Uitkeringsraad (PUR) naar de Sociale Verzekeringsbank (SVB), die per 1 januari 2011 een feit moet zijn.

12 Sport

12.1 De kracht van sport in de samenleving

Sport brengt mensen bij elkaar, dat geldt zowel voor breedtesport als voor topsport. Sport is leuk om te doen, daagt je uit en draagt bij aan een goede gezondheid. Het verbindt mensen. Jongeren en ouderen worden gestimuleerd om meer te sporten en te bewegen. Want wie zich actief met sport bezig houdt, zal zich minder vervelen en heeft meer respect voor anderen.

Dat gebeurt onder meer door sportverenigingen te versterken met de inzet van combinatiefuncties. Iemand is dan in dienst van één werkgever, maar oefent zijn functie uit op diverse terreinen bijvoorbeeld bij een school én een sportclub in de wijk. Dat bevordert tegelijkertijd de sociale cohesie, bijvoorbeeld in de veertig aandachtswijken.

Het kabinet gaat verder met het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen. Ons doel is dat in 2012 tenminste 70 procent van de volwassen Nederlanders voldoende beweegt. Ook stimuleert het kabinet dat mensen met een handicap beter kunnen deelnemen aan sport en bewegen. De kracht van sport wordt ook ingezet om bij te dragen aan armoedebestrijding, welzijn en vredesopbouw in ontwikkelingslanden.

Alle Nederlanders moeten hun talent kunnen ontwikkelen. Talentvolle topsporters moeten het op hoogste internationale niveau kunnen excelleren. De Olympische en Paralympische Winterspelen van Vancouver

bieden daarvoor in 2010 een uitgelezen kans. Goede resultaten in de topsport brengen mensen bij elkaar en zorgt voor enthousiasme om zelf actief te worden in de breedtesport.

12.2 Olympisch Plan 2028

Het Olympisch Plan 2028 kan Nederland motiveren om uit te blinken op alle niveaus. Juist als het economisch tegen zit kan dit een extra impuls geven in ruimtelijk, economisch en sociaal opzicht. Nederland kan nog meer een sportland worden. Een land waar iedereen wel iets doet aan sport en beweging. En waar talenten de kans krijgen uit te groeien tot toppers.

Het kabinet heeft belangrijke ambities aan het Olympisch Plan 2028 gekoppeld. Aandacht voor het herkennen en ontwikkelen van talent, niet alleen in sport maar ook in muziek, kunst, onderwijs en wetenschap. Kansen voor jongeren en volwassenen om mee te doen door stages en vrijwilligerswerk, maar ook door sociale activiteiten en re-integratie. Nederland zet zich met het Olympisch Plan 2028 op de kaart als land dat grote evenementen kan organiseren, als een aantrekkelijke bestemming voor buitenlandse toeristen en als handelspartner. Om onze ambities te realiseren is een breed maatschappelijk draagvlak noodzakelijk.

13 Financieel Beeld op Hoofdpijnen

Deze paragraaf beschrijft het financieel beleid op hoofdpijnen.

Het kabinet neemt de volgende maatregelen in de zorg in het kader van de economische crisis:

- De Regeling Garantie Ondernemingsfinanciering (Regeling GO) zal ook worden opengesteld voor de curatieve zorgsector. Vanaf 1 september is het gedurende één jaar mogelijk dat banken voor financieringen van bouwleningen van zorginstellingen in de curatieve zorg, tot € 50 miljoen per zorginstelling, een gedeeltelijke (50 procent) staatsgarantie kunnen verkrijgen. De banken betalen voor deze garantie een kostendekkende premie. De regeling kent voor de zorg een garantiplafond van € 250 miljoen. De regeling valt onder de begroting van Economische Zaken, artikel 3 een concurrerend ondernemingsklimaat. De openstelling van de regeling GO voor bouwfinanciering van zorginstellingen geschiedt voor rekening en risico VWS;
- De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verhoogt de rentenorm voor langlopende leningen. Dit betekent dat zorginstellingen een hogere vergoeding krijgen voor leningen voor de financiering van (nieuw) bouwprojecten. Door de kredietcrisis dekt de huidige norm de kosten van instellingen niet meer. Hierdoor bestaat de kans dat instellingen met goed onderbouwde investeringsplannen zich genoodzaakt voelen die plannen uit te stellen, vanwege een te lage vergoeding;
- In het aanvullend coalitieakkoord (kamerstuk 31 070, nr. 24) zijn aanvullende middelen beschikbaar gekomen ter stimulering van de bouw. Het gaat om een bedrag van € 160 miljoen voor zowel de cure als de care (totaal € 320 miljoen). Deze middelen dragen eraan bij dat instellingen de financiering van hun bouwplannen eerder rond kunnen krijgen. In latere jaren wordt een besparing bereikt. In de care worden deze middelen vooral ingezet als stimulans voor het wegwerken van de meerbedskamers in de verpleeghuizen en de oranje-rood plaatsen in de gehandicaptensector. Het kabinet zal aandacht vragen voor energiezuinige en duurzame vormen van bouw in de zorg.

Beleidsagenda

De geraamde uitgaven behorend bij het beleidprogramma van het kabinet Samen werken Samen leven worden hieronder gepresenteerd. Vervolgens wordt een totaaloverzicht gepresenteerd van de zorguitgaven, gevolgd door een totaaloverzicht van de begrotingsuitgaven. Ten slotte volgen overzichten met de financiële consequenties van de belangrijkste onderwerpen in deze beleidsagenda.

Doelstellingen kabinet

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

Kabinetsdoelstellingen bedragen x € 1 000					
Nr. kabinetsdoelstelling	Omschrijving	Nr. Beleidsartikel/OD	Geraamde uitgaven 2010	Geraamde uitgaven 2011	Vindplaats
35	Substantiële uitbreiding van het aantal vrijwilligers en behoud van het aantal mantelzorgers in 2011	44.3.2	15 979	14 479	kamerstuk 30 169, nr. 11
45a	De vermijdbare schade in de ziekenhuiszorg is in 2012 gehalveerd	42.3.2 98.3.4	6 307	6 288	kamerstuk 31 016, nr. 8 kamerstuk 28 439 nr. 18 Kamerstuk XX XXX, nr. X
45b	Burgers kunnen op KiesBeter.nl voor 80 aandoeningen zien welke kwaliteit de ziekenhuizen bieden	42.3.1 43.3.1 98.3.4	10 422	9 422	kamerstuk 28 439, nr. 98
45c	Cliënten geven 90 procent van de zorgaanbieders in de AWBZ een voldoende voor de kwaliteit van de zorg	42.3.1 43.3.1	900	900	kamerstuk 28 439, nr. 98
45d	De rechten en plichten van patiënten en cliënten zijn in 2011 wettelijk vastgelegd en de informatie hierover is voor iedereen toegankelijk	42.3.1 43.3.1	41 791	41 436	kamerstuk 31 476, nr. 1
46	Meer patiëntgerichte zorg door vernieuwing zorgconcepten en innovatie	42.3.2 43.3.3	191 749	186 452	kamerstuk 29 282, nr. 79 kamerstuk 29 515 nr. 271 Kamerstuk XX XXX, nr. X kamerstuk 31 466, nr. 21
47	Betere hulp en opvang voor tienermoeders	44.3.4	650*	650	kamerstuk 28 345, nr. 51 kamerstuk 31 474 XVI, nr. 7
48	Verbeteren en versterken palliatieve zorg	43.3.3	21 400	21 400	kamerstuk 29 509, nr. 19

* Uit het actieprogramma «Beschermd en Weerbaar» worden ook middelen ingezet voor deze kabinetsdoelstelling.

Totale premiegefinancierde zorguitgaven

Totale premiegefinancierde zorguitgaven (bedragen x € 1 000 000) ¹			
	2010		2010
41 Volksgezondheid	108	43 Langdurige zorg	22 485
Preventieve zorg (uitvoeren Rijksvaccinatieprogramma)	109	Langdurige geestelijke gezondheidszorg	1 558
Volksgezondheid onverdeeld	- 1	Gehandicaptenzorg	6 010
		Verpleging en verzorging	12 339
42 Gezondheidszorg	33 187	Bovenbudgettaire vergoedingen	114
Huisartsen en gezondheidscentra	2 033	Persoonsgebonden budgetten	2 261
Tandheelkunde en tandheelkundige specialistische zorg	787	Subsidies langdurige zorg	76
Paramedische hulp	604	Beheerskosten/diversen AWBZ	248
Verloskunde en kraamzorg	437	Langdurige zorg onverdeeld	- 121
Dieetadvisering	36		
Extramurale zorg onverdeeld	35	44 Maatschappelijke ondersteuning	178
Algemene en categorale ziekenhuizen	11 083	MEE-instellingen	178
Academische ziekenhuizen	2 849		
Academische component	606	99 Nominaal en onvoorzien	935
Medisch specialisten	2 019	Nominaal en onvoorzien	935
Overig curatieve zorg	571		
Ziekenhuizen, medisch specialisten en overig curatief onverdeeld	581	Overig	3 002
Ambulancevervoer	432	Wmo (gemeentefonds)	1 627
Overig ziekenvervoer	117	Opleidingfonds (begroting VWS)	840
Ziekenvervoer onverdeeld	6	Wtcg (begroting VWS)	499
Farmaceutische hulp	5 522	Begrotingsgefinancierde BKZ-uitgaven	37
Hulpmiddelen	1 386		
Geneeskundige GGZ door instellingen	3 266	Totaal zorguitgaven	60 054
Geneeskundige GGZ door vrijgevestigden	157		
Geneeskundige GGZ onverdeeld	109		
Chronische keten dbc's	242		
Grensoverschrijdende zorg	467		
Beheerskosten uitvoeringsorganen Zvw	6		

Bron: VWS

¹ De som der delen kan afwijken van het totaal.

Totale begrotingsuitgaven

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)			
	2010		2010
41 Volksgezondheid	679 697	47 Oorlogsgetroffenen en herinnering WO II	369 245
1 – Meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl	44 535	1 – Een kwalitatief goed en doelmatig stelsel van materiële en immateriële hulpverlening aan oorlogsgetroffenen WO II in een situatie van afbouw	359 001
2 – Het voorkomen van gezondheidsschade door onveilig voedsel onveilige producten	84 621	2 – De herinnering aan WO II blijft levend en veel mensen – vooral jeugdigen – zijn zich van bewust van de betekenis van WO II	9 335
3 – Het voorkomen van gezondheidsschade door ongevallen	5 497	Personeel en materieel	909
4 – De vermijdbare ziektelast neemt af door een goede bescherming tegen infectie- en chronische ziekten	338 006		
5 – Er is een doelmatig systeem van openbare gezondheidszorgvoorzieningen dat bijdraagt aan een betere volksgezondheid	182 809	98 Algemeen	303 719
6 – Het bevorderen van ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg en bij medisch wetenschappelijk onderzoek	15 332	1 – Beheer en toezicht stelsel	89 992

Beleidsagenda

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)			
	2010		2010
Personeel en materieel	8 897	2 – Internationale samenwerking	9 525
42 Gezondheidszorg	7 472 005	3 – Verzameluitkering VWS	0
1 – De positie van de burger in het zorgstelsel wordt versterkt	1 796	Personeel en materieel	45 411
2 – Zorgaanbieders worden gestimuleerd om het door de burger gewenste zorgaanbod te realiseren	1 297 034	Inspectie Gezondheidszorg	45 411
3 – Zorgverzekeraars bieden alle burgers een betaalbaar verzekerd pakket voor noodzakelijke zorg aan	6 164 865	– Sociaal en Cultureel Planbureau	5 365
Personeel en materieel	8 310	– Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling	1 153
43 Langdurige zorg	5 990 885	– Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	2 997
1 – De positie van de burger in het zorgstelsel wordt versterkt	63 181	– Gezondheidsraad	3 655
2 – Voor iedere cliënt is de noodzakelijke zorg beschikbaar	138 745	– Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek	1 281
3 – De zorg is effectief en veilig en wordt door de cliënt positief ervaren (kwalitatief goede zorg)	166 452	– Strategisch onderzoek RIVM	18 107
4 – De kosten van de zorg zijn maatschappelijk aanvaardbaar	5 618 506	– Strategisch onderzoek NVI	7 720
Personeel en materieel	4 001	– Inspectie Jeugdzorg	5 970
44 Maatschappelijke ondersteuning	304 071	– Personeel en materieel kernministerie	112 543
1 – Burgers worden gestimuleerd actief te participeren in maatschappelijke verbanden	27 645	99 Nominaal en onvoorzien	– 46 855
2 – Burgers bieden anderen vrijwillige ondersteuning en kunnen gebruik maken van (organisaties van) vrijwillige ondersteuning	81 370	1 – Loonbijstelling	175
3 – Burgers met beperkingen kunnen gebruik maken van (algemene) voorzieningen en professionele ondersteuning	74 348	2 – Prijsbijstelling	12 685
4 – Burgers met (psycho) sociale problemen kunnen gebruik maken van tijdelijke ondersteuning	116 811	3 – Onvoorzien	79
Personeel en materieel	3 897	4 – Taakstelling	– 59 794
46 Sport	144 186		
1 – Mensen sporten en bewegen meer voor hun gezondheid	27 894		
2 – Via de sport ontmoeten mensen elkaar, doen mensen mee aan maatschappelijke activiteiten en gaan mensen respectvol met elkaar om	81 682		
3 – De topsport in Nederland staat symbool voor ambitie, is een bron van ontspanning en draagt bij aan ons nationale imago in binnen- en buitenland	32 314		
Personeel en materieel	2 296	Totaal begrotingsuitgaven	15 216 953

Geraamde begrotingsuitgaven bij de belangrijkste onderwerpen in de beleidsagenda 2010

In deze tabel zijn de begrotingsuitgaven bij de belangrijkste onderwerpen in deze beleidsagenda opgenomen. De opbouw van de begroting 2009 naar 2010 is niet in deze beleidsagenda opgenomen. U kunt deze vinden in het verdiepingshoofdstuk van de begroting.

Beleidsagenda

Omschrijving	Nr. Beleids- artikel/OD	Geraamde uitgaven 2010	Geraamde uitgaven 2011	Geraamde uitgaven 2012
Curatieve Zorg				
Vereenvoudiging dbc systematiek	42.3.3	1 048	700	0
Stimuleren projecten patiëntveiligheid ggz	42.3.2	1 500	1 895	175
Langdurige zorg				
Invoeren zorgzwaartebekostiging	43.3.3	2 500	0	0
Palliatieve zorg	43.3.3	21 400	21 400	21 400
Preventie				
Preventieprogramma's ZonMw: 3e (lopend) en 4e (op te starten)	41.3.4	13 003	13 702	10 849
Proefprogramma preventie in het basispakket van de Zorg- verzekeringwet:				
– depressiepreventie en zelfmanagement van chronisch zieken	41.3.4	3 524	0	0
– beweegkuur	46.3.1	10 400	7 900	0
ZonMw Disease management	41.3.4	1 657	1 069	56
Nationaal Programma Diabetes	41.3.4	2 500	2 500	2 500
Kwaliteit en veiligheid				
Ontwikkelen en onderhouden kwaliteitsindicatoren (Project Zizo)	42.3.1, 43.3.1 en 98.3.4	6 200	5 200	2 500
Ontwikkelen CQ-index	42.3.1 en 43.3.1	900	900	900
KiesBeter.nl	42.3.1 en 43.3.1	4 222	4 222	4 222
Veiligheidsprogramma ziekenhuizen	42.3.2	3 050	3 050	3 050
Regieraad kwaliteit en veiligheid	42.3.2	894	614	614
Actieprogramma veilige zorg 1e lijn	42.3.2	527	343	0
ZonMw programma Zorg voor beter	43.3.3	3 800	3 800	0
Subsidies PGO-organisaties	42.3.1 en 43.3.1	41 791	41 436	41 638
Innovatie				
Algemeen innovatiebeleid (zorgbreed), waaronder het ZorgInnovatie- platform	42.3.2	36 000	36 000	36 000
ICT in de Zorg	42.3.2	40 000	40 000	40 000
Werken in de zorg				
Stagefonds	42.3.2. en 43.3.3	98 000	98 000	0
Arbeidsmarktbeleid	42.3.2. en 43.3.3	17 749	12 452	55 395
Participatie				
Uitbreiding vrijwilligers en behoud mantelzorgers	44.3.2	9 000	9 000	9 000
Deskundigheidsbevordering vrijwillige inzet	44.3.2	5 000	3 500	2 500
Mantelzorgcompliment	44.3.2	65 000	65 000	65 000
Actieprogramma Beschermd en weerbaar, waaronder hulp en opvang tienermoeders	44.3.4	33 950	36 450	38 950
Bevorderen seksuele gezondheid	41.3.4	10 758	10 188	9 415
Allochtonen en seksuele gezondheid	41.3.4	1 000	1 000	1 000
Forfaits chronisch zieken en gehandicapten	43.3.4	499 599	511 731	518 296
Tegemoetkoming specifieke zorgkosten	43.3.4	11 120	42 299	42 299
Sport				
Impuls brede scholen, sport en cultuur	46.3.2	23 334	23 334	28 334
Nationaal Actieplan Sport en Bewegen	46.3.1	12 181	17 035	18 632
Talentontwikkeling, waaronder Centra voor Topsport en Onderwijs	46.3.3	11 202	11 221	11 163
Werkplan gehandicaptensport in Nederland	46.3.2	2 498	2 598	2 598
Medische ethiek				
Ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg	41.3.6	15 332	15 446	14 729
Masterplan orgaandonatie	42.3.2	13 680	33 944	22 470

Beleidsagenda

Omschrijving	Nr. Beleids- artikel/OD	Geraamde uitgaven 2010	Geraamde uitgaven 2011	Geraamde uitgaven 2012
Oorlogsgetroffenen Programma Erfgoed van de Oorlog	47.3.2	1 006	0	0

Ontwikkeling zorguitgaven

In de tabel hieronder worden de belangrijkste mutaties van de ontwikkelingen van de premiegefinancierde zorguitgaven van de begroting 2009 tot de begroting 2010 gepresenteerd. Een toelichting op deze mutaties is opgenomen in de bijlage Financieel Beeld Zorg van deze begroting.

Beleidsagenda

Mutaties in de bruto-BKZ-uitgaven en ontvangsten sinds de ontwerpbegroting 2009 (bedragen x € 1 000 000)						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Bruto-BKZ-uitgaven stand VWS ontwerpbegroting 2009	58 009,6	61 292,9	65 003,9	69 378,8	73 803,9	
<i>Productieontwikkelingen, mee- en tegenvallers</i>						
a. Actualisatie zorguitgaven 2008 en doorwerking	838,4	804,9	804,5	804,8	804,8	
<i>Maatregelen en beleidsaanpassingen</i>						
b. Preferentiebeleid en verlopen patenten	- 370,0	- 495,0	- 545,0	- 545,0	- 545,0	
c. Tegenvaller receptregelvergoeding, aflopen transitieakkoord en volume (gebruik) geneesmiddelen	223,2	531,8	565,5	565,5	565,5	
d. (pseudo-)WW-premie	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0	
e. Wijziging voorcalculatie	- 67,4	- 53,3	- 55,7	- 58,1	- 59,8	
f. Besparingsverlies niet-indexeren huisartsen	37,0	9,0	6,0	3,0	2,0	
g. Maatregelen medisch specialisten		- 375,0	- 375,0	- 375,0	- 375,0	
h. Tariefmaatregel ggz		- 119,0	- 119,0	- 119,0	- 119,0	
i. Wet geneesmiddelenprijzen	- 12,5	- 72,5	- 80,0	- 80,0	- 80,0	
j. Doelmatig voorschrijven		- 127,0	- 110,0	- 110,0	- 110,0	
k. Variabilisering inschrijftarief		- 60,0	- 60,0	- 60,0	- 60,0	
l. Beloning doelmatig voorschrijven			120,0	60,0	60,0	
m. Zelfverwijzers		- 48,0	- 117,0	- 117,0	- 117,0	
n. Tariefmaatregel alle vrije beroepsbeoefenaren		- 57,5	- 94,3	- 94,3	- 94,3	
o. Pakketuit-/opname		- 3,3	- 3,3	- 3,3	- 3,3	
p. Aanpak topinkomens			- 27,0	- 27,0	- 27,0	
q. Sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten	44,0					
r. Ramingsbijstelling PGB	- 50,0	- 60,0	- 60,0	- 60,0	- 60,0	
s. Vermogensinkomensbijtelling	- 40,0	- 70,0	- 70,0	- 70,0	- 70,0	
t. Invulling taakstelling best practices		- 91,0	- 91,0	- 91,0	- 91,0	
u. Inzet reserve AWBZ knelpunten		- 113,0	- 19,0	- 18,0	- 20,0	
v. Ontbureaucratisering AWBZ			- 50,0	- 50,0	- 50,0	
w. Ramingsbijstelling tariefsmaatregelen AWBZ	- 60,0	- 60,0	- 60,0	- 60,0	- 60,0	
x. Prikkelwerking Wmo			- 50,0	- 50,0	- 50,0	
<i>Technische en macro-economische mutaties</i>						
y. Macro loon- en prijsbijstelling	- 531,8	- 1 362,7	- 2 009,9	- 2 835,1	- 3 709,5	
z. IJklijnmutaties	- 100,9	80,7	96,2	106,3	108,1	
aa. Diverse mutaties	17,4	152,4	106,9	100,7	103,7	
bb. Financieringsschuif	- 21,0					
<i>Totaal mutaties</i>	<i>- 63,6</i>	<i>- 1 558,5</i>	<i>- 2 267,1</i>	<i>- 3 152,5</i>	<i>- 4 026,8</i>	
Bruto-BKZ-uitgaven stand VWS ontwerpbegroting 2010	57 946,0	59 734,4	62 736,8	66 226,3	69 777,1	73 506,2
BKZ-ontvangsten stand VWS ontwerpbegroting 2009						
I. Vermogensinkomensbijtelling	- 40,0	- 70,0	70,0	- 70,0	- 70,0	
II. Wtcg	5,0	10,0	10,0	11,0	11,0	
III. IJklijnmutaties	- 7,2	- 11,4	- 5,3	- 3,9	- 2,6	
<i>Totaal mutaties</i>	<i>- 42,2</i>	<i>- 71,4</i>	<i>- 65,3</i>	<i>- 62,9</i>	<i>- 61,6</i>	
BKZ-ontvangsten stand VWS ontwerpbegroting 2010	2 951,3	2 975,2	3 260,9	3 409,1	3 577,2	3 747,9
Netto-BKZ-uitgaven stand VWS ontwerpbegroting 2009	55 016,1	58 246,3	61 677,7	65 906,8	70 165,1	
Netto-BKZ-uitgaven stand VWS ontwerpbegroting 2010	54 994,7	56 759,2	59 475,9	62 817,2	66 199,9	69 758,3

Bron: VWS

Artikel 41 Volksgezondheid

41.1 Algemene beleidsdoelstelling

Een goede volksgezondheid, waarbij mensen gezond leven en zo min mogelijk bloot staan aan bedreigingen van hun gezondheid.

Belangrijkste beleidsonderwerpen
2010

Belangrijkste beleidsonderwerpen 2010

Op 24 september 2007 is de kabinetsvisie op gezondheid en preventie naar de Tweede Kamer gestuurd (kamerstuk 22 894, nr. 134). Via 4 beleidslijnen wil het kabinet de volksgezondheid verbeteren. De 4 beleidslijnen zijn:

- Bestaande preventiemaatregelen (gezondheidsbescherming en ziektepreventie) in stand houden («dijkbewaking») en innoveren. Het kabinet neemt in 2010 een standpunt in op het advies van de Gezondheidsraad om de vaccinatie tegen Hepatitis B in het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) op te nemen;
- Integraal gezondheidsbeleid. Bij het verbinden van preventie, curatie en langdurige zorg wordt op het gebied van primaire preventie ook aansluiting gezocht bij de specifieke belangen van sectoren buiten de zorg, zoals het onderwijs, de werkgevers en werknemers, gemeenten, de sportsector en andere partijen. Met andere departementen werkt VWS aan een meer integraal en samenhangend gezondheidsbeleid en dient vooral in preventieve zin een concrete bijdrage te leveren aan het verhogen van de levensverwachting, in het bijzonder die van laagopgeleiden. In 2010 zal invulling worden gegeven aan het in het najaar 2009 te verschijnen kabinetsstandpunt op de uitgebrachte adviezen van de RVZ, Onderwijsraad en de Raad voor het Openbaar Bestuur, alsmede van de Sociaal Economische Raad (SER) over parallelle belangen bij gezondheid;
- Preventie via de zorg versterken. Met de vergrijzing neemt het aantal mensen dat lijdt aan chronische ziekten verder toe. In de brief «Programmatische aanpak van chronische ziekten» van 13 juni 2008 (kamerstuk 31 200 XVI, nr. 155) is geschetst wat de ambities op dit gebied zijn. Belangrijk onderdeel van de aanpak gericht op het voorkomen van (het verder verergeren van) chronische ziekten is de curatieve zorg en preventie meer aan elkaar te verbinden. Verder wordt het Nationaal Actieprogramma Diabetes uitgevoerd;
- Bestuurlijke vernieuwing realiseren waar dit nodig is: er wordt gestreefd naar gebiedscongruentie tussen GGD'en en GHOR-regio's. In het wijzigingsvoorstel Drank- en Horecawet is opgenomen dat het toezicht op de naleving overgaat van de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) naar de gemeenten. Het uitgangspunt hierachter is dat gemeenten het toezicht efficiënter kunnen uitoefenen.

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

Op het gebied van medische-ethiek is in 2009 is een aantal wetswijzigingsprocessen gestart die naar verwachting in 2010 in het parlement behandeld zullen worden. Het gaat bijvoorbeeld om de wijziging van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen en de Embryowet. Ook zal een aantal (wets)evaluaties worden gestart. Het gaat onder meer om de evaluatie van de Centrale deskundigencommissie late zwanger-

schapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen, als ook de Embryowet en de Wet levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

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

- De abortushulpverlening en -registratie;
- Uitwerken van standpunten op wetsevaluaties, onder andere Embryowet en Wet op de Medische Keuringen;
- Uitwerking standpunt op het advies van de commissie medisch-wetenschappelijk onderzoek met minderjarigen;
- Uitvoeren van het onderzoeksprogramma Ethiek en Gezondheid bij ZonMw, alsmede Maatschappelijk Verantwoord Innoveren bij de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO).

Ministeriële verantwoordelijkheid

De bewindspersoon van VWS zijn ministerieel verantwoordelijk voor het:

- Bevorderen dat mensen gezonder gaan leven;
- Beschermen van consumenten tegen onveilige consumentenproducten en levensmiddelen;
- Bevorderen van veilig gedrag en een veilige omgeving ter voorkoming van letsels door ongevallen in de privésfeer;
- De vroegopsporing van (risico's op) ziekten;
- Beschermen van burgers tegen (de gevolgen van) infectieziekten en rampen;
- Effectueren van een doelmatige en effectieve openbare gezondheidszorg;
- Scheppen van de randvoorwaarden voor meer preventie via de zorg;
- Bevorderen van ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg en bij het medisch wetenschappelijk onderzoek.

Externe factoren

Externe factoren

Veel ziekte overkomt mensen. Maar ziekte is ook vaak te voorkomen. Door burgers zelf, en via de wijken, op scholen, in de sport, op het werk en in de zorg. Vaak is er sprake van een parallelle van belangen. Om onze beleidsdoelen te bereiken, is samenwerking van belang met andere ministeries, gemeenten, het bedrijfsleven, scholen, werkgevers en werknemers, zorgverzekeraars en -aanbieders (beroepsgroepen), maatschappelijke organisaties en met de sportsector.

Binnen de overheid is een aantal actoren werkzaam op het terrein van de volksgezondheid:

- Gemeenten staan voor de collectieve preventie op lokaal niveau. Elke vier jaar brengen gemeenten een nota lokaal gezondheidsbeleid uit. GGD'en voeren de wettelijke preventietaken van gemeenten grotendeels uit;
- Het RIVM is een expertise- en regiecentrum voor de publieke gezondheid. Daartoe zijn er centra voor Infectieziektebestrijding, Bevolkingsonderzoek, Gezond Leven en Gezondheid en Milieu;
- De Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) handhaaft de wettelijke regels voor alcohol, tabak, eet- en drinkwaren en consumentenproducten;
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt onder meer toezicht op de volksgezondheid en de openbare gezondheidszorg.

Het nationale preventiebeleid is deels afhankelijk van ontwikkelingen in EU-verband of op mondiaal niveau. Nederland is actief op het terrein van voedsel- en productveiligheid en infectieziektebestrijding in EU- en WHO-verband.

Prestatie-indicatoren

Prestatie-indicatoren

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

Prestatie-indicatoren					
	1995	2000	2005	2007	Streefwaarde 2010
Absolute levensverwachting in jaren:					
– mannen	74,6	75,5	77,2	78,0	≥ 78,0
– vrouwen	80,4	80,6	81,6	82,3	≥ 82,3
Waarvan jaren in goed ervaren gezondheid:					
– mannen	60,8	61,5	62,5	64,7	≥ 64,7
– vrouwen	61,9	60,9	61,8	63,4	≥ 63,4

Bron: CBS-Statline (www.cbs.nl/statline) (Voor het berekenen van de levensverwachting in als goed ervaren gezondheid is het aantal «gezonde» jaren bepaald op basis van de vraag «Hoe is over het algemeen met uw gezondheidstoestand?» Mensen die deze vraag beantwoorden met «goed» of «zeer goed» worden gezond genoemd.

Toelichting:

Het kabinet streeft ernaar Nederland terug te brengen naar de top vijf van Europese landen met de hoogste levensverwachting. Het kabinet wil er aan bijdragen dat de burger gezonder gaat leven, maar wel met inachtneming van het gegeven dat mensen zelf verantwoordelijk zijn voor hun leefstijl. Op dit moment staat Nederland voor mannen op het gemiddelde van de 15 «oude» EU-landen en voor vrouwen op het gemiddelde van de EU-27.

41.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven:

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Verplichtingen	705 758	852 943	667 450	661 476	635 541	625 022	623 474
Uitgaven	601 290	875 670	679 697	668 059	640 961	625 732	623 474
Programma-uitgaven	592 600	866 508	670 800	660 059	632 961	617 732	615 474
1. Meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl	39 910	43 730	44 535	39 375	39 375	38 775	38 825
2. Het voorkomen van gezondheidsschade door onveilig voedsel onveilige producten	80 324	83 306	84 621	78 082	77 985	77 985	77 985
3. Het voorkomen van gezondheidsschade door ongevallen	4 971	5 482	5 497	5 497	4 647	4 647	4 597
4. De vermijdbare ziektelast neemt af door een goede bescherming tegen infectie- en chronische ziekten	290 409	574 659	338 006	335 721	333 094	335 931	340 660
5. Er is een doelmatig systeem van openbare gezondheidszorg-voorzieningen dat bijdraagt aan een betere volksgezondheid	162 527	143 668	182 809	185 938	163 131	145 752	138 765
6. Het bevorderen van ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg en bij medisch wetenschappelijk onderzoek	14 459	15 663	15 332	15 446	14 729	14 642	14 642
Apparaatsuitgaven	8 690	9 162	8 897	8 000	8 000	8 000	8 000
Ontvangsten	14 198	22 653	21 653	15 623	15 623	15 623	15 623

Beleidsartikelen/Artikel 41

Budgetflexibiliteit begrotingsuitgaven:

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2010	2011	2012	2013	2014
<i>1. Meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl</i>	44 535	39 375	39 375	38 775	38 825
– Juridisch verplicht	43 241	35 565	32 274	28 454	24 934
– Bestuurlijk gebonden	0	0	0	0	0
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	1 294	3 810	7 101	10 321	13 891
<i>2. Het voorkomen van gezondheidsschade door onveilig voedsel en onveilige producten</i>	84 621	78 082	77 985	77 985	77 985
– Juridisch verplicht	84 134	77 401	77 087	76 774	76 462
– Bestuurlijk gebonden	0	220	220	220	220
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	487	461	678	991	1 303
<i>3. Het voorkomen van gezondheidsschade door ongevallen</i>	5 497	5 497	4 647	4 647	4 597
– Juridisch verplicht	5 347	5 000	3 805	3 383	2 962
– Bestuurlijk gebonden	0	0	0	0	0
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	150	497	842	1 264	1 635
<i>4. De vermijdbare ziektelast neemt af door een goede bescherming tegen infectie- en chronische ziekten</i>	338 006	335 721	333 094	335 931	340 660
– Juridisch verplicht	336 842	333 119	328 206	330 484	333 447
– Bestuurlijk gebonden	0	150	150	150	150
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	1 164	2 452	4 738	5 297	7 063
<i>5. Er is een doelmatig systeem van openbare gezondheidszorgvoorzieningen dat bijdraagt aan een betere volksgezondheid</i>	182 809	185 938	163 131	145 752	138 765
– Juridisch verplicht	182 281	31 979	30 876	30 259	29 564
– Bestuurlijk gebonden	0	152 806	130 655	113 276	106 289
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	528	1 153	1 600	2 217	2 912
<i>6. Het bevorderen van ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg en bij het medisch wetenschappelijk onderzoek</i>	15 332	15 446	14 729	14 642	14 642
– Juridisch verplicht	15 146	2 897	2 213	2 008	1 568
– Bestuurlijk gebonden	0	11 958	11 958	11 958	11 958
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	186	591	558	676	1 116

Toelichting:

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

- *Operationele doelstelling 1:* Uitgaven naar aanleiding van de hoofdlijnenbrief alcoholbeleid (kamerstuk 27 565, nr. 35, beleid gericht op het voorkomen van schadelijk alcoholgebruik met een sterke focus op het alcoholgebruik door jongeren), preventie van schadelijk drugsgebruik, preventie overgewicht en voeding.
- *Operationele Doelstelling 4:* Uitgaven naar aanleiding van de brief Programmatische aanpak van chronische ziekten (kamerstuk 31 200 XVI, nr. 155), uitvoeren van het Nationaal Actieprogramma Diabetes en zelfmanagement chronische ziekten. Daarnaast voorlichting en implementatie op het gebied van International Health Regulations.
- *Operationele Doelstelling 5:* Uitgaven ter uitvoering van de kaderbrief 2007–2011 visie op gezondheid en preventie (kamerstuk 22 894, nr. 134) en voorbereiding op crisis en rampen.

Premie-uitgaven:

In de tabel hieronder zijn de beschikbare middelen opgenomen voor de premie-uitgaven op het terrein van volksgezondheid. Hierin zijn de budgettaire consequenties van de besluitvorming rond de Eerste suppletore begroting 2009 en de begroting 2010 verwerkt. Voor 2009 is de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt, terwijl voor 2010 en latere jaren de loon- en prijsontwikkeling nog moet worden toegevoegd. Het saldo van de beschikbare middelen en maatregelen, voorzover niet aan de afzonderlijke sectoren toegeedeeld, is opgenomen als onverdeeld.

Premie-uitgaven (bedragen x € 1 000 000)							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Preventieve zorg (uitvoeren Rijksvaccinatieprogramma)	106,8	108,5	108,5	108,5	108,5	108,5	108,5
Ouder- en kindzorg	5,3						
Volksgezondheid onverdeeld			- 0,7	- 1,1	- 1,1	- 1,1	- 1,1
Totaal	112,1	108,5	107,8	107,4	107,4	107,4	107,4
Procentuele mutatie t.o.v. voorgaand jaar		- 3,2%	- 0,6%	- 0,4%	0,0%	0,0%	0,0%

Bron: VWS

Premiegefinancierde prioriteiten

De volgende tabel geeft de premiegefinancierde prioriteiten weer. De beleidsinformatie is opgenomen onder de operationele doelstelling bij de betreffende prioriteit. Bij een onbekend bedrag is een «pm» opgenomen en daar waar budgetneutraliteit het uitgangspunt is een «n.v.t.».

Premiegefinancierde prioriteiten (bedragen x € 1 000 000)						
	OD	2010	2011	2012	2013	2014
Opname ondersteuning bij stoppen met roken in het basispakket van de Zvw met ingang van 1 januari 2011 ¹	41.3.1		20,0	20,0	20,0	20,0
Rijksvaccinatieprogramma (RVP) uitvoeren	41.3.4	108,5	108,5	108,5	108,5	108,5

Bron: VWS

¹ Deze middelen staan nu nog verantwoord op nominaal en onvoorzien

- (P) Rijksvaccinatieprogramma

Het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) heeft tot doel de vaccinatie van alle kinderen in de leeftijdscategorie van 0 tot 12 jaar die in Nederland wonen. De ziekten waartegen gevaccineerd wordt zijn: difterie, kinkhoest, tetanus en polio (DKTP), infectie met Haemophilus Influenzae type B (Hib), bof, mazelen en rodehond (BMR), meningokokken C infecties (Men C), pneumokokken infecties en de HPV-vaccinatie tegen baarmoederhalskanker (meisjes). Het kabinet neemt in 2010 een standpunt in op het advies van de Gezondheidsraad om de vaccinatie tegen Hepatitis B in het RVP op te nemen.

41.3 Operationele doelstellingen

Er zijn zes operationele doelstellingen op het gebied van volksgezondheid:

1. Meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl;
2. Het voorkomen van gezondheidsschade door onveilig voedsel en onveilige producten;
3. Het voorkomen van gezondheidsschade door ongevallen;
4. De vermijdbare ziektelast neemt af door een goede bescherming tegen infectieziekten en chronische ziekten;
5. Er is een doelmatig systeem van openbare gezondheidszorgvoorzieningen dat bijdraagt aan een betere volksgezondheid;

6. Het bevorderen van ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg en bij het medisch wetenschappelijk onderzoek.

41.3.1 Meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl

Motivering

Motivering

De burger is primair zélf verantwoordelijk voor zijn leefstijl. Gemeenten, scholen, werkgevers, sportverenigingen, zorgverzekeraars en- aanbieders spelen ook een belangrijke rol. De gezondheidsbevorderende instituten in samenwerking met het Centrum Gezond Leven (CGL) bij het RIVM ondersteunen deze partijen door voorlichting te geven en leefstijl-interventies aan te bieden. Het kabinet wil gezond leven bevorderen door het roken te ontmoedigen, schadelijk alcoholgebruik te voorkomen, beweging te stimuleren, drugsgebruik tegen te gaan, gezonde voeding te promoten en overgewicht te bestrijden en te werken aan integraal en samenhangend gezondheidsbeleid.

Instrumenten ter bevordering van gezond leven

- Opdrachten en subsidies om gezond leven te stimuleren (€ 18,7 miljoen):
 - RIVM/Centrum Gezond Leven. Het Centrum Gezond Leven krijgt ook de taak een aantal bovenregionale steunpunten in te richten voor en door lokale professionals in gezondheidsbevordering;
 - Programma Gezonde Slagkracht (ZonMw). Dit programma richt zich op de leefstijlonderwerpen alcohol, drugs, tabak en overgewicht. Het programma biedt gemeenten de mogelijkheid om samen met lokale/regionale gezondheidspartners initiatieven te implementeren die de lokale gezondheid verbeteren;
 - Programma Landelijke Leefstijlcampagnes, uitvoering via ZonMw. Dit programma richt zich op de belangrijkste leefstijlonderwerpen, zoals alcohol, drugs, tabak, overgewicht en veilig vrijen;
 - Diverse gezondheidsbevorderende instellingen en preventieprogramma's, zoals op scholen. Bijvoorbeeld «De gezonde School en Genotmiddelen».

- Samenwerking met andere ministeries om gezond leven te stimuleren en de omgeving van de burger gezonder maken.

Het, in samenwerking met JenG en BZK opgestelde, wijzigingsvoorstel Drank- en Horecawet ligt bij de Tweede Kamer (kamerstuk 32 022, nrs. 2 t/m 4). Er komt in samenwerking met de ministeries van Justitie, BZK en JenG in 2009 een hoofdlijnenbrief drugsbeleid en in 2010 een integrale drugsnota en start ZonMw de uitvoering van het 4e preventieprogramma, waarin onder andere met het ministerie van SZW wordt samengewerkt op het gebied van participatie en gezondheid.

Instrumenten ten behoeve van het ontmoedigen van roken

Prestatie-indicatoren					
Indicator	2005	2006	2007	2008	Streefwaarde 2010
Percentage niet-rokers ouder dan 15 jaar stijgt	72%	72%	72%	73%	≥ 73%

Bron: Stivoro, continu onderzoek rookgewoonten; deze indicator wordt jaarlijks gemeten

- (P) Opname ondersteuning bij stoppen met roken in het basispakket van de Zvw met ingang van 1 januari 2011
Het vergoeden van ondersteuning bij stoppen met roken leidt tot meer stoppogingen, waardoor de slaagkans groter wordt. Mede op basis van de afgeronde proefimplementatie is de verwachting dat het percentage niet-rokers zal stijgen.
- Uitvoeren van het Nationaal Programma Tabaksontmoediging 2006–2010
In 2006 is het Nationaal Programma Tabaksontmoediging (kamerstuk 22 894, nr. 78) in 2006 aan de Tweede Kamer aangeboden, mede namens de Nederlandse Hartstichting, het Astma Fonds en KWF Kankerbestrijding. De genoemde partijen maken jaarlijks een actieplan, met daarin de concrete activiteiten voor het daaropvolgende jaar. Het actieplan 2010 zal naar verwachting eind 2009 gereed zijn.
- Rookvrije horeca
De handhavingscapaciteit van de VWA is uitgebreid om toe te zien op de naleving van de rookvrije horeca, sport en kunst/cultuur. Dit zal in 2010 worden doorgezet (€ 1 miljoen).

Instrumenten ter bevordering van gezonde voeding

- Voedingsnota
In de nota «Gezonde voeding, van begin tot eind, nota Voeding en gezondheid» uitgekomen (kamerstuk 31 532, nr. 1) zijn de doelstellingen van gezonde voeding verder toegelicht¹.
De overheid wil de keuze voor gezonde voeding makkelijker maken via beschikbaarheid en aanbod van gezonde producten en door burgers over voldoende informatie te laten beschikken om de gezonde keuze te maken. Kern van de boodschap hierbij is dat het draait om het totale voedingspatroon: gezond, evenwichtig en gevarieerd.
- Monitoring
Gezonde voeding is een belangrijk onderdeel van een gezonde leefstijl, zoals beschreven in de Voedingsnota. Daarom houdt de overheid bij wat mensen eten. Dit gebeurt via voedselconsumptiepeilingen, statusonderzoek en monitoring van productsamenstelling (€ 1,7 miljoen). Deze drie instrumenten worden in samenhang jaarlijks met elkaar programmatisch gepland. Deze gegevens kunnen ook een belangrijke functie hebben ten behoeve van beoordeling van de voedselveiligheid (zie OD 41.3.2).
- Verbeteren van productsamenstelling via zelfregulatie om een gezond voedingspatroon beter mogelijk te maken
Door middel van afspraken tussen het bedrijfsleven onderling en tussen de overheid en het bedrijfsleven wordt gewerkt aan productverbetering door gebruik van gezondere vetten, minder zout, meer groente in levensmiddelen en betere beschikbaarheid van groente en fruit. Bijvoorbeeld via de Taskforce Verantwoorde Vetzusamenstelling en de Taskforce Zoutreductie in Levensmiddelen. Daarnaast vindt er onderzoek plaats naar innovatieve levensmiddelen die een gezond voedingspatroon mogelijk maken in het Top Institute Food and Nutrition, via het innovatieprogramma Food & Nutrition (FND-2) en via publiek gefinancierd onderzoek bij het RIVM, TNO en Universiteit Wageningen.

¹ In de nota «Duurzaam voedsel» zijn de doelstellingen voor gezondheid uit de Voedingsnota overgenomen

- **Onderzoeksprogramma Voeding en Gezondheid**

Dit programma richt zich op het stimuleren van een gezonde leefstijl door het bevorderen van gezonde en verantwoorde voedingspatronen. Via ZonMw worden financiële middelen beschikbaar gesteld voor een programma Voeding en Gezondheid (€ 1,1 miljoen).

- **Uitvoering overgewichtbeleid**

Overgewicht is een door meerdere factoren veroorzaakt probleem, waarop vanuit verschillende sectoren diverse beleidsinstrumenten worden ingezet. De samenhang van deze instrumenten en de wijze waarop deze elkaar versterken zijn beschreven in de nota «Uit balans, de last van Overgewicht» (kamerstuk 31 899, nr. 1) (€ 2,4 miljoen). Daarnaast geeft de nota onder andere een impuls aan:

- Een lokale samenhangende aanpak van overgewicht bij kinderen (onder andere de Gezonde schoolkantine);
- Vervolg op de samenwerking met maatschappelijke partners in het Partnerschap Overgewicht en Convenant Overgewicht. Dit zal onder andere vorm krijgen door de introductie van de Epode (Ensemble Prévenons l'Obésité Des Enfants) aanpak. Dit is een in Frankrijk ontwikkelde interventie die een geïntegreerde lokale aanpak biedt om overgewicht bij kinderen terug te dringen.

Instrumenten ten behoeve van preventie van schadelijk alcoholgebruik

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde 2007	Waarde 2008	Streefwaarde 2010	Streefwaarde 2011
1. Het percentage mensen in algemene bevolking (12+), dat niet zwaar drinkt, stijgt	89,3%	90,0%	90%	91%
2. Het percentage 12-jarigen dat nog nooit alcoholhoudende drank heeft gedronken, stijgt	44,3%	–	48%	50%
3. Het percentage 12–15 jarigen dat nog nooit alcoholhoudende drank heeft gedronken, stijgt	25,6%	–	35%	38%

Bronnen:

1. Periodiek Onderzoek Leefstijl Situatie (POLs), Centraal Bureau voor de Statistiek
2. Peilstationsonderzoek en Health Behaviour of School Aged Children, Trimbos-instituut
3. Zie 2.

- **Vorbereiden implementatie gewijzigde Drank- en Horecawet (DHW)**

De nieuwe maatregelen betreffen onder meer vereenvoudiging van het vergunningstelsel, decentralisatie van het toezicht, introductie van een «experimenteerartikel» in de wet waarmee gemeenten de mogelijkheid krijgen te experimenteren met een lokale verhoging van de leeftijdsgrens (18 jaar) en strafbaarstelling van jongeren (€ 1,3 miljoen).

- **Tijdelijk verscherpen toezicht controle leeftijdsgrenzen Drank en Horecawet (DHW)**

In het bestuursakkoord Rijk-Gemeenten «Samen aan de slag» van 4 juni 2007 is vastgelegd dat het toezicht op de naleving van de Drank- en Horecawet overgaat naar de gemeenten. Vooruitlopend daarop zal de tijdelijke intensivering van het toezicht op de naleving van de leeftijdsgrenzen door de VWA worden gecontinueerd (€ 3,0 miljoen).

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

Prestatie-indicatoren			
	Waarde 2001	Streefwaarde 2010	Streefwaarde 2011
Aantal problematische drugsverslaafden per 1 000 inwoners	3,1	3,1	3,1

Bron: jaarbericht 2007, Nationale Drug Monitor (ggz Nederland).

Toelichting:

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

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

- **Continuëren kwaliteitsverbetering en innovatie**

Met het programma «Resultaten scoren» wil het kabinet bewezen effectieve behandelingen en best practices in de verslavingszorg doelmatig invoeren. In 2010 ligt het accent op de ontwikkeling van een effectief preventie- en behandelprogramma voor kwetsbare groepen (€ 0,3 miljoen).

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

Dit programma is bedoeld om ontspoord gebruik van genotmiddelen en daarmee samenhangend probleemgedrag aan te pakken. Het programma concentreert zich op riskant gedrag in het perspectief van de levensloop (€ 2,0 miljoen). Dit programma loopt in 2010 af. In het kader van de nieuwe drugsnota en na evaluatie zal bezien worden of een nieuw programma geformuleerd dient te worden. Dit zal dan in de tweede helft van 2010 opgesteld worden.

- **Heroïnebehandeling**

Continuering van het verstrekken van subsidies aan de gemeenten voor de behandeling met heroïne op medisch voorschrift voor therapieresistente verslaafden in een aantal steden (€ 16,1 miljoen).

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2010	2011	2012	2013	2014
Specifieke uitkeringen	16 063	16 063	16 063	16 063	16 063
Heroïnebehandeling op medisch voorschrift	16 063	16 063	16 063	16 063	16 063
Instellingssubsidies/Structurele subsidies	6 532	6 532	6 532	6 412	6 412
<i>Waarvan onder andere:</i>					
Stichting Mainline	285	285	285	285	285
Trimbos	4 327	4 327	4 327	4 327	4 327
Stivoro	625	625	625	625	625
Stichting informatievoorziening Zorg (IVZ)	1 175	1 175	1 175	1 175	1 175
Projectsubsidies	14 189	13 701	14 202	13 721	13 891
<i>Waarvan onder andere:</i>					
Medische heroïnebehandeling	471	0	0	0	0
Preventie van schadelijk alcohol- en drugsgebruik	2 608	1 889	1 765	1 765	1 765
Infopunt Roken en de wet	200	200	200	200	200
Overgewicht en voeding	4 278	3 568	3 188	3 386	3 447
Programma Voeding & Gezondheid	1 047	1 122	983	849	0
VWA: Continuering pilot DHW	1 250	0	0	0	0
Monitoring zelfregulering alcohol reclame/market STAP	150	150	150	150	150
Bijdragen aan baten-lastendiensten	7 751	3 079	2 579	2 579	2 459
<i>Waarvan onder andere:</i>					
VWA: Rookvrije horeca	1 000	0	0	0	0
VWA: Verscherpen toezicht controle leeftijdsgrenzen DHW	3 000	0	0	0	0
RIVM: Voedselconsumptiepeiling	447	570	570	450	450
RIVM: Centrum Gezond Leven	2 009	2 009	2 009	2 009	2 009
Totaal	44 535	39 375	39 375	38 775	38 825

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

41.3.2 Het voorkomen van gezondheidsschade door onveilig voedsel en onveilige producten

Motivering

Motivering

Ook in 2010 wil het kabinet de consument beschermen tegen gezondheidsschade als gevolg van onveilig voedsel en onveilige producten. Daartoe neemt VWS een aantal initiatieven op het terrein van:

- Het bevorderen van voedselveiligheid;
- Het bevorderen van productveiligheid.

Burgers hebben vanzelfsprekend een eigen verantwoordelijkheid om zich te beschermen tegen risico's die ze zelf kunnen beperken, zoals zorg dragen voor een goede hygiëne bij de bereiding van levensmiddelen en producten op een veilige en daartoe bestemde manier gebruiken. Via uitvoering door de VWA wordt de consument beschermd tegen gezondheidsrisico's waarop hij zelf weinig of geen invloed heeft om ze te voorzien en te voorkomen. Op het gebied van voedselveiligheid wordt nauw samengewerkt tussen de ministeries van LNV en VWS om optimale synergie te behalen. De Europese en nationale productwetgeving bepalen dat producenten en handelaren primair verantwoordelijk zijn voor het produceren en in de handel brengen van uitsluitend veilige producten en levensmiddelen.

Instrumenten ter bevordering van de voedselveiligheid

- Vaststellen van criteria en eindnormen voor de aanwezigheid van pathogene micro-organismen in levensmiddelen in internationaal verband

Met de Europese normstelling wordt voorkomen dat microbacteriële gevaren via voedsel tot infecties leiden. Salmonella en Campylobacter zijn voorbeelden van pathogenen die in dit verband aangepakt worden. In mondiaal verband (Codex Alimentarius) worden richtlijnen voor virussen in voedsel ontwikkeld.

- Europese regelgeving Consumenteninformatie

Door het voortzetten van de actieve Nederlandse inbreng op het gebied van etikettering, claims en verrijking wordt bevorderd dat de informatie over levensmiddelen helder is, en consumenten kunnen kiezen voor gezonde en veilige levensmiddelen, de administratieve lasten beperkt blijven en innovatie mogelijk blijft.

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

Met Europese normstelling wil het kabinet voorkomen dat consumenten via voedsel te veel residuen van bestrijdingsmiddelen en andere verontreinigingen innemen. Ook wordt met deze normstelling vastgelegd welke additieven en aroma's aan voedselproducten mogen worden toegevoegd. Een van de aandachtspunten voor 2010 is de Europese harmonisatie van regelgeving voor enzymen en rookaroma's in levensmiddelen.

Instrumenten ter bevordering van de productveiligheid

- Bijdragen aan vaststelling en implementeren van de Europese Global Harmonized System Verordening voor de indeling en etikettering van stoffen en preparaten (EU GHS Verordening) voor bedrijfsleven en consumenten

Er wordt voorlichting gegeven aan bedrijven en consumenten over de gewijzigde gevaarsetikettering van producten ter bescherming van de consument tegen risico's van chemische stoffen en het veilig omgaan door het bedrijfsleven met de chemische risico's van producten (€ 0,8 miljoen).

- Actief bijdragen aan een rijksbeleid voor nieuwe risico's

Voor nanotechnologie zal onderzoek naar mogelijke risico's gedaan worden (€ 0,3 miljoen). Dit is onderdeel van het rijksbrede actieplan nanotechnologie. De doelstelling van VWS is het beschermen van de consument tegen de eventuele risico's van nanotechnologie in levensmiddelen en producten.

- Dierproeven en alternatieven voor dierproeven

Via ZonMw draagt VWS bij aan het verminderen, vervangen en verfijnen van dierproeven (€ 0,3 miljoen). Daarnaast loopt een programmeringsstudie met als doel het door de overheid gefinancierde lopende onderzoek in Nederland meer te kunnen stroomlijnen. Dit is onderdeel van de kabinetsvisie alternatieven voor dierproeven (kamerstuk 30 168, nr. 4).

- Vaststellen van eisen aan consumentenproducten in Europees en internationaal verband

Doel is het veiligheidsniveau van producten verder te verhogen en consumenten te beschermen tegen uiteenlopende risico's van producten waaraan zij kunnen worden blootgesteld. Inzet hierbij is ook de lasten voor het bedrijfsleven te verminderen. Het gaat onder meer om:

- In samenwerking met het ministerie van EZ en VWA bevorderen van veiligheid van producten uit niet EU-landen (o.m. China);
- Aanpassen aan de stand van de wetenschap en waar mogelijk vereenvoudigen van Europese productveiligheidsrichtlijnen en -verordeningen.

Geraamde begrotingsuitgaven:

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2010	2011	2012	2013	2014
Instellingssubsidies	1 442	1 442	1 442	1 442	1 442
Stichting Voedingscentrum	1 442	1 442	1 442	1 442	1 442
Projectsubsidies	2 175	1 871	1 774	1 774	1 774
<i>Waarvan onder andere:</i>					
Consumentendatabank	220	220	220	220	220
Voedselinfecties/voedselveiligheid	350	350	350	350	350
Nanotechnologie	250	250	0	0	0
Voorlichting EU GHS Verordening	800	800	800	800	800
Bijdragen aan baten-lastendiensten	80 704	74 469	74 469	74 469	74 469
Voedsel en Warenautoriteit	80 484	74 249	74 249	74 249	74 249
Centraal Justitieel Incassobureau	220	220	220	220	220
Bijdragen aan andere begrotingshoofdstukken	300	300	300	300	300
Bijdrage College Toetsing Bestrijdingsmiddelen	300	300	300	300	300
Totaal	84 621	78 082	77 985	77 985	77 985

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

41.3.3 Het voorkomen van gezondheidsschade door ongevallen

Motivering

Motivering

Het kabinet wil de consument beschermen tegen gezondheidsschade als gevolg van ongevallen. Burgers hebben een eigen verantwoordelijkheid om zich te beschermen tegen risico's die ze zelf kunnen beperken. Dat neemt niet weg dat door gerichte voorlichting en gedragsbeïnvloeding onnodig letsel kan worden beperkt.

In de periode 2001–2003 is een sterke daling opgetreden van het aantal SEH-behandelingen (Spoed Eisende Hulp) voor ongevallen in de privésfeer. Na een aantal jaren waarin het aantal SEH-behandelingen stabiel bleef, is in 2006 echter een kentering opgetreden. Deze stijging heeft zich in 2007 voortgezet.

De voortgang van het beleid wordt gemeten met de volgende indicator:

Prestatie-indicatoren				
	2001	2005	2007	Streefwaarde 2010
Aantal spoedeisende hulpbehandelingen in ziekenhuizen door privé-ongevallen en sportblessures	700 000	600 000	650 000	620 000

Bron: Letsel Informatie Systeem 2001–2007 (Consument en Veiligheid) en CBS

Toelichting:

De vermelde cijfers voor 2001, 2006 en 2007 zijn realisatiecijfers, gebaseerd op het aantal SEH-behandelingen in het betreffende jaar. Omdat het om een schatting gaat, is er afgerond op 10 000.

De streefwaarde in 2010 is gebaseerd op een reductiedoelstelling van 10% in de periode 2001–2008, gevolgd door een additionele reductie van 2,5% in 2010 ten opzichte van 2008. Hierbij is rekening gehouden met bevolkingsprognoses en demografische veranderingen, zoals vergrijzing.

Instrumenten ter voorkoming van gezondheidsschade

- Subsidie verstrekken aan de Stichting Consument en Veiligheid (C&V)
Het doel is om veilig gedrag van consumenten te bevorderen. Om dit te realiseren ontwikkelt C&V maatregelen die ongevallen in de privésfeer moeten voorkomen. Ook onderzoekt de stichting het effect hiervan (€ 4,0 miljoen).

- Voortzetten van intensivering kosteneffectief beleid en versterken intersectorale aanpak
Om de ongunstige ontwikkeling van de stijging van de SEH-behandelingen positief om te buigen, zijn middelen vrijgemaakt om zodoende een verdere daling van letsels door ernstige ongevallen in de privésfeer en daarmee ook een daling van de hoge directe medische kosten die daarmee gemoeid zijn, te realiseren door middel van een projectsubsidie aan de Stichting Consument en Veiligheid (€ 1,3 miljoen). Het gaat om een brede, intersectorale aanpak van letsels door ongevallen in de settings wonen, kinderopvang, school, wijk, vervoer en werk. Daarmee worden we dus ook bestaande inspanningen op het gebied van veiligheid in het verkeer, op het werk en in de privésfeer verbonden.

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2010	2011	2012	2013	2014
Instellingssubsidies	3 994	3 839	2 962	2 962	2 962
Stichting Consument en veiligheid	3 994	3 839	2 962	2 962	2 962
Projectsubsidies	1 503	1 658	1 685	1 685	1 635
<i>Waarvan onder andere:</i>					
Voortzetten van intensivering kosteneffectief beleid en versterken intersectorale aanpak	1 292	896	352	151	0
Totaal	5 497	5 497	4 647	4 647	4 597

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

41.3.4 Minder vermijdbare ziektelast door een goede bescherming tegen infectieziekten en chronische ziekten

Motivering

Motivering

Het kabinet wil de gevolgen van ziekten vermijden door ziekten te voorkomen, tijdig op te sporen en complicaties tegen te gaan. Dat doen wij door:

- Te zorgen voor een goede landelijke structuur om bekende en onbekende infectieziektedreigingen snel te kunnen signaleren en bestrijden;
- Te zorgen voor een goede voorbereiding op grote uitbraken van ziekten, waaronder een griep пандemie (bijvoorbeeld de voorbereiding op Nieuwe Influenza A (H1N1) in 2009);
- Het inrichten van een kwalitatief hoogwaardig Rijksvaccinatieprogramma (RVP) en het instandhouden van een hoge vaccinatiegraad;
- Het versterken van de signalering en bestrijding van zoönosen door betere samenwerking tussen het veterinaire en volksgezondheidsdomein;
- Het internationaal uitwisselen van informatie en afstemmen van voorbereidings- en bestrijdingsmaatregelen;
- Het bevorderen van een goede organisatie van en deelname aan bevolkingsonderzoeken;
- Het zorgen voor een goede structuur rondom de preventie van chronische ziekten. De aandacht ligt hierbij op (toekomstige) grote gezondheidsproblemen die veel leed en kosten met zich meebrengen. Door de vergrijzing, de medisch-technologische ontwikkelingen en leefstijl (o.a. overgewicht) neemt het aantal mensen dat lijdt aan chronische ziekten verder toe. In het kader van het verbinden van curatieve zorg en preventie wordt ingezet op het voorkomen van/of het verder verergeren van deze chronische ziekten (kamerstuk 31 200 XVI, nr. 155).

Instrumenten voor een goede structuur voor infectieziektebestrijding

Prestatie-indicatoren					
	2005	2006	2007	2008	Streefwaarde 2010
Aantal opgespoorde seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's)					
a. Gonorrhoe	1 623	1 757	1 827	1 964	> 1 964
b. Chlamydia	5 988	7 085	7 801	9 403	> 9 403

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

Toelichting:

Een opgespoorde seksueel overdraagbare aandoening (soa) is het startpunt voor behandeling. Het aantal soa's zal voorlopig toenemen. De reden hiervoor is dat er meer testen worden uitgevoerd en daardoor dus meer gevallen gevonden worden. Er is (nog) geen exacte opgave te geven door onderrapportage over de omvang van het aantal geslachtsziekten. (Seksueel overdraagbare aandoeningen (soa): SOA samengevat – Nationaal Kompas Volksgezondheid).

- Opdrachtverlening aan het RIVM/Centrum voor infectieziektebestrijding

Het RIVM/Centrum voor Infectieziektebestrijding heeft de volgende taken:

- Coördinatie en ondersteuning van de uitvoering op het gebied van infectieziektebestrijding en -onderzoek (€ 29,5 miljoen);
- Financiering van een aantal instellingen die zich inzetten voor infectieziektepreventie en -bestrijding (€ 8,1 miljoen) waaronder preventie en bestrijding van soa/hiv;
- Coördinatie van aanvullende curatieve soa-zorg (€ 22,7 miljoen) en aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening voor jongeren (€ 3,6 miljoen).

- **Bevorderen seksuele gezondheid**

Om de seksuele gezondheid te bevorderen verleent VWS subsidie aan diverse gezondheidsbevorderende instellingen (€ 7,5 miljoen) en wordt extra geïnvesteerd in voorlichting over seksualiteit aan alloctonen (€ 1,0 miljoen).

Verder voert ZonMw in opdracht van VWS de volgende activiteiten uit:

- een vijfjarig programma Seksuele gezondheid van de jeugd (€ 1,5 miljoen);
- de ontwikkeling van een veilig vrijen campagne, deze wordt vanaf 2010 uitgebreid met een campagne weerbaarheid (€ 1,7 miljoen in totaal).

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

Prestatie-indicatoren						
	2005	2006	2007	2008	2009	Streefwaarde 2010
<i>Percentage deelname aan:</i>						
1. Griepvaccinatieprogramma (seizoensgriep)	76,9%	74,5%	73,5%	–	–	≥ 73,5%
2. Rijksvaccinatieprogramma	95,8%	94,3%	94,0%	94,5%	95,2%	≥ 95,0%

Bronnen:

1. Het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg: Monitoring Nationaal Programma Grieppreventie 2007

2. RIVM: Vaccinatiegraad Rijksvaccinatieprogramma Nederland, Verslagjaar 2009

Beide indicatoren worden jaarlijks geactualiseerd.

Toelichting:

Als streefpercentage voor deelname aan het griepvaccinatieprogramma (seizoensgriep) is het opkomstpercentage in 2007 aangehouden. In 2008 is de doelgroep uitgebreid (met de groep 60–65 jaar) en de opkomst onder deze groep lijkt lager te liggen dan voor de overige risicogroepen het geval is.

- **Nationaal Programma Grieppreventie via de subsidieregeling Publieke Gezondheid**

Doel van dit programma is om kwetsbare groepen (60+-ers en mensen met een risico-indicatie zoals longziekten, hart- of nieraandoeningen en diabetes mellitus) te beschermen tegen (de ernstige gevolgen van) griep (€ 53,8 miljoen).

- (P) Rijksvaccinatieprogramma (RVP) uitvoeren

Zie paragraaf 41.2 onder premie-uitgaven.

- **Opdracht verlenen aan het Nederlands Vaccin Instituut**

Op deze operationele doelstelling worden de opdrachten van VWS aan het Nederlands Vaccin Instituut geraamd (€ 65,7 miljoen). Zie verder de aparte paragraaf over de baten-lastendiensten van VWS.

Instrumenten voor een goede structuur rondom de preventie van chronische ziekten

Kengetallen					
	1994	2000	2004	2007	verwachting 2010
Aantal patiënten diabetes mellitus	306 000	414 000	609 000	740 000	> 850 000

Bron: RIVM/Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. Diabetes tot 2025. Preventie en zorg in samenhang

Toelichting:

Dit zijn schattingen van het aantal patiënten met diabetes type 1 en type 2 samen. De schattingen van de prevalentie zijn gebaseerd op het aantal gediagnosticeerde patiënten door de huisarts in vijf huisartsenregistraties. Door onderrapportage en toename van obesitas wordt de komende jaren een forse toename van het aantal patiënten verwacht.

- **Nationaal Actieprogramma Diabetes (NAD)**

Dit vierjarige programma (2009–2013) heeft tot doel een bijdrage te leveren aan het terugdringen van de groei van het aantal diabetespatiënten en het verminderen van de complicaties (€ 2,5 miljoen).

- **Preventieprogramma uitvoeren via ZonMw**

De kern van de eerdere preventieprogramma's was de kennis over (kosten)effectieve preventie en de toepassing ervan te vergroten en vernieuwende en kansrijke (kosten)effectieve preventiemogelijkheden te ontwikkelen. In juni 2009 is opdracht gegeven aan de uitvoering van het 4e preventieprogramma. Met dit programma geeft ZonMw invulling aan de visie op preventie (kamerstuk 22 894, nr. 134) en levert een bijdrage aan het versterken van de preventiecyclus. Dit is een vierjarige cyclus waarmee specifieke doelstellingen en uitvoering van het Nederlandse gezondheidsbeleid worden vastgelegd, uitgevoerd en bijgesteld. Dit programma legt nog meer dan haar drie voorgangers, verbindingen tussen preventie en andere sectoren (wonen, werken, leren), in het bijzonder tussen de publieke en de eerstelijnsgezondheidszorg en daarmee ook tussen de preventieprogramma's en andere programma's van ZonMw. Daarnaast zal dit nieuwe programma inspelen op de volgende Preventienota van VWS die in oktober 2010 verschijnt (€ 13,0 miljoen).

- **Programma diseasemanagement chronische ziekten via ZonMw**

Bij diseasemanagement wordt een sluitende keten gevormd van diagnostiek, behandeling en begeleiding. Ook vroege opsporing en preventie bij mensen met een verhoogd risico op chronische ziekten en zelfmanagement maken er deel van uit. Het doel van dit programma is kennis te verzamelen over diseasemanagement bij chronische aandoeningen en ervaring op te doen met de toepassing ervan in de praktijk. Dit programma kent ook een praktijkdeel waarin multidisciplinaire transmurale zorggroepen ondersteund en gevolgd worden die gaan werken volgens de diseasemanagement aanpak (€ 1,7 miljoen). Het programma loopt tot en met 2012.

- **Interventiestrategieën chronische ziekten**

Het aantal mensen met chronische ziekten zal in de komende jaren fors toenemen. In 2010 worden daarom de volgende preventieve interventies (verder) ontwikkeld:

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

Voor depressiepreventie en zelfmanagement chronisch ziekten is € 3,5 miljoen beschikbaar voor trajecten waarin wordt onderzocht of deze interventies in het basispakket van de ZvW kunnen worden opgenomen.

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

Prestatie-indicatoren					
Indicator	2001	2003	2006	2007	Streefwaarde 2010
Percentage deelname aan bevolkingsonderzoeken en screenings:					
1. Bevolkingsonderzoek borstkanker	78,7%	80,8%	81,9%	82,4%	≥ 82,4%
2. Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker	62,0%	66,0%	66,0%	n.n.b.	≥ 66%
3. Hielprik	–	99,8%	99,9%	99,9%	≥ 99%

Bronnen:

1. Landelijk Evaluatie Team voor Bevolkingsonderzoek naar Borstkanker (LETB);
 2. RIVM;
 3. TNO: Evaluatie van de neonatale hielprikscreening bij kinderen geboren in 2007.
- Alle indicatoren worden jaarlijks geactualiseerd.

- Uitvoeren van bevolkingsonderzoeken en screeningsprogramma's via de Subsidieregeling publieke gezondheid

De inzet van VWS betreft het financieren, bewaken en verbeteren van de kwaliteit van de landelijke bevolkingsonderzoeken naar borst- en baarmoederhalskanker, screening op familiale hypercholesterolemie, bloedonderzoek bij zwangeren en de hielprik en gehoorscreening bij pasgeborenen (€ 104,3 miljoen). Het RIVM/Centrum voor Bevolkingsonderzoek voert de bekostiging, landelijke aansturing en coördinatie uit (€ 12,1 miljoen).

- Bevolkingsonderzoek darmkanker

Het advies van de Gezondheidsraad (GR) over de wenselijkheid en (kosten)effectiviteit van screening naar darmkanker wordt dit najaar verwacht. De reactie op dit advies volgt, zoals vastgelegd in de Kaderwet adviesorganen, binnen drie maanden. Bij een positief advies van de GR en een positieve beslissing daarop, zal in 2010 worden gestart met de voorbereiding van een bevolkingsonderzoek (kamerstuk 22 894, nr. 85), mits budgettaire inpasbaar.

Beleidsartikelen/Artikel 41

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2010	2011	2012	2013	2014
Instellingsubsidies/Structurele subsidies	10 889	10 889	10 889	10 889	10 889
<i>Waarvan onder andere:</i>					
Instellingen op het terrein van de preventie van chronische ziekten	1 568	1 545	1 545	1 545	1 545
Instellingen die de seksuele gezondheid bevorderen	7 522	7 522	7 522	7 522	7 522
Dwangopname TBC-patiënten	1 056	1 056	1 056	1 056	1 056
WHO Kopenhagen: Contributie IARC	743	743	743	743	743
Projectsubsidies	11 640	8 172	9 476	7 063	7 063
Nationaal Actieprogramma Diabetes	2 500	2 500	2 500	0	0
Depressiepreventie en zelfmanagement van chronisch zieken	3 524	0	0	0	0
Preventie en bestrijding van infectieziekten	4 438	4 776	4 967	5 052	5 052
Preventie Chronische Ziekten	1 178	896	2 009	2 011	2 011
Bijdragen aan ZBO's/RWT's	150	150	150	150	150
ZonMw-programmering	150	150	150	150	150
Bijdragen aan baten-lastendiensten	315 327	316 510	312 579	317 729	322 558
<i>Waarvan onder andere:</i>					
RIVM/Opdrachtverlening Centra:					
– Centrum infectieziektebestrijding	29 483	29 483	29 433	29 433	29 433
– Centrum bevolkingsonderzoek	12 054	10 917	10 907	10 647	10 647
– Centrum Gezondheid en Milieu	2 394	2 394	2 394	2 394	2 394
RIVM/Uitvoering subsidieregeling Publieke Gezondheid;					
– Bevolkingsonderzoek naar borstkanker	51 033	50 623	54 770	55 761	55 761
– Bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker	32 154	30 193	29 952	29 852	29 852
– Nationaal programma grieppreventie	53 778	55 122	56 005	56 932	56 932
– Pre- en postnatale screening bij zwangeren en pasgeborenen	18 959	18 499	18 487	18 511	18 511
– Screening op Familiaire hypercholesterolemie	2 100	1 830	1 000	500	0
– Soa-bestrijding/Seksualiteitshulpverlening	26 329	29 036	29 242	29 242	29 242
RIVM/Ontwikkelingen technologie/demografie	5 251	12 931	9 947	14 095	19 324
RIVM/Uitvoering subsidieregeling VWS-subsidies	8 138	8 138	8 098	8 098	8 098
Nederlands Vaccin Instituut (NVI)	52 719	52 439	47 439	47 439	47 539
NVI/RSV-vaccin (FES-middelen)	13 030	7 000	7 000	7 000	6 900
Totaal	338 006	335 721	333 094	335 931	340 660

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

41.3.5 Een doelmatig systeem van openbare gezondheidszorgvoorzieningen dat bijdraagt aan een betere volksgezondheid

Motivering

Motivering

Het kabinet wil bijdragen aan een goede volksgezondheid en anticiperen op (dreigende) volksgezondheidsproblemen door een goed systeem voor openbare gezondheidszorg (OGZ) te creëren en in stand te houden. Een keten van preventie en zorg die goed op elkaar aansluit is daarbij essentieel. Wij vullen deze verantwoordelijkheid in door:

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

Instrumenten voor effectieve landelijke, regionale en lokale voorzieningen van OGZ

Prestatie-indicatoren					
	2005	2007	2008	Streefwaarde 2010	Streefwaarde lange termijn (2011)
Percentage gemeenten met een:					
1e nota gezondheidsbeleid	87%	99%	–	–	–
2e nota gezondheidsbeleid	–	14%	46%	90%	100%

Bron: RIVM: Nationale Atlas Volksgezondheid

- Gemeenten staan voor de collectieve preventie op lokaal niveau. Elke vier jaar brengen gemeenten een nota lokaal gezondheidsbeleid uit. GGD'en voeren de wettelijke preventietaken van gemeenten, zoals opgenomen in de Wet Publieke Gezondheid, grotendeels uit. Met het uitkomen van preventienota «Kiezen voor gezond leven» (oktober 2006) zijn de gemeenten gestart met het opstellen van hun 2e nota lokaal gezondheidsbeleid.
- Versterken openbare gezondheidszorg. Een meerjarig traject is gestart om lokale bestuurders/gemeenten meer te betrekken bij het lokaal gezondheidsbeleid en om de openbare gezondheidszorg te verbeteren. Het traject moet meer samenhang brengen tussen diverse activiteiten op landelijk en lokaal niveau. Hierdoor kunnen de betrokken partijen hun activiteiten meer op elkaar afstemmen, samen optrekken waar dat nodig is en kunnen dubbele activiteiten worden voorkomen. Meer coördinatie en afstemming draagt ook bij tot het optimaliseren van de totale overheidsinzet met betrekking tot gezondheidsbevordering. In 2010 gaat een communicatietraject starten om de nieuwe preventienota en de landelijke speerpunten onder de aandacht van de lokale bestuurders te brengen. Ook een betere afstemming tussen de gegevensverzameling over publieke gezondheid en praktische ondersteuning bij de opzet van lokaal gezondheidsbeleid worden in dit jaar opgepakt.
- Actieplan Krachtwijken. De aanpak heeft als doel gezondheidsproblemen in de aandachtswijken te verminderen door samen met gemeenten, de eerstelijnszorg en de GGD'en een programmatische aanpak voor de concrete gezondheidsproblemen in de wijk te ontwikkelen. Een aantal activiteiten wordt samen met de minister voor Wonen, Wijken en Integratie (WWI) uitgevoerd. Negen steden nemen deel aan het experiment «Gezonde wijk». Deze experimenten worden onder meer ingevuld op het gebied van geïntegreerde zorg, sport en bewegen en voeding.
- Gezonde stad. Vanaf 2010 stelt het kabinet in het kader van het programma «Gezond in de stad» jaarlijks € 5,0 miljoen beschikbaar aan de grote gemeenten (G31). Via deze decentralisatie-uitkering ontvangen zij extra middelen die kunnen worden ingezet om gezondheidsachterstanden terug te dringen via een wijkgerichte aanpak.

Zie ook artikel Maatschappelijke ondersteuning onder operationele doelstelling 44.3.1.

- Financiering van tolk- en vertaalcentrum voor gezondheidszorg
Hiermee wil het kabinet tolken en vertalers beschikbaar kunnen stellen wanneer dat nodig is (€ 10,8 miljoen).

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

Prestatie-indicatoren				
	2007 (mei)	2009 (jan)	2009 (juli)	Streefwaarde lange termijn (31-12-2010)
Congruentie GGD'en/GHOR met veiligheidsregio's	68%	76%	89%	100%

Bron: RIVM: Nationale Atlas Volksgezondheid

Toelichting:

Het betreft hier de congruentie van de buitengrenzen van de GGD'en met de veiligheidsregio's. Dit betekent dat de buitengrenzen van GGD'en gelijk zijn aan de buitengrens van één veiligheidsregio.

- Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR)
De GHOR is een instrument van het bestuur van de veiligheidsregio teneinde een doelmatige en gecoördineerde geneeskundige hulpverlening bij zware ongevallen, rampen en crisis te bewerkstelligen. De GHOR slaat de brug tussen de veiligheidsorganisaties en de zorgketen. In de uitvoering beweegt de GHOR op het terrein van de openbare gezondheidszorg. Het is van belang dat werkgebieden van GGD'en en veiligheidsrisico's op elkaar aansluiten.
Ook wordt gewerkt aan kwaliteitsverbetering en borging van de GHOR.
- CBRN weerstandsverhoging
Doel is het nemen van weerstandsverhogende maatregelen gericht op het verminderen of voorkomen van de kans dat personen of groeperingen zich ongewenst toegang verschaffen tot chemische, biologische, radioactieve en/of nucleaire agentia (CBRN) (€ 11,3 miljoen).

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2010	2011	2012	2013	2014
Instellingsubsidies	3 084	3 084	3 084	3 084	3 084
Stichting Pharos	3 084	3 084	3 084	3 084	3 084
Projectsubsidies	5 282	5 827	5 873	5 418	5 918
Algemeen en strategisch gezondheidsbeleid	3 464	2 853	2 533	2 578	2 578
Voorbereid zijn op crisis en rampen	1 818	2 974	3 340	2 840	3 340
Opdrachten	22 050	22 050	22 050	16 450	10 750
Financiering tolk- en vertaalcentrum gezondheidszorg	10 750	10 750	10 750	10 750	10 750
CBRN Weerstandsverhoging	11 300	11 300	11 300	5 700	0
Bijdragen aan baten-lastendiensten	14 515	13 471	12 769	13 224	12 724
RIVM: Opdrachtverlening programma's volksgezondheid	14 515	13 471	12 769	13 224	12 724
Bijdragen aan zbo's	137 878	141 506	119 355	107 576	106 289
ZonMw: Programmering	136 024	139 652	117 501	105 722	104 435
ZonMw: Overhead	1 854	1 854	1 854	1 854	1 854
Totaal	182 809	185 938	163 131	145 752	138 765

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

Toelichting:

In bovenstaande tabel is het VWS-brede bedrag aan begrote gelden voor ZonMw-programma's weergegeven. Deze programma's hebben betrekking op verschillende beleidsterreinen van het ministerie van VWS.

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

Motivering

Motivering

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

Instrumenten

- **Verbeteren van de abortushulpverlening en -registratie**
Doel is het verbeteren van de hulpverlening aan vrouwen die ongewenst zwanger zijn door onder meer het verbeteren van de opleiding van hulpverleners, het ondersteunen van de richtlijnontwikkeling voor abortusartsen en een onderzoeksprogramma bij ZonMw (€ 1,1 miljoen).
- **Medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen**
Doel is het vergroten van kennis op het terrein van medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen, in het bijzonder met minderjarigen, naar aanleiding van vragen uit de praktijk.
- **Uitvoeren van het onderzoeksprogramma Ethiek en Gezondheid via ZonMw**
Het doel is het vergroten van nieuwe en belangwekkende kennis en inzichten in ethiek in de (gezondheids)zorg en de zorgverlening (€ 0,8 miljoen).

Beleidsartikelen/Artikel 41

- Bijdrage aan de baten-lastendienst Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG)

Deze bijdrage is nodig voor het beheer van regionale toetsingscommissies Euthanasie en de centrale deskundigheidscommissie Late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen. Ook fungeert het CIBG als aanspreekpunt voor k.i.d.-kinderen (kunstmatige inseminatie met donorzaad), ouders en artsen, indien zij vragen hebben over het register donorgegevens kunstmatige bevruchting (€ 1,5 miljoen).

- Rijksbijdrage aan het CVZ

Hiermee wordt een bijdrage geleverd aan de financiering van abortusklinieken (€ 11,9 miljoen).

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2010	2011	2012	2013	2014
Projectsubsidies	1 856	1 970	1 253	1 166	1 166
Verbeteren van de abortushulpverlening en -registratie	650	650	0	0	0
Beleid Medische Ethiek	1 206	1 320	1 253	1 166	1 166
Bijdragen aan baten-lastendiensten	1 518	1 518	1 518	1 518	1 518
CIBG: Uitvoeringstaken Medische Ethiek	1 518	1 518	1 518	1 518	1 518
Bijdragen aan zbo's	11 958	11 958	11 958	11 958	11 958
CVZ: Rijksbijdrage financiering abortusklinieken	11 958	11 958	11 958	11 958	11 958
Totaal	15 332	15 446	14 729	14 642	14 642

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

41.4 Overzicht onderzoek naar de doelmatigheid en doeltreffendheid van beleid

Overzicht beleidsonderzoeken			
	Onderzoek onderwerp	Nummer AD of OD	A Start B Afgerond
Beleidsdoorlichting	–		
Effectonderzoek ex post	Effectmetingen van interventies m.b.t. (convenant) overgewicht	41.3.1	A 2006 B 2010
Overig evaluatieonderzoek	Evaluatie MDFT i.v.m. cannabisverslaving	41.3.1	A 2006 B 2010
	Regeling aanvullende seksualiteitshulpverlening	41.3.4	A 2009 B 2010
	Proefimplementatie chlamydia screening	41.3.4	A 2009 B 2010
	Evaluatie Embryowet	41.3.6	A 2010 B 2011
	Evaluatie Euthanasiewet	41.3.6	A 2010 B 2011
	Evaluatie Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen	41.3.6	A 2010 B 2011

Artikel 42 Gezondheidszorg

42.1 Algemene beleidsdoelstelling

Een goed werkend en innoverend zorgstelsel gericht op een optimale combinatie van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid voor de burger.

Belangrijkste beleidsonderwerpen in 2010

Belangrijkste beleidsonderwerpen in 2010

In dit artikel wordt het beleid inzake de curatieve zorg verwoord. Om de algemene doelstelling te realiseren zal het kabinet zich in 2010, in lijn met de kabinetsdoelstellingen in het Beleidsprogramma «Samen werken, samen leven 2008–2011», sterk maken om de volgende doelstellingen te realiseren:

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

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

- De ontwikkeling van richtlijnen en zorgstandaarden voor beroepsgroepen (OD 42.3.2);
- Het verbeteren van het functioneren van het zorgstelsel door de verdere implementatie van prestatiebekostiging van ziekenhuizen (OD 42.3.2. Ziekenhuizen krijgen hierdoor meer vrijheid voor een doelmatige bedrijfsvoering en verzekeraars kunnen beter concurreren op doelmatigheid en kwaliteit;
- Het opnemen van preventieve interventiestrategieën in het basispakket wanneer deze kosteneffectief en budgettair inpasbaar zijn (OD 42.3.3);
- De implementatie van de Langetermijnvisie Geneesmiddelenvoorziening (OD 42.3.3);
- De implementatie van het Masterplan Orgaandonatie. Het Masterplan Orgaandonatie bevat voorstellen voor de kwaliteit van donorwerving, uitname van organen en transplantatie. Het is de bedoeling dat het aantal donoren met 25% omhoog gaat (OD 42.3.2).

Voor zover de invoering van het beleid additionele administratieve lasten met zich meebrengt, zal VWS bezien in hoeverre deze extra regeldruk zo beperkt mogelijk kan worden gehouden en naar compensatie zoeken voor de extra administratieve lasten.

Ministeriële verantwoordelijkheid

Ministeriële verantwoordelijkheid

De bewindspersonen van VWS zijn ministerieel verantwoordelijk voor:

- Het scheppen van randvoorwaarden om de kwaliteit, de toegankelijkheid, de veiligheid en de betaalbaarheid van de curatieve zorg te waarborgen voor de burger;
- Het versterken van de positie van de patiënt, zodat deze in staat is om zijn rol als zorgconsument te vervullen;

- Het scheppen van randvoorwaarden om het innoverend vermogen van de gezondheidszorg te waarborgen;
- Een goed werkend stelsel, waarin zorgverzekeraars in staat worden gesteld een betaalbaar verzekerd pakket aan te bieden.

Externe factoren

Externe factoren

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

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

Prestatie-indicatoren

Prestatie-indicatoren

De prestaties van het stelsel worden gemonitord met de zorgbalans (zie hiervoor www.rivm.nl). De zorgbalans schetst aan de hand van ongeveer honderd indicatoren een beeld van de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg. Ook geven de volgende evaluaties en monitors inzicht in de werking van het gezondheidszorgstelsel: Evaluatie verplicht eigen risico, monitor cure en monitor zorgverzekeringmarkt.

42.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven:

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Verplichtingen	7 276 310	7 246 984	7 460 126	7 912 578	8 284 105	8 747 292	9 128 876
Uitgaven	6 911 427	7 226 646	7 472 005	7 916 237	8 285 505	8 748 339	9 128 876
Programma-uitgaven	6 903 646	7 218 117	7 463 695	7 908 406	8 277 674	8 740 508	9 121 045
1. De positie van de burger in het zorgstelsel wordt versterkt	370	814	1 796	1 620	930	930	930
2. Zorgaanbieders worden gestimuleerd om het door de burger gewenste zorgaanbod te realiseren	1 117 893	1 335 573	1 297 034	1 315 744	1 287 253	1 262 915	1 267 294
3. Zorgverzekeraars bieden alle burgers een betaalbaar verzekerd pakket voor noodzakelijke zorg aan	5 785 383	5 881 730	6 164 865	6 591 042	6 989 491	7 476 663	7 852 821
Apparaatsuitgaven	7 781	8 529	8 310	7 831	7 831	7 831	7 831
Ontvangsten	435 544	64 943	77 162	66 638	21 066	23 201	16 026

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

Beleidsartikelen/Artikel 42

Budgetflexibiliteit begrotingsuitgaven:

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2010	2011	2012	2013	2014
1. De positie van de burger in het zorgstelsel wordt versterkt	1 796	1 620	930	930	930
– Juridisch verplicht	1 796	1 620	930	930	930
– Bestuurlijk gebonden	0	0	0	0	0
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	0	0	0	0	0
2. Zorgaanbieders worden gestimuleerd om het door de burgers gewenste zorgaanbod te realiseren	1 297 034	1 315 744	1 287 253	1 262 915	1 267 294
– Juridisch verplicht	1 239 684	1 237 231	1 168 191	1 115 746	1 118 251
– Bestuurlijk gebonden	51 012	68 006	101 661	127 409	125 880
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	6 338	10 507	17 401	19 760	23 163
3. Zorgverzekeraars bieden alle burgers een betaalbaar verzekerd pakket van noodzakelijke zorg aan	6 164 865	6 591 042	6 989 491	7 476 663	7 852 821
– Juridisch verplicht	6 158 739	6 579 337	6 977 352	7 462 366	7 838 364
– Bestuurlijk gebonden	5 738	11 223	11 787	13 802	13 882
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	388	482	352	495	575

Toelichting:

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

Operationele doelstelling 2:

- Actieprogramma Veilige zorg 1e lijn. Het programma Patiëntveiligheid in de eerstelijnszorg heeft de volgende onderdelen. Er wordt onderzoek gedaan naar de huidige stand van zaken met betrekking tot patiëntveiligheid in deze sector van zorg, een nulmeting. Er worden interventies ontwikkeld om de veiligheid voor patiënten te verbeteren en er worden veiligheidmanagementsystemen ontwikkeld om de verbeterde patiëntveiligheid in de eerstelijnszorg te waarborgen. Via verschillende projecten worden bij de verschillende beroepsbeoefenaren aan bewustwording voor patiëntveiligheid gewerkt. Actieprogramma Veilige zorg ggz. Door ggz-Nederland, die het plan trekt, is een preciseringsnota geschreven als vervolg op de contourennota met een raming voor de bekostiging van het plan patiëntveiligheid. In 2010 zal door ggz-Nederland voor de uit te voeren activiteiten hieromtrent een subsidieaanvraag worden ingediend.
- Kwaliteit, Innovatie en Patiënten ggz: het plan van aanpak voor een versnellingsprogramma kwaliteit, veiligheid en innovatie heeft vertraging opgelopen. In 2010 wordt een doorstart gemaakt met dit programma. Doel is om door middel van «best practices» en het delen van kennis en ervaringen, de transparantie in de ggz te vergroten en structurele verbeteringen te bevorderen op de thema's logistiek en klantgerichtheid.
- De website «dwang en drang in de zorg» wordt in het najaar van 2009 operationeel. Vanaf 2010 zullen jaarlijks kosten worden gemaakt voor de instandhouding, het vullen en het onderhouden van de website. Het gaat daarbij zowel om technische alsook inhoudelijke activiteiten. Concreet zullen de volgende activiteiten worden ontwikkeld: redactieraad (vacatiegelden/ reiskostenvergoedingen), operationele directie (salarissen projectleider, redacteur, tekstschrijver), aanschaf servers, hosting en technisch beheer/ondersteuning, functioneel beheer/ondersteuning (in verband met nieuwe wetgeving), tekstuele aanpassingen (in verband met nieuwe wetgeving), vertalingen.
- De Nieuwe Praktijk (DNP). Het programma richt zich in eerste instantie op de huisartsenzorg als spil van de eerste lijn. Centrale boodschap is dat een beter georganiseerde en versterkte eerstelijnszorg voordelen biedt voor de kwaliteit van zorg en de service voor patiënten en daarnaast ook voor het werkplezier van de huisartsen zelf.
- De «Doelstellingenbrief Eerstelijnszorg» wordt uitgewerkt in een actieplan. Hierin worden een aantal grotere en kleinere projecten opgesomd. De grotere en langdurige projecten zullen uitgewerkt worden in een ZonMw programma 1e lijn.

Operationele doelstelling 3:

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

Premie-uitgaven:

In de tabel hieronder zijn de beschikbare middelen opgenomen voor de premie-uitgaven op het terrein van de gezondheidszorg. Hierin zijn de budgettaire consequenties van de besluitvorming rond de Eerste suppletore begroting 2009 en de begroting 2010 verwerkt. Voor 2009 is de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt, terwijl voor 2010 en latere jaren de loon- en prijsontwikkeling nog moet worden toegevoegd. Het saldo van de beschikbare middelen en maatregelen, voorzover niet aan de afzonderlijke sectoren toegedeeld, is opgenomen als onverdeeld.

Beleidsartikelen/Artikel 42

Premie-uitgaven (bedragen x € 1 000 000)							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Extramurale zorg	3 893,7	4 069,8	3 931,4	4 061,1	3 991,3	3 993,8	3 993,9
Huisartsen en gezondheidscentra	2 119,9	2 183,4	2 032,9	2 131,1	2 059,1	2 059,1	2 059,1
Tandheelkunde en tandheelkundige specialistische zorg	766,1	799,3	787,4	782,6	782,6	782,6	782,6
Paramedische hulp	559,2	603,7	603,8	604,4	605,8	607,2	607,3
Verloskunde en kraamzorg	410,5	444,1	436,9	434,3	433,9	435,0	435,0
Dieetadvisering	38,0	39,3	35,5	35,5	35,5	35,5	35,5
Extramurale zorg onverdeeld			34,9	73,2	74,4	74,4	74,4
Ziekenhuizen, medisch specialisten en overig curatief	16 583,5	17 483,2	17 708,3	18 057,2	18 100,9	18 127,1	18 133,8
Algemene en categorale ziekenhuizen	10 507,6	11 054,3	11 082,5	11 184,3	11 183,6	11 187,2	11 193,3
Academische ziekenhuizen	2 637,9	2 838,4	2 849,4	2 869,6	2 890,1	2 911,3	2 911,8
Academische component	606,2	606,2	606,2	606,2	606,2	606,2	606,2
Medisch specialisten	2 296,3	2 413,8	2 018,5	2 008,3	2 008,3	2 008,3	2 008,3
Overig curatieve zorg	535,5	570,5	570,8	570,8	570,8	570,8	570,8
Ziekenhuizen, medisch specialisten en overig curatief onverdeeld			580,9	818,0	841,9	843,3	843,4
Ziekenvervoer	537,6	547,6	553,5	559,6	560,0	560,0	560,0
Ambulancevervoer	426,0	431,1	431,5	431,7	431,7	431,7	431,7
Overig ziekenvervoer	111,6	116,5	116,5	116,5	116,5	116,5	116,5
Ziekenvervoer onverdeeld			5,5	11,4	11,8	11,8	11,8
Genees- en hulpmiddelen	6 356,9	6 502,0	6 907,5	7 346,5	7 362,4	7 361,3	7 361,8
Farmaceutische hulp	5 102,3	5 197,5	5 521,9	5 907,0	5 922,6	5 922,8	5 923,3
Hulpmiddelen	1 254,6	1 304,5	1 385,6	1 439,5	1 439,8	1 438,5	1 438,5
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	3 313,2	3 512,7	3 532,1	3 661,4	3 680,9	3 693,6	3 694,0
Geneeskundige GGZ door instellingen	3 161,4	3 237,5	3 266,4	3 277,9	3 289,8	3 302,4	3 302,8
Geneeskundige GGZ door vrijevestigden	151,8	156,8	156,8	156,8	156,8	156,8	156,8
Geneeskundige GGZ onverdeeld		118,4	108,9	226,7	234,3	234,4	234,4
Chronische keten dbc's			241,5	241,5	241,5	241,5	241,5
Grensoverschrijdende zorg	374,6	447,0	467,0	488,8	490,0	490,0	490,0
Subsidies gezondheidszorg	2,1						
Beheerskosten uitvoeringsorganen Zvw	7,7	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5
Totaal	31 069,3	32 567,8	33 346,8	34 421,6	34 432,5	34 472,8	34 480,5
Procentuele mutatie t.o.v. voorgaand jaar		4,8%	2,4%	3,2%	0,0%	0,1%	0,0%

Bron: VWS

De minister voor Jeugd en Gezin draagt de inhoudelijke verantwoordelijkheid voor de jeugd-ggz en de jeugd-lvg (artikel 3 Zorg en bescherming' van de begroting van Jeugd en Gezin). Vanaf 2009 valt de kortdurende jeugd-ggz onder de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. In de premie-uitgaven voor geestelijke gezondheidszorg is circa 10% toewijsbaar aan de zorg voor kinderen en jeugdigen (jeugd-ggz). De jeugd-lvg valt onder de gehandicaptenzorg (artikel 43).

Premiegefinancierde prioriteiten

De volgende tabel geeft de premiegefinancierde prioriteiten weer. De beleidsinformatie is opgenomen onder de operationele doelstelling bij de betreffende prioriteit. Bij een onbekend bedrag is een «pm» opgenomen en daar waar budgetneutraliteit het uitgangspunt is een «n.v.t.».

Premiegefinancierde prioriteiten (bedragen x € 1 000 000)						
	OD	2010	2011	2012	2013	2014
Medisch specialisten		- 375,0	- 375,0	- 375,0	- 375,0	- 375,0
Bereikbaarheid huisartsenzorg en acute zorg	42.3.2	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Functionele integratie spoedeisende hulp en huisartsenposten	42.3.2	n.v.t.	- 39,0	- 39,0	- 39,0	- 39,0
Ambulances	42.3.2	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Verplicht eigen risico	42.3.3	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Preventieve interventies in het basispakket ¹	42.3.3		32,0	50,0	50,0	50,0
Geneeskundige ggz in de Zvw	42.3.3	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Overheveling van de somatische revalidatiezorg vanuit de AWBZ naar de Zvw	42.3.3	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Pakketmaatregelen hulpmiddelen	42.3.3	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2
Pakketmaatregel Acetylcysteïne	42.3.3	- 7,0	- 7,0	- 7,0	- 7,0	- 7,0
Heroriëntatie hulpmiddelen en functiegerichte bekostiging	42.3.3	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Afloop Transitieakkoord 2008/2009	42.3.3	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Bekostiging apotheekhoudenden	42.3.3	pm	pm	pm	pm	pm
Prestatiebekostiging ziekenhuizen	42.3.3	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Introductie chronische keten dbc's	42.3.3	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.

Bron: VWS

¹ Deze middelen staan nu nog verantwoord op nominaal en onvoorzien, bedrag is inclusief stoppen met roken.

Medisch specialisten

In de loop van 2009 zijn gegevens beschikbaar gekomen over de ontwikkeling van de honoraria van (vrijgevestigd) medisch specialisten, in de periode 2007–2008. Uit schadelastcijfers afkomstig van het CVZ bleek een overschrijding van circa € 375 miljoen. Naar aanleiding van deze overschrijding zijn een aantal maatregelen aangekondigd. De maatregelen zijn neergelegd in een aanwijzing aan de NZa d.d. 6 juli 2009. De maatregelen betreffen in eerste instantie het plegen van versneld regulier onderhoud door het aanpassen van de ondersteunerscompensatie en het herijken van de normtijden. Voor de resterende problematiek heeft de NZa een algemene maatregel uitgewerkt. Als gevolg van de te nemen maatregelen heeft VWS tevens de Gezamenlijke Verklaring tussen VWS en de Orde van Medisch Specialisten met ingang van 1 januari 2010 opgezegd.

42.3 Operationele doelstellingen

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

1. De positie van de burger in het zorgstelsel wordt versterkt;
2. Zorgaanbieders worden gestimuleerd om het door de burger gewenste zorgaanbod te realiseren;
3. Zorgverzekeraars bieden alle burgers een betaalbaar verzekerd pakket van noodzakelijke zorg aan.

42.3.1 De positie van de burger in het zorgstelsel wordt versterkt

Motivering

Motivering

Het kabinet wil de burger door transparante informatievoorziening, wetgeving en versterking van patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties in staat stellen de keuze van de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar te baseren op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaar-

heid. Dit prikkelt de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars veilige, effectieve en klantgerichte zorg te leveren c.q. in te kopen. Wij realiseren dit door:

- Transparante informatievoorziening voor burgers;
- Verbeteren van de rechtspositie van burgers in het zorgstelsel.

Prestatie-indicatoren				
	Realisatie 2007	Realisatie 2008	Streefwaarde 2010	Streefwaarde 2011
Voor 80 aandoeeningen kunnen burgers op www.kiesBeter.nl zien welke kwaliteit ziekenhuizen bieden	6	10	28	80

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

Toelichting:

Realisatie 2008: Het betreft hier het ontwikkelde aantal raadpleegbaar op www.kiesBeter.nl in 2009.

Instrumenten

Hieronder vallen activiteiten op het gebied van Zichtbare Zorg (kabinetsdoelstelling 45b), Early warning, Fusietoezicht, Wet cliëntenrechten zorg (kabinetsdoelstelling 45d), geschilbeslechting en het versterken van patiëntenorganisaties. Dit betreft zorgbreed beleid. Zie artikel 43, OD 1, voor een toelichting en de geraamde middelen.

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsbedragen x € 1 000

	2010	2011	2012	2013	2014
Instellingssubsidies	1 242	920	930	930	930
St. PAN (Perinatale Audit)	1 242	920	930	930	930
Projectsubsidies	377	342	0	0	0
Consumentenbond Transparantie huisartsenzorg	184	0	0	0	0
Ned. Huisartsen Genootschap Basisset Ind. Huisartsen	18	0	0	0	0
Heup-en knie vervanging en mammacarcinoom	175	42	0	0	0
Projecten transparantie Curatieve zorg	0	300	0	0	0
Opdrachten	177	358	0	0	0
Projecten transparantie Curatieve zorg	177	358	0	0	0
Totaal geraamde uitgaven	1 796	1 620	930	930	930

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

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

Motivering

Motivering

Om te zorgen dat de burger de zorg krijgt waar hij conform het verzekerde pakket recht op heeft, bevat het zorgstelsel prikkels die zorgaanbieders moeten aanzetten tot het leveren van een kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg. Een kwalitatief hoogwaardige zorg is veilig en toegankelijk. Om het zorgaanbod, ook op de langere termijn, aan te laten sluiten

op de behoefte van de burger en op de demografische en technologische ontwikkelingen, vindt het kabinet het beschikbaar krijgen van nieuwe en het verbeteren van bestaande medische producten en processen via innovatie noodzakelijk. Daarnaast kan innovatie van zorg leiden tot een verbetering van de arbeidsproductiviteit, waardoor werknemers in de zorg meer tijd kunnen besteden aan de patiënt en zelf minder belast worden.

Hiervoor zet het kabinet in op:

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

Instrumenten ten behoeve van kwaliteit en veiligheid van het zorgaanbod

Prestatie-indicatoren				
	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2010	Streefwaarde Lange termijn
1. Vermijdbare incidenten in ziekenhuizen (kabinetsdoelstelling 45a)	30 000	2004	28 500	15 000 (2012)
2. Vermijdbare sterfte in ziekenhuizen (meting bij huidige stand technologie)	1 735	2004	1 648	850–900 (2012)
3. Percentage ziekenhuizen dat speerpunten 2009 op het gebied veiligheids-management-systeem (VMS) heeft geïmplementeerd	–	–	100%	100% (v.a. ultimo 2009)
4. Het aantal ziekenhuizen dat op de thema's van het programma «voorkom schade, werk veilig» participeert of aantoonbaar vergelijkbare initiatieven ontplooit	84	2009		100% (2012)
5. Het aantal ziekenhuizen dat deelneemt aan de HSMR (Hospital Standardised Mortality Rate)	69	2006		100% (2012)
6. Aantal gevallen van vermijdbare ziekenhuisopname t.g.v. medicijngebruik	19 000	2006	–	< 13 300 (2011)
7. Percentage instellingen dat CQ-index meet:				
– Ziekenhuizen	–	–	Start meting	100% (2011)
– Huisartsen	–	–	Pilotjaar	100% (2011)
– ggz	–	–	50%	100% (2011)
8. Score op indicator bejegening door patiënten:				
– Ziekenhuizen	–	–	Nulmeting	
– Huisartsen	–	–	Pilotjaar	
– ggz	–	–	Doorontwikkeling	
9. Ontwikkeling indicatoren voor ketenzorg voor vier ziektebeelden				
– Hartfalen	–	–	Invoering	
– Diabetes mellitus	–	–	Invoering	
– Cardiovasculair Risicomanagement	–	–	Invoering	
– COPD	–	–	Invoering	

Bronnen:

1. De basiswaarden zijn gemeten door het Nivel in 2004. De waarden over 2008 komen eind 2010/begin 2011 beschikbaar. De meting betreft circa de helft van het aantal dossiers dat in de nulmeting van 2004 betrokken was.
2. Zie 1.
3. IGZ. Begin 2009, 2010, 2011 en 2012 controleert de IGZ steekproefsgewijs of alle ziekenhuizen de extra speerpunten voor dat jaar op het gebied van VMS-implementatie gerealiseerd hebben. De 24 aselekt gekozen ziekenhuizen die door de IGZ in de eerste steekproef zijn bezocht werken allen met (onderdelen van) het VMS.
4. VWS.
5. Deelname aan de HSMR wordt door de IGZ gemeten. In het tweede kwartaal van 2010 wordt bekend hoeveel ziekenhuizen deelnemen.
6. Eindrapport Hospital Admissions Related to Medication (Harm), Universiteit Utrecht (nieuwe meting 2011).
7. t/m 9 VWS.

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

Het veiligheidsprogramma «Voorkom schade, werk veilig» (kamerstuk 28 439, nr. 18) heeft tot doel om in de jaren 2008–2012 de onbedoelde vermijdbare schade in ziekenhuizen met 50% te reduceren. Dit plan bestaat uit twee pijlers: het reduceren van vermijdbare sterfte en schade op tien inhoudelijke thema's én het implementeren van het veiligheidsmanagement systeem (VMS) in alle ziekenhuizen. Voor de tien thema's zijn verbeterinterventies en indicatoren ontwikkeld, waarop vanaf 2010 door de ziekenhuizen wordt geregistreerd en die vanaf mei/juni 2011 in het toezicht van de IGZ worden betrokken. De IGZ zal begin 2010 een vervolg onderzoek uitvoeren naar de VMS-implementatie in de ziekenhuizen. Deze activiteiten worden door middel van een subsidie (€ 1,85 miljoen) ondersteund. Eind 2010/begin 2011 komen cijfers beschikbaar van een tussentijds dossieronderzoek naar vermijdbare schade en sterfte. Hiervoor heeft het kabinet in 2010 € 1,2 miljoen uitgetrokken. In 2011 zullen cijfers beschikbaar worden van de Harm-meting naar het aantal vermijdbare ziekenhuisopname als gevolg van verkeerd medicijngebruik. Op dit moment loopt een kwaliteitstraject voor de zorg die wordt geleverd op de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) van ziekenhuizen. Het veld beschrijft het profiel waaraan een SEH van een ziekenhuis minimaal zou moeten voldoen om de kwaliteit van de geleverde zorg op de SEH te waarborgen. Deze kwaliteitsnormen worden in een pilot uitgetest.

- Actieprogramma veilige zorg/ Patiëntveiligheid eerstelijnszorg
Ook in de eerstelijnszorg wordt gericht gewerkt aan de verbetering van de patiëntveiligheid. De sector is verantwoordelijk voor de veiligheid van de zorg. Het is noodzakelijk in kaart te brengen wat de kritieke punten zijn. Op basis van een nulmeting, die eind 2009 wordt uitgevoerd door een gecombineerd onderzoek van de Radboud Universiteit en het iBMG, naar de stand van zaken van incidenten en schade in de brede eerstelijnszorg zullen concrete haalbare doelstellingen worden geformuleerd. Focus ligt op concrete acties van de beroepsgroepen op het terrein van de bewustwording omtrent incidenten op het terrein van diagnostiek, tijdig handelen, communicatie, behandeling, procedureel en documentatie en de aanbevelingen uit het Harm Wrestling onderzoek (medicatieveiligheid, kamerstuk 29 477, nr. 47). Daarnaast is het Netwerk Eerstelijns Organisaties in 2008 gestart met het ontwikkelen van een Toolkit Patiëntveiligheid voor de brede eerstelijnszorg, waarin het opzetten van een meldsysteem ter ondersteuning van de veiligheid van zorg en de samenwerking en overdrachtsmomenten tussen de verschillende beroepsgroepen prioriteit hebben. In het najaar 2009 start de implementatie van deze Toolkit Patiëntveiligheid. In overleg met het veld worden tevens afspraken gemaakt betreft concrete en haalbare doelstellingen als het gaat om implementatie van deze Toolkit Patiëntveiligheid. Het kabinet ondersteunt deze activiteiten (€ 1,35 miljoen).

- Actieprogramma «Veilige zorg; ieders zorg»/ Patiëntveiligheidsprogramma ggz

In het plan patiëntveiligheid van ggz Nederland (kamerstuk 28 439, nr. 22) zijn speerpunten benoemd die betrekking hebben op de invoering van een Veilig Melden Systeem, het veilig melden van incidenten (VIM), medicatieonveiligheid, suïcidepreventie, risico's bij dwang en drang, agressie in de zorg en comorbiditeit van psychische en somatische klachten. Begin 2009 zijn vijf pilotinstellingen van start gegaan met de invoer van het VMS, VIM

en agressie in de zorg. In de loop van 2010 zal een vervolggroep starten met het doel dat dan 80 ggz instellingen zullen zijn aangehaakt (€ 1,25 miljoen).

- **Regieraad Kwaliteit van Zorg**

De Regieraad Kwaliteit van Zorg heeft een agenderende, faciliterende en stimulerende rol bij het beschrijven van richtlijnen die ervoor zorgen dat cliënten een kwalitatief goede, veilige en doelmatige zorg krijgen. De Regieraad zal veldpartijen nadrukkelijk stimuleren om normen voor veilige zorg zo concreet mogelijk te benoemen in richtlijnen. Tevens zal de raad zich inspannen om de relatie tussen veiligheid en doelmatigheid van zorg inzichtelijk te maken. De Regieraad zal een met het veld afgestemde knelpuntenanalyse opstellen en deze vertalen in een meerjarenagenda voor richtlijnontwikkeling, -implementatie en onderhoud. Daarnaast zal de Regieraad instrumenten en procedures ontwikkelen om het veld bij deze onderwerpen te ondersteunen. De ondersteuning van de regieraad is bij ZonMw ondergebracht (€ 0,9 miljoen).

- **Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte**

De Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte richt zich op het verbeteren van de organisatie en bereikbaarheid van verloskundige zorg en kraamzorg en het verbeteren van de inhoudelijke kwaliteit en transparantie. Bijzondere aandacht wordt besteed aan de wijze waarop verloskundige zorg en kraamzorg gericht op hoogrisicogroepen verleend moet worden (€ 0,2 miljoen in 2010).

- **Medicatieveiligheid**

In het verlengde van de brief Koers op kwaliteit (kamerstuk 29 439, nr. 18) wordt het plan van aanpak om de medicatieveiligheid te verbeteren, uitgevoerd. Elementen daaruit betreffen de introductie van een periodieke medicatiebeoordeling van zogenaamde risicopatiënten, het beter organiseren van een verantwoorde medicatieoverdracht tussen zorgverleners zorgbreed, maar ook de verbetering van registratie van medicatiegegevens binnen de apotheek is een belangrijke activiteit (€ 1 miljoen). Deze activiteiten lopen door tot en met 2011.

- **Medische technologie**

Vermijdbare incidenten worden deels veroorzaakt door de verkeerde toepassing van medische technologie. Op dit terrein wil het kabinet gedurende 2010–2011 de transparantie bevorderen. Zo zal de IGZ gevraagd worden informatie over de onderhouds- en vervangingstatus van medische apparatuur binnen zorginstellingen inzichtelijk te maken. Daarnaast zal het kabinet, uiteraard in overleg met de betrokken veldpartijen, ervoor zorgen dat onderhoudsdiensten op het terrein van de medische technologie gecertificeerd moeten zijn. Tenslotte willen we dat de richtlijnen aandacht schenken aan de benodigde vaardigheden en opleidingseisen met betrekking tot de toepassing van medische technologie. De Regieraad Kwaliteit van Zorg is meegegeven om deze aspecten van medische technologie mee te nemen als aandachtspunten bij richtlijnontwikkeling.

- **Namaakgeneesmiddelen**

Vervalste genees- en hulpmiddelen kunnen ernstige lichamelijke- en geestelijke gevolgen voor de gezondheid hebben. Zo kan het gebruik van vervalste geneesmiddelen leiden tot therapeutische onderbehandeling of

tot resistentie voor het echte geneesmiddel. Het gebruik van vervalste geneesmiddelen kan daarnaast leiden tot lichamelijke en/of geestelijke schade.

In 2009 wordt met partijen een nationaal plan van aanpak uitgewerkt langs de thema's bewustwording, positieve alternatieven, handhaving, signalering en opsporing, schade en omvang en kwaliteitsborging. Eind 2009 zal er een campagne van start gaan. Deze zal zeker tot en met 2010 doorlopen. De campagne zal onder andere bestaan uit een uitgebreide internetcampagne, voorlichtingsmateriaal in allerlei vormen en publicaties in (vak)bladen (€ 0,2 miljoen).

- Internationale samenwerking op het gebied van geneesmiddelen en hulpmiddelen

In het kader van internationale samenwerking zal het kabinet zich in 2010 onder andere richten op:

- Het terugdringen van vervalsing van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen;
- Het optimaal laten aansluiten van Nederlandse kennisinstellingen en bedrijven, waaronder het Top Instituut Pharma, bij ontwikkelingen binnen de EU ten aanzien van innovatie van medicijnen;
- Het prominenter agenderen van het gesignaleerde probleem in het rapport Priority Medicines van ons bedreigende antibioticaresistentie samen met Europese en mondiale partners, ook vanuit het bedrijfsleven;
- De productveiligheid van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen;
- Bijdragen aan de uitvoering van resolutie WHA61.21 van de Wereldgezondheidsorganisatie inzake «public health, innovation and intellectual property»;
- Het bevorderen van de kwaliteit en veiligheid van orgaantransplantatie en het voorkomen van handel in organen;
- Intensivering van samenwerking met andere producerende landen gericht op het terugdringen van het voortdurende wereldwijde tekort aan medische isotopen, die worden gebruikt voor diagnostiek, behandeling en pijnbestrijding van vele miljoenen patiënten per jaar.

Instrumenten voor een toegankelijk aanbod

Prestatie-indicatoren						
	2005	2006	2007	2008	Streefwaarde 2010	Streefwaarde Lange termijn
1. Aantal donoren (exclusief levende nierdonoren)	217	200	257	201	> 250	280 (2015 en verder)
2. Percentage ambulances dat binnen 15 minuten ter plaatse is bij spoed/levensbedreigende situaties	–	91%	91%	92,1%	≥ 95%	≥ 95%
3. Percentage bevolking dat binnen 30 minuten een SEH afdeling met de auto kan bereiken	98%	99,4%	99,7%	99,4%	≥ 98,8%	≥ 98,8%
4. Percentage poliklinieken waar je binnen drie weken een afspraak hebt	78,2%	82,0%	80,3%	–	80,0%	80%
5. Percentage burgers dat binnen 4 weken een afspraak heeft voor aanmelding bij een tweedelijns ggz-aanbieder	77%	74%	71%	72%	80%	80%
6. Aantal verwijzingen van huisarts naar de tweedelijns (per 1000 patiënten)	–	171	174	188	174	171
7. Toename van aantal multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerstelijns	–	–	1 674	–	1 700	2 300

Bronnen:

1. Nederlandse Transplantatie Stichting, jaarlijkse meting
2. RIVM, Zorgbalans, jaarlijkse meting
3. RIVM, Nationale Atlas Volksgezondheid
4. RIVM, Zorgbalans (update in 2010 bij nieuwe Zorgbalans)
5. ggz Nederland, wachttijden in de ggz-instellingen (jaarlijkse meting)
6. NIVEL, linh (jaarlijkse meting)
7. NIVEL, linh (jaarlijkse meting): (update in het najaar bekend)

Toelichting:

1. Indien de Wet op de orgaandonatie wordt aangepast (verwachting plaatsing in het Staatsblad in 2010), is de doelstelling om 25% meer transplantaties te realiseren in een tijdsperiode van vijf jaar (2010–2015).
4. Dit betreft de verwachte wachttijd zoals opgegeven door ziekenhuizen.
6. De streefwaarde is gebaseerd op een stabiel blijvend aantal verwijzingen naar de tweedelijns, ondanks de toenemende druk op de eerstelijnszorg.

● **Orgaandonatie**

Het tekort aan donororganen vraagt om een wijziging van het beleid, waarbij centraal staat dat niemand zich meer afzijdig kan houden. De verbetervoorstellen van de Coördinatiegroep Orgaandonatie hebben onder andere geleid tot de ontwikkeling van een voorlichtingscampagne, die in 2009 start en tot na 2010 doorloopt. De campagne, vanuit het idee «van de samenleving, voor de samenleving» ontwikkeld, staat naast een aantal verbetervoorstellen voor donorwerving in ziekenhuizen, waarvan in 2010 de eerste resultaten worden verwacht. Om de doelstelling van 25% meer postmortale transplantaties (ten opzichte van het driejaarlijks-gemiddelde 2005–2007) in een periode van vijf jaar te kunnen realiseren, wordt een wijziging van de Wet op de Orgaandonatie overwogen. Die wijziging moet er toe leiden dat van alle inwoners van 18 jaar en ouder een keuze in het Donorregister wordt vastgelegd. Daarbij wordt extra mogelijkheid gecreëerd om vóór orgaandonatie te kiezen waarbij nog wel ruimte is voor de nabestaanden. Voor de aanpassingen in het beslissysteem is vanaf 2010 een eenmalige investering nodig van € 35 miljoen (2010 € 2 miljoen, 2011 € 22 miljoen en 2012 € 11 miljoen).

- Versterking zorgorganisatie eerste lijn

Voor de periode 2009–2013 gaat het ZonMW programma «Versterking van de zorgorganisatie dicht bij huis» van start (€ 18 miljoen). Via dit programma zullen goede lokale voorbeelden worden geanalyseerd en verspreid waarbij handvaten voor samenwerking tussen aanbieders en verzekeraars worden ontwikkeld. Verder worden binnen het Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg (LOVE) afspraken gemaakt over doelgroepenbeleid en preventie en de versterking van het ondernemerschap van de zorg dicht bij huis, gerelateerd aan de belangrijkste ziekteclusters.

- (P) Bereikbaarheid huisartsenzorg en acute zorg

Ter verbetering van de bereikbaarheid van de acute huisartsenzorg en verloskundige zorg, zijn partijen gevraagd om eenduidige minimumnormen te ontwikkelen voor de bereikbaarheid van acute huisartsenzorg en verloskundige zorg, inclusief normen voor de telefonische bereikbaarheid. Inmiddels heeft de beroepsgroep van de huisartsen een uitgangspunt voor telefonische spoedoproepen van 30 seconden vastgesteld. De door de IGZ gehanteerde norm voor oproepen die minder spoed hebben (van 2 minuten) zal pas in werking treden na degelijke onderbouwing ervan.

- (P) Functionele integratie spoedeisende hulp en huisartsenposten

Het beleid is erop gericht om spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen binnen drie jaar functioneel te integreren met een huisartsenpost uit de regio van de betreffende ziekenhuizen. Deze integratie is wenselijk vanwege een relatief groot aantal zelfverwijzers dat naar de spoedeisende hulp gaat, waarvan een groot deel huisartsgeneeskundig geholpen had kunnen worden. In februari 2009 is de NZa om een vervolgvatvoerings-toets gevraagd voor de bekostiging van acute basiszorg. Met de NZa is afgesproken dat per 2010 in de acute zorg wijzigingen in de bekostiging zullen plaatsvinden die de substitutie van zorg bevorderen en daarmee zorgaanbieders en zorgverzekeraars de mogelijkheid bieden de zorg doelmatig en op de juiste plaats te organiseren. De NZa zal eind van dit jaar adviseren over een definitief systeem per 2011.

- (P) Ambulances

Op 2 december 2008 heeft de Eerste Kamer de Wet op de ambulancezorg aangenomen. Deze wet regelt dat de minister van VWS eenmalig 25 vergunningen verleent voor het verrichten van ambulancezorg. Deze vergunningen treden per 1 januari 2011 in werking. Er is sprake van 25 vergunningsregio's die aansluiten op de veiligheidsregio's. Gelijktijdig aan het vergunningstraject is de NZa gevraagd een uitvoeringstoets te doen op een nieuw bekostigingssysteem voor de ambulancezorg. Vanaf 2013 wordt prestatiebekostiging ingevoerd.

- Arbeidsmarktbeleid

Gegeven de toenemende vraag naar zorgpersoneel en de nog beperkt groeiende beroepsbevolking, dient een actief en consequent arbeidsmarktbeleid ervoor te zorgen dat nu en in de toekomst voldoende gekwalificeerd personeel beschikbaar blijft voor de zorgsector. Het arbeidsmarktbeleid wordt verder toegelicht in artikel 43.

- Opleidingsfonds

Een ruim voldoende aanbod van gekwalificeerde zorgverleners is een vereiste voor een vraaggeoriënteerde zorg waarin de patiënt centraal staat. Uitgaande van een zeker overschot bij de jaarlijkse instroom van

arts-assistenten in opleiding is het streven bij de bekostiging van de verschillende zorgopleidingen erop gericht om daar op te leiden waar de kwalitatief beste opleiding wordt geboden tegen een redelijke prijs. Met het «opleidingsfonds» wordt de bekostiging van onder meer de opleidingen tot huisarts (€ 118 miljoen), tot medisch specialist en tot andere medische beroepen (€ 840 miljoen) geregeld.

Om de gewenste capaciteit te bereiken stuurt het kabinet op de instroom van de zorgopleidingen. In 2010 is de toegestane instroomcapaciteit bepaald op 535 plaatsen (in fte) bij de huisartsenopleiding en 1057 plaatsen bij de medisch specialistische vervolgoopleidingen.

Centrale thema's die met het opleidingsfonds samenhangen zijn: goede ramingen, bruikbare kwaliteitsindicatoren, redelijke kostprijzen en het innoveren van de opleidingen- en beroepenstructuur.

Kengetallen				
	Waarde 2005	Waarde 2006	Waarde 2007	Waarde 2008
1. Instroom huisartsen in opleiding	531	524	515	537
2. Instroom in opleidingsplaatsen medisch specialisten	975	934	1 007	1 012

Bron: SBOH/MSRC, Capaciteitsorgaan

Toelichting:

1. Aantal personen dat in het betreffende jaar is ingestroomd in het eerste jaar van de opleiding.
2. Aantal personen dat is ingestroomd in het eerste jaar van opleiding van de opleidingen vallend onder de subsidieregeling zorgopleidingen eerste tranche (erkende medisch specialismen, exclusief psychiatrie, inclusief de erkende bèta beroepen ziekenhuisapotheker, klinisch fysicus en klinisch chemicus). Waarde 2006 is exclusief de instroom die in 2006 boventallig is gerealiseerd. Waarde 2008 is inclusief de boventallige instroom van 2006 die in 2008 in mindering is gebracht op toegestane instroom.

- **Compensatie zorgkosten illegalen**

Op 1 januari 2009 is de wet in werking getreden die regelt dat zorgaanbieders ingeval zij medisch noodzakelijke zorg hebben verleend aan in betalingsonmacht verkerende illegalen, in aanmerking kunnen komen voor compensatie uit collectieve middelen onder in de wet gestelde voorwaarden. Deze regeling wordt door het CVZ uitgevoerd. Voor compensatie aan de zorgaanbieders is in 2010 € 46,9 miljoen begroot.

Instrumenten voor innovatie

Prestatie-indicatoren		
	Aantal	Streefwaarde 2010
Aantal aangesloten op Landelijk Schakelpunt (LSP):		
– huisartsendienstenstructuur	7	100%
– huisartsenpraktijken	66	100%
– ziekenhuizen	4	100%
– apothekers	52	100%
Totaal	129	

Bron: Voortgangsrapportage ICT inzake de invoering van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD), stand week 34 2009.

- ICT in de zorg

Doel is de kwaliteit in de zorg te verbeteren. In 2010 richt het ICT-beleid zich op verdere landelijke invoering van het elektronisch patiëntendossier (EPD) met als eerste twee toepassingen het landelijk elektronisch medicatiedossier en het waarneemdossier huisartsen (zie stappenplan voor de landelijke invoering (kamerstuk 27 529, nr. 38) en voortgangsrapportage invoering EPD (kamerstuk 27 529, nr. 55)). Na behandeling en goedkeuring door de Eerste Kamer zal de Wet op het EPD in werking treden. In 2010 zal ook de elektronische toegang van de patiënt tot zijn EPD worden gerealiseerd.

- Algemeen Innovatiebeleid

In de brief aan de Kamer van 7 februari 2008 (Innovatie in preventie en zorg, kamerstuk 31 200 XVI, nr. 116) zijn de uitgangspunten voor het innovatiebeleid voor de zorg neergelegd. Innovatie is essentieel om de maatschappelijke opgaven – toename chronisch zieken en ouderen en tekort aan verzorgend en verplegend personeel – van gepaste oplossingen te voorzien. In 2008 is hiertoe het Zorginnovatieplatform (ZIP) ingesteld. De missie van het ZIP is het versnellen van zorginnovatie voor betere en duurzame zorg voor chronisch zieken en ouderen. Beter in de zin dat zorg als een netwerk om de patiënt beschikbaar komt en duurzaam in de zin van toegankelijkheid en betaalbaarheid ook op de lange termijn. Op het landelijk evenement in juni 2009 heeft het ZIP zijn visie en werkprogramma gepresenteerd, waarmee zijn missie naar inhoudelijke doelstellingen en activiteiten is vertaald. Innovaties die het ZIP wil versnellen en opschalen, versterken de positie van de patiënt en de rol van professional, benutten de mogelijkheden van ICT en technologie, bevorderen ondernemerschap en verbeteren de organisatie van de zorg. Innovatieve zorgconcepten komen niet alleen uit de zorg zelf. Juist vanuit andere sectoren kunnen waardevolle oplossingen worden aangedragen. Op 4 juli 2008 is vanuit het kabinetsproject Nederland Ondernemend Innovatieland de Maatschappelijke Innovatie Agenda Gezondheid (MIA-G) (kamerstuk 27 406, nr. 120) opgesteld, waarin de interdepartementale dimensie van het zorginnovatiebeleid werd uitgewerkt. In 2009 is in samenhang met de visie en het werkprogramma van het ZIP ook de MIA-G geconcretiseerd. Innovatie zal in 2010 met € 36 miljoen worden bevorderd door de voortzetting van reeds gestarte projecten en de inzet van het financieel instrumentarium voor innovatie in de zorg zoals door Senter Novem uitgevoerd. Dit bestaat uit de instrumenten zorginnovatievouchers en zorginnovatieprestatiecontracten, zoals omschreven in de Subsidieregeling zorginnovatie (Staatscourant 2009, 10 371) en het uitzetten van calls voor opschaling en experimenten. Naast deze instrumenten wordt geïnvesteerd in kennis om de effecten van innovatie zichtbaar te maken en te verkennen waar (intersectorale) kennishiaten bestaan.

- Innovatie medische producten

VWS investeert in grote life sciences projecten ten behoeve van nieuwe medische producten, zoals het Topinstituut Pharma (€ 32 miljoen in 2010), het Centre for Translational Molecular, Medicines (EZ), Parelsnoer (OCW), Bio Medical Materials (EZ) en recent Lifelines. Voor dit laatste project is voor een periode tot 2016 een bedrag gereserveerd van € 40 miljoen als cofinanciering voor het verzamelen van lichaamsmateriaal, klinische gegevens en leefstijlgegevens. Hiermee kunnen wetenschappers en industrie relevante onderzoeksvragen beantwoorden. VWS heeft de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) gevraagd om met een voorstel te komen voor een agenda medische producten. Deze

nieuwe agenda zal voor de komende periode het kader moeten bieden op welke terreinen en hoe onderzoek op het terrein van de geneesmiddelen, medische hulpmiddelen en biomaterialen is te stimuleren. Daarbij is niet alleen research and development, maar ook de organisatie van innovatie (sociale innovatie) aandachtspunt. De nieuwe onderzoeksagenda zal naar verwachting in juni 2010 kunnen worden vastgesteld. Begin 2010 worden de resultaten verwacht van een onderzoek dat de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) uitvoert in opdracht van VWS naar «priority medical devices». Het onderzoek beoogt – op vergelijkbare wijze als dat gedaan is bij «Priority Medicines» (<http://www.tipharma.com/research/priority-medicines.html>) – in kaart te brengen wat «witte vlekken» zijn in het hulpmiddelenaanbod: welke hulpmiddelen zijn vanuit volksgezondheids-oogpunt gewenst? De antwoorden op deze vraagstelling zijn van belang voor het stimuleren van onderzoeks- en innovatieprogramma's.

- **Innovaties en het verzekerde pakket**

Het CVZ, de NZa en ZonMw hebben naar aanleiding van de motie Schippers (kamerstuk 30 800, nr. 92) sinds augustus 2008 een gezamenlijk loket ingericht, de ZorgInnovatiewijzer (ZIW), om aan zorginnovatoren voorlichting te geven over bestaande regelingen zodat zorginnovaties sneller tot stand komen. De ervaringen met het loket moeten uitwijzen of en waar de bestaande regelingen hiaten vertonen waardoor zorginnovaties onvoldoende van de grond komen of vroegtijdig sneuvelen. De ZIW komt in het najaar van 2009 met een rapportage over het resultaat van de adviezen en een analyse van de belemmeringen.

Het CVZ brengt in het najaar van 2009 een rapport uit over aanvullende financiering van zorginnovaties met als doel die data te verzamelen op grond waarvan sneller een beslissing genomen kan worden over wel of geen verzekerde zorg.

- **Kwaliteit en innovatie in de ggz**

In 2010 wordt in samenwerking met veldpartijen verder ingezet op het terugdringen van dwang en drang in de ggz. Dit mede ter uitvoering van de beleidsvoornemens hiervoor. Zo wordt de ontwikkeling van veldnormen voor dwangtoepassingen in de ggz verder uitgewerkt om te komen tot een multidisciplinaire richtlijn dwang en drang.

De beleidsagenda Suïcidepreventie (kamerstuk 22 894, nr. 172) wordt uitgevoerd om suïcidaliteit verder terug te dringen. Er zijn middelen beschikbaar gesteld voor de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn suïcidaliteit en voor de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen voor verschillende psychiatrische stoornissen en ggz- (gerelateerde)problematiek. In het najaar wordt voor de eerste keer de jaarrapportage «Vermindering suïcidaliteit» naar de Tweede Kamer gezonden.

Beleidsartikelen/Artikel 42

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x €1 000)

	2010	2011	2012	2013	2014
Instellingssubsidies/structurele subsidies	1 026 433	1 037 925	1 040 543	1 044 539	1 049 167
<i>Waarvan onder andere:</i>					
Nederlands Kanker Instituut	14 785	14 785	14 785	14 785	14 785
Stichting Patiëntvertrouwenspersoon	4 546	4 546	4 546	4 546	4 546
Opleidingsfonds	839 811	851 603	856 266	860 682	865 310
Huisartsenopleiding (SBOH)	118 145	118 145	118 145	118 145	118 145
College voor beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg	1 394	1 394	1 394	1 394	1 394
Nictiz	23 811	23 811	23 811	23 811	23 811
Tuchtcolleges/registratiecolleges/adviescommissies	5 500	5 500	5 500	5 500	5 500
Nederlandse Transplantatie Stichting/donorwerving	3 345	3 345	3 345	3 345	3 345
Donorvoorlichting	1 745	1 745	0	0	0
Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik	2 000	1 700	1 400	980	980
Projectsubsidies	191 138	177 837	152 999	133 994	132 201
<i>Waarvan onder andere:</i>					
Uitvoering Amendement Heideheuvel	2 000	1 000	0	0	0
Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO) meerjaren programma Kwaliteit en Kennis	200	0	0	0	0
NIVEL monitor schade in ziekenhuizen	1 241	1 178	1 117	170	0
LEVV/V&VN Veiligheidsprogramma	350	350	175	175	0
NVZ Veiligheidsprogramma	1 500	1 500	250	750	0
Actieprogramma veilige zorg/Patiëntveiligheid ggz	1 500	1 895	175	175	175
Actieprogramma veilige zorg/Patiëntveiligheid eerstelijnszorg	527	343	0	524	550
Innovatiefonds Revalidatie (uitvoering amendement)	2 000	2 000	0	0	0
ZonMW programma Patiëntveiligheid	750	750	750	750	0
Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte	200	0	0	0	0
Projecten Versterking 1e lijn	250	300	300	300	300
Tijdelijke Voorziening 1e lijnscentra in VINEX wijken	3 000	0	0	0	0
Stagefonds	33 000	33 000			
Vaccinatie hepatitis B	3 500	3 500	0	0	0
Arbeidsmarktbeleid	12 824	8 057	53 156	52 481	52 481
ICT in de zorg	7 435	7 416	7 303	7 303	7 303
Verpleegkundigen en verzorgenden	2 500	2 500	2 000	2 000	2 000
Opleiding physician assistant en nurse practitioner	21 000	21 000	21 000	21 000	21 000
Innovatie	35 113	37 702	42 396	26 515	26 527
Subsidies beroepen en opleidingenstructuur	8 642	9 359	9 741	9 742	9 742
Pilots orgaandonatie	1 518	986	120	0	0
Topinstituut Pharma	32 326	33 063	0	0	0
Besluit Subsidies Investerings Kennisinfrastructuur (BSIK-projecten)	9 328	0	2 340	0	0
Heroriëntatie hulpmiddelen	200	200	200	0	0
Opdrachten	15 234	36 034	29 749	20 421	21 965
<i>Waarvan onder andere:</i>					
Projecten Versterking eerstelijnszorg	300	300	300	300	300
ICT en Innovatie	2 848	2 487	3 021	4 310	4 773
Arbeidsmarkt, beroepen en opleidingen	1 880	1 388	2 752	2 677	2 677
Farmaceutische data	1 080	1 080	800	800	800
Reservering voor voorgenomen systeemwijziging orgaandonatie	2 000	22 000	11 000	0	0
Veilige toepassing medische technologie	550	550	100	0	0
Regeling donatie bij leven	800	800	800	800	800
Multimediale donorcampagne	1 800	1 800	1 800	1 800	1 800
Bijdragen aan baten-lastendiensten	16 440	16 439	16 453	16 453	16 453
Bijdrage aan agentschap CIBG (o.a. UZI-register, BIG-register, SBV-Z, donorregister, Farmatec)	16 440	16 439	16 453	16 453	16 453
Bijdragen aan ZBO's/RWT's	47 789	47 509	47 509	47 509	47 509
CVZ/ Compensatie zorgkosten illegalen	46 959	46 959	46 959	46 959	46 959
ZonMW: Regieraad Kwaliteit van Zorg	830	550	550	550	550
Totaal	1 297 034	1 315 744	1 287 253	1 262 916	1 267 295

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

42.3.3 Zorgverzekeraars bieden alle burgers een betaalbaar verzekerd pakket van noodzakelijke zorg aan

Motivering

Motivering

Zorgverzekeraars concurreren om de gunst van de verzekerden door polissen aan te bieden met een goede prijs-kwaliteitverhouding. Dit realiseren zij door scherp en prestatiegericht zorg in te kopen bij zorgaanbieders.

Ons beleid is gericht op:

- Een goed werkend stelsel;
- Een pakket van verzekerde aanspraken;
- Een op het stelsel aansluitend bekostigingssysteem.

Instrumenten voor een goede werking van het stelsel

Prestatie-indicatoren						
	2006	2007	2008	2009	Streefwaarde 2010	Streefwaarde lange termijn (2011)
1. Beheerste ontwikkeling gemiddelde nominale premie Zvw in euro's	1 030	1 103	1 053	1 064	1 085	–
2. Beheerste ontwikkeling bruto schadelast (prijspeil 2009), x € 1 miljard	25,7	26,2	31,1	32,6	33,3	34,4
3. Aantal onverzekerden (op 1 mei van een jaar)	241 000	231 000	171 280	< 171 280	< 171 280	< 171 280
4. Aantal wanbetalers (aan het einde van een jaar)	190 000	240 000	279 520	271 000	221 000	171 000

Bronnen:

1. VWS
2. VWS
3. CBS
4. CBS

Toelichting:

1. De daling van de nominale premie van 2007 op 2008 is deels vertekend door de afschaffing van de no-claim en de invoering van het verplicht eigen risico.
2. De ontwikkeling 2007–2008 is voor een groot deel te verklaren door de overheveling van de geneeskundige ggz uit de AWBZ naar de Zvw.
4. Aantal wanbetalers 2009 betreft een verwachte uitkomst. Als sluitstuk van de structurele wanbetalersaanpak zal in 2010 bij wanbetalers tijdelijke inning van een bestuursrechtelijke premie (bronheffing) plaatsvinden.

- **Monitoren Zorgverzekeringswet**

In juli 2009 heeft de NZa voor de vierde maal de Monitor Zorgverzekeringsmarkt (www.nza.nl) uitgebracht. Net als in 2008 is de NZa van mening dat de positie van de consument op de zorgverzekeringsmarkt per saldo als positief moet worden beoordeeld. De toegankelijkheid van de basisverzekeringen en collectiviteiten is goed, er is sprake van een beheerste stijging van de nominale premie (gemiddeld 1% in 2009) en de dienstverlening van de zorgverzekeraars is over het algemeen ruim voldoende. De NZa concludeert verder dat de marktconcentratie wel onverminderd hoog blijft en de verzekerdenmobiliteit beperkt is (3,6% in 2009, gelijk aan 2008). Eind 2008 liepen de contracten voor veel collectiviteiten met een looptijd van drie jaar af, dit heeft niet gezorgd voor extra mobiliteit. De NZa blijft deze ontwikkelingen nauw volgen.

Wat betreft de zorginkoop lijken zorgverzekeraars steeds meer de rol op te pakken, waarbij zij proberen om verzekerden te gidsen naar preferente zorgaanbieders met een goede prijs-kwaliteitverhouding. Desalniettemin zijn er nog steeds verbeteringen nodig bij de zorginkoop. Daarnaast dient

de transparantie van de kwaliteit van zorg te worden verbeterd, zodat verzekerden een betere afweging kunnen maken. Eind 2009 brengt de NZa voor het eerst een monitor Zorginkoop uit, waarin de stand van zaken op het gebied van zorginkoop bij zorgverzekeraars wordt beschreven.

- Actieve opsporing onverzekerden

Het aantal onverzekerden was op 1 mei 2008 volgens voorlopige cijfers van het CBS 171 280. De regering vindt het ongewenst dat mensen zich aan de solidariteit van de Zorgverzekeringswet onttrekken door zich niet te verzekeren. Daarom wordt een wetsvoorstel voorbereid om vanaf 2010 onverzekerde verzekeringsplichtigen actief op te sporen. Die opsporing vindt plaats door het CVZ door middel van vergelijking van een door de Sociale Verzekeringsbank (SVB) te bouwen bestand van alle AWBZ-verzekerden en het Referentiebestand verzekerden zorgverzekeringswet (RBVZ) dat alle Zvw-verzekerden bevat. Hiervoor is in 2010 € 8,9 miljoen begroot.

- Terugdringen aantal wanbetalers

Het CBS heeft gerapporteerd dat het aantal wanbetalers in een jaar tijd met 16% is gestegen tot 279 520 op 31 december 2008. Dit is 2,2% van het totaal aantal verzekerden.

In juni 2009 was in de Eerste Kamer het wetsvoorstel structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering in behandeling. Wanbetalers die langer dan zes maanden hun premie niet hebben betaald, worden door de verzekeraar aangemeld bij het CVZ. Het CVZ heft daarop een bestuursrechtelijke premie die 130% is van de gemiddelde nominale premie. Deze bestuursrechtelijke premie wordt via het principe van bronheffing ingehouden op het inkomen van de wanbetaler en indien nodig op de zorgtoeslag. Voor de uitvoering van het wetsvoorstel is in 2010 € 33 miljoen (uitvoeringskosten CVZ, CJIB, UWV, SVB, Raad voor Veiligheid en Rechtsorde) begroot.

- Uitvoeren zorgtoeslag

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

Kengetallen			
	Toeslagjaar 2006	Toeslagjaar 2007	Toeslagjaar 2008
Gemiddelde zorgtoeslag (bedragen in €)	449	471	654
Aantal ontvangers zorgtoeslag	5 584 000	5 600 000	5 176 000
Netto uitgaven Zorgtoeslag (x € 1 miljoen)	2 505	2 637	3 387

Bron: Belastingdienst (jaarlijkse meting)

Toelichting:

De cijfers betreffen de tussenstand van 30 juni 2009. Deze bedragen wijken af van de in de jaarverslagen VWS over 2006 en 2007 opgenomen bedragen. De afwijkingen worden veroorzaakt doordat na afloop van een jaar de definitieve toeslagen nog vastgesteld moeten worden. Daardoor kan het definitieve bedrag aan toegekende toeslagen zowel hoger als lager uitvallen dan de in het jaar verstrekte voorschotten (die opgenomen worden in de jaarverslagen VWS).

- Operationele risicoverevening

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

Instrumenten op het terrein van het verzekerd pakket

- (P) Verplicht eigen risico

Het bedrag van het verplicht eigen risico wordt per 1 januari 2010 volgens de systematiek van artikel 18a, derde en vierde lid, van de Zvw geïndexeerd. Met deze indexatie wordt het bedrag in 2010 met € 10 verhoogd tot € 165.

Punt van aandacht blijft de afbakening van de groepen die voor de compensatie eigen risico in aanmerking komen. Hierbij gaat het om de toevoeging per 2011 van het meerjarig gebruik van Zvw-hulpmiddelen als criterium aan de compensatieregeling.

Daarnaast moet bezien worden hoe wijzigingen in de Farmacie Kosten Groepen (FKG's) voor de risicoverevening kunnen worden opgevangen bij de afbakeningscriteria voor de compensatieregeling. Dit geldt eveneens voor de Diagnose Kosten Groepen (DKG's) bij de omzetting van de dbc's naar dot's.

De uitvoering van de compensatieregeling wordt nauwlettend gevolgd. Begin 2010 wordt de evaluatie van het verplicht eigen risico afgerond. Deze evaluatie vormt een bouwsteen voor de in het voorjaar van 2010 toegezegde notitie waarin het kabinet zijn standpunt zal weergeven over de toekomst van het verplicht eigen risico en de eigen betalingen.

- (P) Preventieve interventies in het basispakket

Voortvloeiend uit de preventiebrief «Gezond zijn, gezond blijven» (kamerstuk 22 984, nr. 134) is voor deze kabinetsperiode een vijftal maatregelen benoemd waarmee het preventiebeleid beter wordt ondersteund vanuit de zorgverzekering. Afgelopen jaar hebben verzekeraars de mogelijkheid gekregen om het verplichte eigen risico geheel of gedeeltelijk kwijt te schelden als verzekerden een door de verzekeraar te bepalen preventieprogramma volgen dat gericht is op het voorkomen of verlichten van diabetes, hartfalen, depressie, overgewicht en chronische longziekte. Gelijktijdig is op de begroting een structureel bedrag gereserveerd voor de dekking van ondersteuning bij het stoppen met roken, preventie van depressie, de beweegkuur en versterking van zelfmanagement van chronisch zieken, dat oploopt tot € 50 miljoen in 2012.

- Wat de preventie van depressie betreft, heeft het CVZ geconcludeerd («Preventie van depressie: verzekerde zorg?» van 22 september 2008) dat de vroegtijdige behandeling van depressie onder de dekking van de Zvw-dekking valt. Er wordt echter nog erg weinig gebruik van gemaakt;
- Ondersteuning bij het stoppen met roken wordt met ingang van 2011 onder de Zvw gebracht. Het kabinet neemt het advies van het CVZ («Stoppen met rokenprogramma: te verzekeren zorg!» van 21 april 2009) over om dit te doen in de vorm van een stopprogramma, waarin zowel de begeleiding als de ondersteunende medicatie deel uitmaakt;
- Het voornemen bestaat om per 1 januari 2011 de beweegkuur in het Zvw pakket op te nemen. Inhoudelijk is het CVZ daar positief over («Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijl

- interventie» van 23 februari 2009). In het land wordt de beweegkuur in pilotvorm al op diverse plaatsen in praktijk gebracht;
- Het onderwerp zelfmanagement bevindt zich nog in de fase waarin gezocht wordt naar het vertalen van dit begrip in concrete zorgdiensten of producten.

- (P) Geneeskundige ggz in de Zvw

Het kabinet zal de Kamer binnenkort op de hoogte brengen van de laatste stand van zaken rond de bekostiging van de geneeskundige ggz en de toekomstplannen daarbij. Dit op basis van onder andere de uitvoerings-toets, die de NZa in februari 2009 heeft afgeleverd. Na intensief overleg met alle partijen is gekozen voor een gefaseerde aanpak, waarbij voor komend jaar het accent voornamelijk komt te liggen op doorontwikkeling en stabilisatie van de dbc ggz productstructuur. Daarnaast wordt, in overleg met de NZa, bezien of het mogelijk is te experimenteren met bandbreedtetarieven in kleinschalige pilots. Zonodig ontvangt de NZa een aanwijzing, om de verdere inhoudelijke invulling van die pilots vorm te kunnen geven. Met het oog op de wens om in de toekomst kosten te beheersen, is het van belang een behoedzame stap richting verdere liberalisering te maken.

De forse structurele uitgavenoverschrijding die in het voorjaar 2009 is gebleken ad € 185 miljoen heeft geleid tot het kabinetsbesluit om een interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) uit te laten voeren. De resultaten hiervan worden in 2010 verwacht.

De algemeen financieel-economische situatie en de hoogte van de collectieve uitgaven nopen tot een beheerste kostenontwikkeling in de gezondheidszorg en een meer doelmatig gebruik van de beschikbare middelen. Aan de ggz-sector wordt door het kabinet als onderdeel van een zorgbreed pakket van maatregelen een korting op de tarieven opgelegd van structureel € 119 miljoen, ter beperking van de kosten van de zorg.

- (P) Overheveling van de somatische revalidatiezorg vanuit de AWBZ naar de Zvw

Met het oog op een toekomstbestendige Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWZB) gaat de somatische revalidatiezorg per 2012 over van de AWZB naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Overheveling biedt betere mogelijkheden voor ketenzorg en bovendien past deze kortdurende en op herstel van functioneren gerichte zorg beter bij de Zvw. De overheveling richt zich op somatische revalidatiezorg die intramuraal en in de vorm van dagbehandeling wordt geboden. 2010 zal in het teken staan van registratie en een periodieke monitoring van de verschillende zorgregistraties (met het oog op een zorgvuldige bepaling van het volume en budget in 2011 van de over te hevelen zorg). Daarnaast wordt in 2010 gestart met de voorbereidende activiteiten voor de overheveling. Dit betreft onder meer de ontwikkeling van een nieuwe bekostigingssystematiek voor somatische revalidatiezorg (invoering voorzien in 2012).

- (P) Pakketmaatregelen hulpmiddelen

Op basis van het Pakketadvies 2009 van het College voor zorgverzekeringen (www.cvz.nl) heeft het kabinet besloten dat het Mandibulair repositie apparaat (een hulpmiddel voor het ademhalingsstelsel), € 3,7 miljoen in het basispakket wordt opgenomen.

- (P) Pakketmaatregel Acetylcysteïne

Op basis van het Pakketadvies 2009 van het College voor zorgverzekeringen (www.cvz.nl) heeft het kabinet besloten dat de vergoeding van

Acetylcysteïne (slijmoplossend middel), € 7 miljoen per 1 januari 2010 uit het verzekerde pakket wordt gehaald.

- **Invloed farmaceutische industrie/ geneesmiddelenreclame**
In 2009 zijn twee rapporten uitgebracht over de invloed van de farmaceutische industrie op de voorschrijvers en het geneesmiddelengebruik. Deze rapporten zijn aanleiding om samen met veldpartijen (industrie, beroepsbeoefenaren, inspectie en zelfregulering) het beleid steviger neer te zetten. Tevens zijn deze rapporten aanleiding om het systeem van toezicht en handhaving van geneesmiddelenreclame verder te verbeteren. Specifieke aandacht zal er zijn voor transparantie: er moet volstrekte helderheid komen over de banden die er zijn tussen artsen/onderzoekers en farmaceutische bedrijven. Wanneer de zelfregulering er niet in slaagt om normen hiervoor te ontwikkelen zal wetgeving à la de Amerikaanse Sunshine Act in gang gezet worden.

- **Onafhankelijk geneesmiddelenonderzoek**
ZonMW heeft in 2009 het signalement Goed Gebruik Geneesmiddelen uitgebracht (www.zonmw.nl). Dit signalement beschrijft de onderzoeksthema's op het terrein van geneesmiddelengebruik. Het signalement brengt alle lacunes in kaart en biedt daarmee een goede basis voor een vervolg: aan welk onderzoek is het meest dringend behoefte en hoe kan in die behoefte worden voorzien. Deze vraag wordt samen met ZonMW in 2010 in kaart gebracht. Hierbij worden ook initiatieven uit andere landen betrokken. De focus zal liggen op onderzoek waaraan maatschappelijke behoefte bestaat maar waarvoor een commerciële prikkel ontbreekt om het uit te voeren.

- **(P) Heroriëntatie hulpmiddelen en functiegerichte bekostiging**
De heroriëntatie hulpmiddelen is een project dat de regelingen waaruit de burger een hulpmiddel kan krijgen (Zvw, AWBZ, Wmo en de WIA) wil stroomlijnen en vereenvoudigen. Het cliëntperspectief staat hierin centraal. In 2009 heeft het CVZ een uitvoeringstoets gedaan naar de budgettaire en praktische consequenties van de heroriëntatie. In 2010 hebben de betrokken partijen de tijd om alle uitvoeringstechnische zaken te regelen die daaruit voortvloeien. Gestreefd wordt om per 1 januari 2011 de hulpmiddelenregelingen zodanig te hebben gewijzigd dat het voor de cliënt duidelijker is waar hij welk hulpmiddel kan krijgen. De systematiek van aanspraak op hulpmiddelen wordt gewijzigd in een aanspraak gebaseerd op functiebeperking in plaats van een aanspraak op basis van het productaanbod. Om dit te realiseren zal VWS de Regeling Zorgverzekeringwet op basis van adviezen van het CVZ in 2010 verder gaan aanpassen. Dit traject is naar verwachting in 2012 voltooid. VWS wil tegelijkertijd stimuleren dat er meer zorgprotocollen tot stand komen die het principe van vraagsturing gaan ondersteunen.

- **(P) Afloop Transitieakkoord 2008/2009**
Sinds 2004 zijn convenanten van kracht tussen de KNMP, Bogin, ZN, Nefarma en de minister van VWS om conform de Langetermijnvisie geneesmiddelenvoorziening de overgang naar een geneesmiddelenvoorziening mogelijk te maken die, in lijn met de Zvw, ruimte biedt voor marktconforme onderhandelingen en die effectieve prikkels bevat voor kwaliteitsverbetering en doelmatigheidsbevordering. Het Transitieakkoord 2008/2009 is het laatste afgesloten convenant. Het is de bedoeling dat na afloop van het Transitieakkoord per 31 december 2009, er geen nieuw convenant wordt afgesloten of wettelijke maatregelen in plaats daarvan worden genomen, maar dat marktpartijen zelf verder «aan de slag gaan»

om de toegevoegde waarde en dus de kwaliteit voor de patiënt te vergroten. Op basis van de convenanten en het Transitieakkoord geldt een taakstelling van € 1 427 miljoen in 2009. Deze opbrengst is structureel budgettair verwerkt in het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Om de opbrengst van het Transitieakkoord structureel te kunnen garanderen, bestaan de volgende waarborgen: preferentiebeleid van verzekeraars, besparing door injectables onder de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) te brengen, besparing door het uit octrooi lopen van spécialités en een kostenbesparing door de periodieke actualisering van de WGP-maximumprijzen.

Instrumenten voor de bekostiging/het bekostigingssysteem

- (P) Bekostiging apotheekhoudenden

Het voornemen was om de tarieven voor apotheekhoudenden met ingang van 1 januari 2010 vrij te laten overeenkomstig de Langetermijnvisie geneesmiddelenvoorziening. In de praktijk is dat niet haalbaar gebleken. De dynamiek in de sector is vooralsnog te groot en zorgt voor nieuwe, nog niet uitgekristalliseerde verhoudingen. Daarom heeft het kabinet besloten om het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) met betrekking tot de ingangsdatum op te volgen en per 1 januari 2011 over te gaan tot vrije tarieven. Daarnaast sluit het kabinet aan bij de gedachte van de NZa om in 2010 nog meer onderhandelingsruimte te creëren in de al per 2009 geflexibiliseerde prestatiebekostiging voor apotheekhoudenden die ruimte biedt voor aanvullende zorgafspraken en aanvullende beloningen voor geleverde kwaliteit. Hierbij wordt gedacht om met ingang van 1 januari 2010 het mogelijk te maken dat bij schriftelijke overeenkomst tussen een apotheekhoudende en een zorgverzekeraar kan worden afgeweken van het vaste stramen van de huidige tariefstructuur. Hierdoor kan vanaf die datum bijvoorbeeld ook een all-in tarief per patiënt/-verzekerde of groep van patiënten/-verzekerden overeen worden gekomen.

- (P) Prestatiebekostiging ziekenhuizen

In de brief «Waardering III» (kamerstuk 29 248, nr. 74) zijn de beleidsvoornemens voor de ziekenhuisbekostiging uiteengezet. Per 2011 komt het huidige systeem van ziekenhuisbudgettering te vervallen en zullen ziekenhuizen zoveel mogelijk worden bekostigd op basis van herkenbare zorgproducten. De NZa is gevraagd een overgangsregime uit te werken ten behoeve van een verantwoorde overgang naar dit nieuwe bekostigingssysteem. Rond de jaarwisseling zal het kabinet zijn voornemens over de inrichting van de bekostiging vanaf 2011 en het overgangsregime kenbaar maken aan de Eerste en Tweede Kamer. In lijn met de motie Van Gerven (kamerstuk 29 248, nr. 86) zal vervolgens een debat met de Kamer plaatsvinden, waarna de NZa een aanwijzing zal worden gestuurd om de bekostigingssystematiek voor 2011 en het bijbehorende overgangsregime uiterlijk per 1 juli 2010 in beleidsregels vast te stellen.

In 2010 valt ook het besluit of in 2011 het B-segment verder zal worden uitgebreid. Dit zal gebeuren na zorgvuldige evaluatie van voorafgaande stappen op basis van kwaliteit en toegankelijkheid en na debat met de Kamer (in lijn met de motie Van Gerven (kamerstuk 29 248, nr. 85)). Het kabinet zal het B-segment per 2011 uitbreiden tot 50%, onder de voorwaarde dat de uitkomsten van de evaluatie door de NZa gunstig zijn. Deze uitbreiding is ook van betekenis teneinde de substitutie naar de 1e lijn beter mogelijk te maken en de kwaliteit en toegankelijkheid te dienen.

- Verbeterplan dbc's

Door middel van het project dbc's (diagnose-behandelcombinaties) op weg naar transparantie wordt de dbc-systematiek verbeterd. Een belangrijk onderdeel van de verbeteringen is de nieuwe productstructuur. In deze nieuwe ordening wordt het aantal zorgproducten teruggebracht van 40 000 naar ongeveer 3 000. De productstructuur is in het voorjaar van 2009 vastgesteld. Vanaf 1 juli 2009 zijn de ziekenhuizen gestart met het registreren van de nieuwe DOT-zorgproducten (dbc's op weg naar transparantie). Hiermee kunnen de ziekenhuizen praktische ervaring opdoen en kan er een analyse worden gemaakt van de financiële effecten. In 2010 gaat men hiermee door. Vanaf 1 januari 2011 zal er ook gedeclareerd worden op basis van de nieuwe zorgproducten en zullen de oude dbc's komen te vervallen.

- (P) Introductie chronische keten dbc's

In de brief van 22 december 2008 «De patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging» is aangegeven per 2010 vier keten-dbc's voor chronische zorg te introduceren. Het gaat om dbc's voor diabeteszorg, COPD, hartfalen en CVR (cardiovasculair risico). Met de vier keten-dbc's biedt het kabinet het veld een eerste mogelijkheid te investeren in integrale zorgverlening. Hiermee wil het kabinet een impuls geven aan de kwaliteit van de geleverde zorg en daarmee kostenbesparing realiseren. In de brief van 13 juli 2009 (kamerstuk 29 247, nr. 95) zijn de concrete beleidswijzigingen voor de vier keten-dbc's per 2010 beschreven. De bekostiging zal niet langer gebaseerd zijn op wie de zorg levert, maar welke zorg wordt verstrekt. Hiermee wordt de substitutie tussen zorgaanbieders gestimuleerd. Dit zal een aantal wijzigingen in de huisartsen-bekostiging betekenen per 2010. Deze wijzigingen zijn vooral gerelateerd aan de introductie van de ketens, het voorkomen van dubbele bekostiging en een vereenvoudiging van de M&I systematiek.

- Regeling Garantie Ondernemingsfinanciering Zorg

De Regeling Garantie Ondernemingsfinanciering (Regeling GO) zal ook worden opengesteld voor de curatieve zorgsector. Vanaf 1 september is het gedurende één jaar mogelijk dat banken voor financieringen van bouwleningen van zorginstellingen in de curatieve zorg, tot € 50 miljoen per zorginstelling, een gedeeltelijke (50%) staatsgarantie kunnen verkrijgen. De banken betalen voor deze garantie een kostendekkende premie. De regeling kent voor de zorg een garantieplafond van € 250 miljoen. De regeling valt onder de begroting van Economische Zaken, artikel 3 een concurrerend ondernemingsklimaat. De openstelling van de Regeling GO voor bouwfinanciering van zorginstellingen geschiedt voor rekening en risico VWS.

- Rijksbijdrage zorgverzekeringsfonds

Met de rijksbijdrage wordt voorkomen dat huishoudens met kinderen jonger dan achttien jaar hoge zorglasten hebben (€ 2,19 miljard). Kinderen tot achttien jaar betalen geen nominale premie. De rijksbijdrage voorziet in de financiering van de premie van deze kinderen.

Beleidsartikelen/Artikel 42

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x €1 000)

	2010	2011	2012	2013	2014
Rijksbijdragen	2 132 600	2 275 500	2 355 500	2 495 600	2 495 600
Rijksbijdrage 18-	2 132 600	2 275 500	2 355 500	2 495 600	2 495 600
Inkomensregelingen	3 963 080	4 264 896	4 589 698	4 939 236	5 315 393
Zorgtoeslag	3 963 080	4 264 896	4 589 698	4 939 236	5 315 393
Instellingsubsidies/structurele subsidies	15 519	13 267	13 231	13 231	13 231
Stichting dbc onderhoud	14 719	5 667	5 231	5 231	5 231
Stichting dbc onderhoud Releaseontwikkeling DIS+onderhoud	800	7 600	8 000	8 000	8 000
Projectsubsidies	2 831	1 700	1 850	1 900	1 900
<i>Waarvan onder andere:</i>					
onderzoek NZa (dbc)	400	300	400	400	400
dbc onderhoud projecten	100	0	0	0	0
Communicatie (dbc)	250	50	50	100	100
Projecten dbc ggz	600	250	400	400	400
Eindejaarscampagne Zorgverzekeringswet	1 061	1 000	1 000	1 000	1 000
Opdrachten	4 819	4 404	4 288	4 396	4 556
<i>Waarvan onder andere:</i>					
KLPD Centrale meldkamer (LMAZ)	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000
Projecten dbc ggz	687	350	402	400	400
Risicoverevening	1 203	1 103	1 103	1 103	1 103
Stelselherziening	653	839	703	597	757
Bijdrage aan andere begrotingshoofdstukken	32 995	21 155	16 705	15 980	15 820
Bijdrage C2000 (MIN. BZK)	4 100	4 100	4 100	4 100	4 100
Bijdrage kosten rechtbanken t.b.v. wanbetalers (Raad voor de Rechtspraak)	5 792	2 335	885	160	0
Bijdrage UWV t.b.v. wanbetalers	1 003	420	420	420	420
CJIB (wanbetalers)	18 600	14 200	11 200	11 200	11 200
CJIB (onverzekerden)	3 500	100	100	100	100
Bijdrage aan ZBO's	13 020	10 120	8 220	6 320	6 320
<i>Waarvan onder andere:</i>					
CVZ (onverzekerden)	1 400	100	100	100	100
SVB (onverzekerden)	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000
CVZ (wanbetalers)	7 600	6 000	4 100	2 200	2 200
SVB (wanbetalers)	20	20	20	20	20
Totaal geraamde uitgaven	6 164 865	6 591 042	6 989 491	7 476 663	7 852 821

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

42.4 Overzicht onderzoek naar de doelmatigheid en doeltreffendheid van beleid

Overzicht beleidsonderzoeken			
	Onderzoek onderwerp	Nummer AD of OD	A Start B Afgerond
Beleidsdoorlichting	IBO ggz	42.3.2	A 2009 B 2010
Effectonderzoek ex post	–		
Overig evaluatieonderzoek	Evaluatie subsidiesystematiek PGO-organisaties	42.3.1	A 2011 B 2011
	Evaluatie Regieraad Kwaliteit van Zorg	42.3.2	A 2011 B 2011
	Beleidsrapportages ggz	42.3.2	A 2007 B 2010
	Dossieronderzoek naar vermijdbare sterfte en schade in ziekenhuizen	42.3.2	A 2010 B 2011
	Evaluatie Opleidingsfonds	42.3.2	A 2011 B 2011
	Evaluatie CBOG	42.3.2	A 2009 B 2010
	Monitor Cure, waarin opgenomen de monitor zorgverzekeringmarkt	42.3.3	Jaarlijks
	Evaluatie risicoverevening door internationale experts	42.3.3	A 2009 B 2010
	Monitor Farmacie	42.3.3	Jaarlijks
	Inkoopvoordelen en praktijkkosten onderzoek	42.3.3	A 2009 B 2010
	Eerste evaluatie Verplicht Eigen Risico	42.3.3	A 2009 B 2010
	Tweede evaluatie Verplicht Eigen Risico	42.3.3	A 2010 B 2011

Artikel 43 Langdurige zorg

43.1 Algemene beleidsdoelstelling

Zorgen dat voor mensen met een langdurige of chronische aandoening van lichamelijke, verstandelijke of psychische aard zorg van goede kwaliteit beschikbaar is en dat deze zorg tegen voor de samenleving aanvaardbare maatschappelijke kosten wordt geleverd.

Belangrijkste beleidsonderwerpen 2010

Belangrijkste beleidsonderwerpen 2010

De belangrijkste beleidsonderwerpen in 2010 zijn:

- Het vergroten van zorgbrede transparantie, onder meer door het publiceren van kwaliteitsinformatie op <http://www.kiesbeter.nl> (kabinetsdoelstelling 45b);
- Kwaliteit van zorg in de AWBZ (kabinetsdoelstelling 45c);
- Het wettelijk vastleggen van de positie van de cliënt (kabinetsdoelstelling 45d);
- Vernieuwing van zorgconcepten en innovatie (kabinetsdoelstelling 46);
- Arbeidsmarktbeleid;
- Verbeteren en versterken van palliatieve zorg (kabinetsdoelstelling 48).

Ministeriële verantwoordelijkheid

Ministeriële verantwoordelijkheid

De bewindspersonen van VWS zijn ministerieel verantwoordelijk voor een goed werkend zorgstelsel voor de langdurige zorg door:

- Het scheppen van randvoorwaarden voor de toegankelijkheid, de kwaliteit, de veiligheid en de betaalbaarheid van de zorg voor mensen met een langdurige of chronische beperking van lichamelijke, verstandelijke of psychische aard;
- Het versterken van de positie van de burger en in het bijzonder van cliënten en/of hun vertegenwoordigers met een langdurige of chronische aandoening of beperking;
- Het stimuleren en versterken van het innoverend vermogen.

Externe factoren

Externe factoren

Mensen met een langdurige of chronische aandoening of beperking hebben recht op toegankelijke zorg van goede kwaliteit. Dit vergt een samenspel van professionals, patiënten en cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren. De volgende partijen zijn daarnaast van groot belang voor een toegankelijke en kwalitatief goede zorg:

- Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) voert onafhankelijk de indicatiestelling van de AWBZ uit op een wijze die voor cliënten helder en begrijpelijk is;
- De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is belast met markttoezicht, marktontwikkeling en tarief- en prestatieregulering op het terrein van de gezondheidszorg. Daarnaast houdt zij toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ;
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) handhaaft normen voor verantwoorde zorg zoals deze door de sectoren zijn vastgesteld;
- Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) handhaaft een doelmatige inrichting van het systeem van prikkels en verantwoordelijkheden, adviseert over AWBZ-aanspraken en de toepassing daarvan, en beheert de AWBZ brede zorgregistratie (AZR).

Prestatie-indicatoren

Prestatie-indicatoren

Bij de algemene doelstelling ten aanzien van de langdurige zorg is geen prestatie-indicator opgenomen. Het is namelijk niet mogelijk om de werking van het gehele stelsel van langdurige zorg in Nederland in een of

enkele indicatoren samen te vatten. Het stelsel is daarvoor te veelzijdig. In april 2008 heeft de Sociaal Economische Raad (SER) haar rapport over de houdbaarheid en kwaliteit van de AWBZ op de lange termijn opgeleverd. Het kabinetsstandpunt ten aanzien van dit rapport is richtinggevend voor de visie op de AWBZ en de maatregelen die noodzakelijk worden geacht. In het jaardocument Maatschappelijke Verantwoording legt de hele sector verpleging, verzorging en thuiszorg door middel van het kwaliteitskader verantwoorde zorg verantwoording af over de activiteiten in het kader van de langdurige zorg. De prestaties van het totale gezondheidszorgstelsel worden gemonitord met de Zorgbalans, het document dat eens per twee jaar verschijnt en waarmee inzicht wordt verkregen in de ontwikkeling van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en de kwaliteit van het Nederlandse zorgstelsel. In dit document zijn ook indicatoren met betrekking tot de langdurige zorg opgenomen.

43.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Verplichtingen	5 384 995	5 607 308	5 988 637	5 860 491	5 805 804	5 845 228	5 873 096
Uitgaven	5 394 616	5 620 019	5 990 885	5 860 956	5 805 804	5 845 228	5 873 096
Programma-uitgaven	5 390 586	5 615 702	5 986 884	5 857 586	5 802 434	5 841 858	5 869 726
1. De positie van de burger in het zorgstelsel wordt versterkt	57 215	61 717	63 181	61 540	59 548	59 656	60 406
2. Voor iedere cliënt is de noodzakelijke zorg beschikbaar	196 774	183 634	138 745	117 072	132 402	132 401	132 401
3. De zorg is effectief en veilig en wordt door de cliënt positief ervaren (kwalitatief goede zorg)	91 270	163 688	166 452	157 818	57 954	62 638	51 167
4. De kosten van de zorg zijn maatschappelijk aanvaardbaar	5 045 327	5 206 663	5 618 506	5 521 156	5 552 530	5 587 163	5 625 752
Apparaatsuitgaven	4 029	4 317	4 001	3 370	3 370	3 370	3 370
Ontvangsten	1 431	0	0	0	0	0	0

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

Budgetflexibiliteit begrotingsuitgaven:

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2010	2011	2012	2013	2014
<i>1. Versterkte positie burger in het zorgstelsel</i>	63 181	61 540	59 548	59 656	60 406
Juridisch verplicht	62 821	60 334	58 259	58 259	58 101
Bestuurlijk gebonden	0	900	900	900	900
Niet-verplicht of niet-bestuurlijk gebonden	360	306	389	497	1 405
<i>2. Noodzakelijke zorg is beschikbaar</i>	138 745	117 072	132 402	132 401	132 401
Juridisch verplicht	133 237	112 440	108 135	111 183	111 183
Bestuurlijk gebonden	4 838	3 688	3 688	3 688	3 689
Niet-verplicht of niet-bestuurlijk gebonden	670	944	20 579	17 530	17 529
<i>3. Zorg is effectief en veilig (kwalitatief goede zorg)</i>	166 452	157 818	57 954	62 638	51 167
Juridisch verplicht	120 795	116 797	44 600	44 650	42 636
Bestuurlijk gebonden	41 060	38 600	12 178	11 858	1 937
Niet-verplicht of niet-bestuurlijk gebonden	4 597	2 421	1 176	6 130	6 594
<i>4. Aanvaardbare maatschappelijke kosten zorg</i>	5 618 506	5 521 156	5 552 530	5 587 163	5 625 752
Juridisch verplicht	5 617 053	5 519 961	5 551 285	5 585 920	5 624 508
Bestuurlijk gebonden	1 154	896	934	932	933
Niet-verplicht of niet-bestuurlijk gebonden	299	299	311	311	311

Toelichting:

Het merendeel van de uitgaven is reeds bestuurlijke gebonden of juridisch verplicht.

Bij deze doelstelling 2 zal nog een nadere invulling plaatsvinden van het niet gebonden bedrag vanaf 2012 samenhangend met projecten in het kader van de indicatiestelling AWBZ.

Premie-uitgaven:

In de tabel hieronder zijn de beschikbare middelen opgenomen voor de premie-uitgaven op het terrein van de langdurige zorg. Hierin zijn de budgettaire consequenties van de besluitvorming rond de Eerste suppletore begroting 2009 en de begroting 2010 verwerkt. Voor 2009 is de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt, terwijl voor 2010 en latere jaren de loon- en prijsontwikkeling nog moet worden toegevoegd. Het saldo van de beschikbare middelen en maatregelen, voorzover niet aan de afzonderlijke sectoren toegeedeeld, is opgenomen als onverdeeld.

Premie-uitgaven (bedragen x € 1 000 000)							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Langdurige geestelijke gezondheidszorg	1 423,7	1 489,3	1 558,2	1 584,2	1 602,4	1 621,2	1 621,7
Gehandicaptenzorg	5 741,1	5 987,1	6 009,8	6 043,9	6 089,7	6 124,5	6 125,5
Verpleging en verzorging	11 921,3	12 323,5	12 338,9	12 347,5	12 398,5	12 468,3	12 470,3
Bovenbudgettaire vergoedingen	110,7	113,8	113,8	113,8	113,8	113,8	113,8
Persoonsgebonden budgetten	1 660,8	2 035,1	2 260,8	2 512,6	2 759,4	2 765,4	2 765,3
Subsidies langdurige zorg	77,9	76,2	76,0	76,0	76,0	76,0	76,0
Beheerskosten/diversen AWBZ	212,2	254,9	247,9	248,3	248,3	248,4	248,4
Langdurige zorg onverdeeld		252,5	- 120,8	135,7	80,1	34,4	33,3
Totaal	21 147,7	22 532,4	22 484,6	23 062,0	23 368,2	23 452,0	23 454,3
Procentuele mutatie t.o.v. voorgaand jaar		6,5%	- 0,2%	2,6%	1,3%	0,4%	0,0%

Bron: VWS

De minister voor Jeugd en Gezin draagt de inhoudelijke verantwoordelijkheid voor de jeugd-ggz en de jeugd-lvg (artikel 3 Zorg en bescherming van de begroting van Jeugd en Gezin).

In de premie-uitgaven voor gehandicaptenzorg is circa 5% toewijsbaar aan de zorg voor jeugdige licht verstandelijk gehandicapten (jeugd-lvg). In de premie-uitgaven voor geestelijke gezondheidszorg is circa 10% toewijsbaar aan de zorg voor kinderen en jeugdigen (jeugd-ggz). Vanaf 2009 valt de kortdurende jeugd-ggz onder de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.

Premiegefinancierde prioriteiten

De volgende tabel geeft de premiegefinancierde prioriteiten weer. De beleidsinformatie is opgenomen onder de operationele doelstelling bij de betreffende prioriteit. Bij een onbekend bedrag is een «pm» opgenomen en daar waar budgetneutraliteit het uitgangspunt is een «n.v.t.».

Premieregerelateerde instrumenten (bedragen x € 1 000 000)						
	OD	2010	2011	2012	2013	2014
Persoonsgebonden budget	43.3.2	239,9	493,4	742,0	749,7	749,7
NZa-beleidsregel innovatie	43.3.3	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0
Verbetering kwaliteit gehandicaptenzorg	43.3.3	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0
Zorgzwaartebekostiging	43.3.3	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Volledig pakket thuis	43.3.3	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Bouwprogramma 2010 (waaronder kamers zorghuizen)	43.3.3	97,0	494,0	636,0	713,0	595,0
Beschikbare groeiruumte AWBZ	43.3.4	616,0	1 289,0	1 289,0	1 289,0	1 289,0
Pakketmaatregelen begeleiding ¹	43.3.4	- 915,0	- 979,0	- 1 043,0	- 1 043,0	- 1 043,0
Eigen bijdrage begeleiding	43.3.4	- 80,0	- 80,0	- 80,0	- 80,0	- 80,0
Vorbereiding besluitvorming uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars	43.3.4			pm	pm	pm
Ruimte voor wensen van de cliënt (integraal tarief)	43.3.4	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Overheveling revalidatiezorg naar de Zvw	43.3.4			pm	pm	pm

Bron: VWS

* De bovenstaande reeksen betreffen de groei ten opzichte van 2009, bepaalde reeksen zijn reeds in de begroting 2009 aangekondigd.

¹ De totale opbrengst van de pakketmaatregelen is hoger en loopt op tot 1,1 mld in 2012 (zie kamerstuk 30 597, nr. 29). De opbrengsten in de tabel zijn lager omdat in de tabel de mutaties ten opzichte van 2009 worden gepresenteerd.

43.3 Operationele doelstellingen

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

1. De positie van de burger in het zorgstelsel wordt versterkt;
2. Voor iedere cliënt is de noodzakelijke zorg beschikbaar;
3. De zorg is effectief en veilig en wordt door de cliënt positief ervaren (kwalitatief goede zorg);
4. De kosten van de zorg zijn maatschappelijk aanvaardbaar.

43.3.1 De positie van de burger in het zorgstelsel wordt versterkt

Motivering

Motivering

Door informatie over zorgaanbieders toegankelijk en vergelijkbaar te maken, kan de cliënt bewust kiezen tussen zorgaanbieders. De zeggenschap van burgers/cliënten wordt op die manier vergroot. Zorgaanbieders worden daardoor gestimuleerd zich te onderscheiden op kwaliteit en prijs. Het kabinet realiseert dit door instrumenten in te zetten die leiden tot:

- Meer transparante informatievoorziening over de zorg;
- Het verbeteren van de rechtspositie van burgers in het zorgstelsel.

Prestatie-indicatoren

De voortgang van het beleid met de volgende indicator:

Prestatie-indicatoren				
	2007	2008	Streefwaarde 2010	Streefwaarde lange termijn
Voor de sectoren <i>Verpleging, verzorging en thuiszorg</i> is voor alle instellingen inzicht in aanbod en kwaliteit beschikbaar op www.kiesbeter.nl				
– Verpleging en verzorging	15%	49%	75%	100%
– Thuiszorg	55%	n.b.b.	75%	100%

Bron: Kwaliteitskader verantwoorde zorg

Toelichting:

- Naast deze doelstelling voor de sectoren Verpleging, Verzorging en Thuiszorg bevordert het kabinet ook dat in 2010 voor alle zorgsectoren in de AWBZ de kwaliteitsinformatie op <http://www.kiesbeter.nl> verschijnt.
- Doelstelling nr. 45d «De rechten en plichten van patiënten en cliënten zijn in 2011 wettelijk vastgelegd en de informatie hierover is voor iedereen toegankelijk» is uitgewerkt onder het kopje Instrumenten voor het verbeteren van de rechtspositie van burgers in het zorgstelsel.
- Het lange termijnstreven is 100%. Omdat zorgaanbieders niet verplicht zijn gegevens te publiceren via [kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) kan een 100%-score niet worden gegarandeerd.

Instrumenten voor een transparante informatievoorziening

• Zichtbare Zorg

Alleen wanneer duidelijk is welke kwaliteit zorgaanbieders leveren is het voor cliënten en verzekeraars mogelijk hun keuzes gefundeerd vorm te geven. Het kabinet wil de kwaliteit van zorg zichtbaar verhogen, onder meer door deze transparanter te maken. Het kabinet wil in 2011 dat burgers op www.kiesbeter.nl voor 80 onderdelen van ziekenhuiszorg (IGZ basisset, veiligheidsnormen, aandoeningsgerichte indicatoren, indicatoren vanuit andere sectoren) kunnen zien welke kwaliteit de ziekenhuizen bieden (kabinetsdoelstelling 45b).

Bij de IGZ is het bureau Zichtbare Zorg (ZiZo) ondergebracht, dat de gewenste ontwikkelingen in de verschillende zorgsectoren regisseert, ondersteunt en aanjaagt en zorg draagt voor eenduidig gehanteerde «kwaliteitstaal» (zie www.zichtbarezorg.nl). Dit is een breder terrein dan zichtbaar wordt uit de kabinetsdoelstellingen. Zowel bij ziekenhuizen als in de eerste lijn, ggz, verpleging, verzorging en thuiszorg, kraamzorg en gehandicaptenzorg zijn trajecten in gang gezet. Daarnaast wordt er gewerkt aan een data-infrastructuur, het verbeteren van de betrouwbaarheid van kwaliteitsinformatie en het borgen van structureel onderhoud van indicatoren (€ 6,2 miljoen). De informatie over instellingen wordt openbaar gemaakt via www.kiesbeter.nl (€ 4,2 miljoen). In de loop van 2010 worden bureau ZiZo en Kiesbeter verzelfstandigd.

• Early warning

De afgelopen tijd heeft het kabinet te maken gehad met een aantal gevallen van instellingen in financiële problemen. Om in een vroegtijdiger stadium te signaleren dat de continuïteit van cruciale zorg bij dergelijke instellingen in gevaar kan komen wordt een early warning systeem door de NZa opgezet. Hierbij zal onder meer gebruik worden gemaakt van het jaardocument Maatschappelijke Verantwoording, waarin veel informatie over de (financiële) positie van zorginstellingen is opgenomen. Maar ook bij de IGZ, zorgverzekeraars, zorgkantoren en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) is relevante informatie beschikbaar. Door deze

informatie aan elkaar te koppelen wordt veel van de benodigde informatie voor het early warning systeem verkregen en zullen de administratieve lasten dan ook beperkt blijven.

- **Fusietoezicht**

Om de transparantie van interne besluitvorming te vergroten en bestuurders en interne toezichthouders in staat te stellen goed afgewogen besluiten te nemen, verplichten het kabinet bestuurders – in overleg met belanghebbenden – bij fusievoornemens een fusie-effectrapportage op te stellen. Het opstellen van de rapportage en de toetsing van de IGZ hierop zal voorafgaand aan een melding bij de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) geschieden. Als extra waarborg voor het externe toezicht introduceert het kabinet daarnaast een zorgspecifieke fusietoets door de IGZ op essentiële veiligheidseisen en bereikbaarheidsnormen. In 2010 wordt de implementatie van deze beleidsvoornemens uit onze brief Ruimte en rekenschap in zorg en ondersteuning (kamerstuk 32 012, nr. 1) voorbereid.

Instrumenten ter verbetering van de rechtspositie van burger

- **Wet cliëntenrechten zorg**

Conform de beleidsvoornemens in het programma «Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: Investeren in de zorgrelatie» (kamerstuk 31 476, nr. 1) worden deze kabinetsperiode de rechten en plichten van cliënten en zorgaanbieders wettelijk vastgelegd (kabinetsdoelstelling 45d). De voorbereiding van het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg (WCZ) is in volle gang en zal naar verwachting eind 2009, begin 2010 worden ingediend bij de Tweede Kamer.

- **Geschilbeslechting**

Het kabinet hecht aan een snelle, laagdrempelige en effectieve behandeling van signalen, klachten en geschillen binnen zorginstellingen. Inmiddels is er één toegangskloket tot een zorgbrede, externe en onpartijdige geschillencommissie (zie ook www.degeschillencommissie.nl). Het betreft een eenvoudige, goedkope en snelle procedure voor cliënten die een geschil met een zorginstelling willen afhandelen. De Geschillencommissie Zorginstellingen zal naar verwachting opgaan in een onafhankelijke geschilleninstantie die voldoet aan de eisen zoals voorgenomen in het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg. In 2010 zal de implementatie van deze geschilleninstantie worden voorbereid.

- **Versterken patiëntenorganisaties**

Het kabinet streeft ernaar patiënten, gehandicapten en ouderen een sterke positie te geven in de stelsels van zorg en ondersteuning en hun mogelijkheden te vergroten om de regie op het eigen leven te voeren en deel te nemen aan de maatschappij (€ 41,8 miljoen). Per 1 januari 2009 is een nieuwe subsidiesystematiek voor de ruim 200 organisaties van patiënten, gehandicapten in werking getreden (Subsidieregeling PGO, Staatscourant 2008 nr. 192). Naar aanleiding van de eerste ronde toewijzing projectsubsidies kan een wijziging van het beleids- en beoordelingskader nodig of wenselijk zijn. In 2011 wordt de nieuwe subsidiesystematiek geëvalueerd.

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2010	2011	2012	2013	2014
Instellingsubsidies	6 566	6 483	5 406	5 406	5 406
NIVEL	5 846	5 763	4 686	4 686	4 686
Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector	720	720	720	720	720
Projectsubsidies	106	0	0	0	0
Opdrachten	5 218	4 164	3 047	3 155	3 905
<i>Waarvan onder andere:</i>					
uitgaven voor met name het vergroten van transparantie in de zorg (Zichtbare Zorg)	4 700	3 700	2 500	3 155	3 905
Bijdragen aan baten-lastendiensten	50 391	49 993	50 195	50 195	50 195
<i>Waarvan onder andere:</i>					
CIBG: verstrekken van subsidies aan PGO-organisaties	41 791	41 436	41 638	41 638	41 638
CIBG: DigiMV en VIA	1 258	1 315	1 315	1 315	1 315
RIVM: www.kiesbeter.nl	4 222	4 222	4 222	4 222	4 222
RIVM: Zorgbalans	750	650	650	650	650
Bijdragen aan ZBO's/RWT's	900	900	900	900	900
Dit betreft middelen die via ZonMw worden ingezet voor meten van patiëntervaringen.	900	900	900	900	900
Totaal	63 181	61 540	59 548	59 656	60 406

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

43.3.2 Voor iedere cliënt is de noodzakelijke zorg beschikbaar

Het kabinet is verantwoordelijk voor de toegang tot de zorg. Zorg is toegankelijk als:

- De cliënt snel weet waar hij of zij aan toe is;
- De cliënt kan kiezen voor zorg in natura of voor een persoonsgebonden budget;
- De cliënt binnen een redelijke termijn de noodzakelijke zorg ontvangt.

Om de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren worden instrumenten ingezet die gericht zijn op de kwaliteit, de organisatie en de uitvoeringspraktijk van de indicatiestelling. Of en in welke mate de toegankelijkheid daadwerkelijk verbetert wordt gemeten aan de hand van indicatoren die betrekking hebben op de cliënttevredenheid.

Prestatie-indicatoren					
	2006	2007	2008	Streefwaarde 2010	Streefwaarde Lange termijn
1. Cliënttevredenheid over indicatiestelling CIZ	7,5	–	n nb	8,0	8,5
2. Percentage cliënten dat binnen de Treeknormen zorg ontvangt	85%	86%	n nb	87%	95%
3. Percentage indicatieaanvragen dat is afgedaan binnen de wettelijke termijn (0 tot 6 weken)	89%	88%	86%	88%	95%

Bronnen:

1. Jaarverslag CIZ
2. AZR
3. Jaarverslag CVZ en CIZ

Toelichting:

1. De cliënttevredenheid bij de indicatiestelling wordt gemeten aan de hand van vragen over de bekendheid met het CIZ, de behandeltermijnen en de begrijpelijkheid van de indicatie. In 2007 en 2008 heeft geen meting plaatsgevonden. Het CIZ heeft het streven vanaf 2009 de klanttevredenheid jaarlijks te meten.
2. Bij het percentage cliënten dat wordt geholpen binnen de Treeknorm worden de cijfers geschoond van cliënten die kiezen voor een PGB of kiezen voor wachten op een specifieke aanbieder van voorkeur.
3. De genoemde termijn vloeit voort uit de wettelijke termijn van maximaal 6 weken waarbinnen het CIZ op grond van de Awb een besluit moet nemen.

Instrumenten voor toegankelijke zorg

● Indicatiestelling AWBZ

Het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ) verzorgt de onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling voor de AWBZ en wordt op basis van een activiteitenplan gesubsidieerd. Voor het jaar 2009 is een instellingssubsidie van € 148,8 miljoen verleend. Als uitvloeisel van het Coalitieakkoord is een taakstelling overeengekomen voor de periode 2007–2011. Om die taakstelling aan het einde van 2011 te kunnen halen, is aan het CIZ € 3 miljoen voor investeringen in efficiency beschikbaar gesteld. Voor 2010 zal het CIZ een instellingssubsidie van € 133,2 miljoen aanvragen. De verwachting is dat als gevolg van de met ingang van 2009 ingevoerde pakketmaatregel AWBZ de groei in het aantal aanvragen voor een indicatie zal afnemen. De hoogte van de instellingssubsidie zal de komende jaren als gevolg van vereenvoudigingen in de uitvoering van de indicatiestelling AWBZ en de beoogde efficiencyverbetering (onder andere mandatering aan professionals) verder dalen. Over de invulling van de beoogde maatregelen, mede in het licht van de genoemde taakstelling, worden momenteel gesprekken gevoerd. In 2010 worden de resultaten verwacht van de beleidsdoorlichting van de indicatiestelling AWBZ. Het CIZ spant zich in om de uitvoering van de indicatiestelling AWBZ verder te verbeteren. Daartoe worden de vereenvoudigingsvoorstellen, die in pilots zijn uitgetest, geleidelijk aan ingevoerd. Deze verbeteringen staan in het licht van enerzijds de vereenvoudiging van het proces van indicatiestelling AWBZ (motie Van der Veen c.s. (kamerstuk 30 800 XVI, nr. 73) en anderzijds in die van de taakstelling, zoals die aan het CIZ is opgelegd.

Naar verwachting zal in 2009 een nieuw wetsvoorstel bij de Tweede Kamer worden ingediend waarin het CIZ als indicatieorgaan een wettelijke en publieke verankering zal krijgen. Dit als uitvloeisel van het kabinetsstandpunt over het advies van de Sociaal Economische Raad (SER) over de toekomst van de AWBZ. Gelijktijdig zal het wetsvoorstel dat door het vorige kabinet bij de Kamer aanhangig is gemaakt, worden ingetrokken.

● (P) Persoonsgebonden budget

De keuzevrijheid en zeggenschap van mensen die van AWBZ-zorg afhankelijk zijn, zijn door het pgb toegenomen. De belangstelling voor een pgb is de laatste jaren flink gegroeid en het budgettaire beslag van de pgb-regeling stijgt dienovereenkomstig. Naar aanleiding van berichten over oneigenlijk gebruik, misbruik en fraude en van een aantal moties zijn diverse maatregelen genomen, dan wel in voorbereiding, om het pgb toekomstbestendig, solide en «zuiver» te maken. Deze maatregelen beogen de directe relatie budgethouder – budget weer te herstellen. Over deze maatregelen is de Kamer geïnformeerd (kamerstuk 30 597, nr. 73).

● Stroomlijning indicatieprocessen

Het programma Stroomlijning Indicatieprocessen (STIP) is in 2006 gestart om de administratieve lasten te verminderen die chronisch zieken, gehandicapten en ouderen ondervinden bij het aanvragen van hulp en voorzieningen in zorg en sociale zekerheid. Op basis van de resultaten van het programma zijn in de zomer van 2009 twee afzonderlijke vervolgprogramma's gedefinieerd én een wetgevingstraject.

- Het webloket www.regelhulp.nl, met publieksinformatie over de indicatieprocessen in zorg en sociale zekerheid en de mogelijkheid om voorzieningen via de website meteen digitaal aan te vragen;
- Locaties Gezamenlijke Beoordeling, dat de samenwerking in de uitvoeringspraktijk van de indicatiestelling wil bevorderen;
- Een wetgevingstraject met als doel het mogelijk maken van hergebruik van indicatiegegevens, dit wordt gecoördineerd door het ministerie van SZW.

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2010	2011	2012	2013	2014
Instellingssubsidies/Structurele subsidies	136 318	115 521	111 216	114 264	114 264
Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)	133 181	112 384	108 079	111 127	111 127
Uitvoering TOG-regeling	3 137	3 137	3 137	3 137	3 137
Projectsubsidies	0	0	0	0	0
Opdrachten	2 427	1 551	21 186	18 137	18 137
<i>Waarvan onder andere:</i>					
Ontwikkeling en evaluatie PGB	250	0	0	0	0
Beleidsvaluatie indicatiestelling	450	0	0	0	0
Programma Stroomlijning Indicatieprocessen	1 000	550	550	550	551
Totaal	138 745	117 072	132 402	132 401	132 401

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

43.3.3 De zorg is effectief en veilig en wordt door de cliënt positief ervaren (kwalitatief goede zorg)

Cliënten – meestal kwetsbaar – moeten er op kunnen rekenen dat de zorg goed is. Het kabinet vindt de kwaliteit in orde als:

- De (keten van) zorg naar 2009 professionele maatstaven effectief is, wat zich onder meer uit in minder prevalentie van decubitus en ondervoeding;

Beleidsartikelen/Artikel 43

- De (keten van) zorg en de omgeving waarin deze geleverd wordt naar professionele maatstaven veilig zijn;
- De cliënt de (keten van) zorg en de omgeving waarin deze geleverd wordt positief ervaart;
- De cliënt gelet op zijn omstandigheden voldoende privacy behoudt;
- De cliënt uit voldoende verschillende aanbieders kan kiezen.

Om de kwaliteit van zorg te verbeteren worden instrumenten ingezet die gericht zijn op de effectiviteit en de veiligheid in de langdurige zorg. Of en in welke mate de kwaliteit van zorg daadwerkelijk verbetert, wordt gemeten aan de hand van de onderstaande indicatoren.

Prestatie-indicatoren					
Kwaliteit van zorg	Waarde 2006	Waarde 2007	Waarde 2008	Streefwaarde 2010	Streefwaarde Lange termijn (2011)
1. Prevalentie decubitus					
– Verzorgingshuizen	–	2,5%	3%	–	–
– Verpleeghuizen	–	5,5%	6%	–	–
– Thuiszorg	–	–	1%	–	–
– Verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg	–	–	–	2,8%	2%
2. Prevalentie voedingstoestand					
– Verzorgingshuizen	–	4%	3%	–	–
– Verpleeghuizen	–	7,5%	3%	–	–
– Thuiszorg	–	–	5%	–	–
– Verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg	–	–	3,2%	3%	2,5%
3. Percentage instellingen dat CQ-index meet					
– Verzorgingshuizen	–	15%	–	–	–
– Verpleeghuizen	–	15%	–	–	–
– Thuiszorg	–	55%	–	–	–
– Verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg	–	–	49%	100%	100%
– Gehandicaptenzorg	–	55%	45%	100%	100%
– Geestelijke gezondheidszorg	–	–	–	–	100%
4. Score op de indicator bejegening van cliënten/bewoners					
– Verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg	–	2,87	3,4	–	3,6
– Gehandicaptenzorg	–	80,9	81	–	86
– Geestelijke Gezondheidszorg	–	–	–	–	–
5. Ontwikkeling indicatoren voor ketenzorg voor vier ziektebeelden:					
– Dementie	–	–	Ontwikkeld	–	Invoering
– Diabetes mellitus	–	–	Ontwikkeld	–	Invoering
– Hart- en vaatziekten	–	–	–	–	Pilotjaar
– COPD	–	–	–	–	Pilotjaar
6. Percentage instellingen dat werkt met een veiligheids-management-systeem (VMS)					
– Verpleeg- en verzorgingshuizen	–	–	10%	50%	100%
– Thuiszorg	–	–	10%	50%	100%
– Gehandicaptenzorg	–	–	30%	50%	100%
7. Aantal plaatsen in kamers voor meer dan twee personen	16 200	14 153	–	–	0

Bronnen:

1 tot en met 4: Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg

5 tot en met 7: VWS

Toelichting:

De sector gehandicaptenzorg heeft in 2009 de indicatoren en vragenlijsten definitief vastgesteld, zodat in het najaar 2009 – voorjaar 2010 instellingen de kwaliteit in hun instelling kunnen meten. De uitkomsten van deze meting zullen worden opgenomen in het jaardocument en worden

gepubliceerd op www.kiesbeter.nl. De sector verpleging & verzorging heeft het proces en het instrumentarium van de eerste meting (2007–2008) geëvalueerd. Op basis van deze evaluatie wordt het instrumentarium aangepast, zodat de sector in 2009 de tweede meting aan de hand van het aangepaste Kwaliteitskader verantwoorde zorg kan uitvoeren. In het schema hierboven zijn de cijfers over 2007 afkomstig van de resultaten van de LPZ (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen) meting van april 2007. De cijfers over 2008 zijn resultaten uit de meting van het Kwaliteitskader verantwoorde zorg, zoals gepresenteerd in september 2008. Zie hiervoor ook de brief die september 2008 aan de kamer is verzonden (kamerstuk 31 200 XVI, nr. 186).

De tweede meting Kwaliteitskader verantwoorde zorg heeft intussen plaats gevonden, de resultaten hiervan zijn nog niet bekend. Deze komen eind september 2009 uit. Ook deze resultaten worden opgenomen in het jaardocument en gepubliceerd op www.kiesbeter.nl. De Tweede Kamer zal geïnformeerd worden over de resultaten in november 2009. De uitkomsten van de meting zijn gebaseerd op relatieve normen, niet op absolute normen. Met de veldpartijen worden afspraken gemaakt welke streefwaarden er voor de toekomst gebruikt gaan worden.

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

Belangrijkste instrumenten voor kwalitatief goede zorg

- (P) Verbetering kwaliteit gehandicaptenzorg

Naar aanleiding de rapporten «Verantwoorde zorg voor gehandicapten onder druk» (kamerstuk, 74 170, nr. 77) en «Rapportage verbeterkracht gehandicaptenzorg in beeld» (kamerstuk 24 170, nr. 85) van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is in 2009 € 42 miljoen oplopend tot € 72 miljoen in 2010 uitgetrokken om de kwaliteit van de zorg te verbeteren voor gehandicapten met een hoge zorgzwaarte. Deze middelen worden via de zorgzwaartepakketten ter beschikking gesteld.

De sector gehandicaptenzorg heeft daarnaast een verbeterplan opgesteld met drie thema's waaraan de komende jaren wordt gewerkt. De thema's betreffen het invoeren van een met de cliënt opgesteld zorgplan voor iedere cliënt; de preventie van seksueel misbruik (onder andere onderzoek door NissoRutgers Groep in samenwerking met Movisie) en het werken aan deskundigheid van de professional, waarbij onder andere de kwaliteitsindicatoren en richtlijnen concreet worden toegepast op de werkvloer.

- «In voor zorg»

De langdurige zorg is een sector in transitie. Om te bereiken dat de langdurige zorg ook in de toekomst beschikbaar blijft voor mensen die een onbetwistbare behoefte hebben aan zorg is het niet alleen nodig allerlei zaken in de techniek en wetgeving te realiseren. Juist ook het slimmer gaan werken is belangrijk. De afgelopen jaren is op veel plaatsen in de sector veel bruikbare kennis ontwikkeld. Door deze kennis door de gehele sector te implementeren kunnen kennis en praktijk op elkaar worden aangesloten en wordt het mogelijk om (versneld) resultaten te boeken in verbetering van de kwaliteit, de doelmatigheid en daarmee de toekomstbestendigheid van de langdurige zorg. In een stimuleringsprogramma wordt bestaande kennis geïmplementeerd bij een groot aantal zorginstellingen.

- Innovatiebeleid

Innovatie is essentieel om de maatschappelijke opgaven – toename chronisch zieken en ouderen en tekort aan verzorgend en verplegend personeel – van gepaste oplossingen te voorzien. In de brief aan de Kamer van 7 februari 2008 (Innovatie in preventie en zorg, kamerstuk kamerstuk 31 200 XVI, nr. 116 zijn de uitgangspunten voor het innovatiebeleid voor de zorg neergelegd. Het algemene innovatiebeleid wordt onder artikel 42 toegelicht. Van het specifiek op de Langdurige Zorg gerichte beleid wordt hieronder een aantal trajecten separaat toegelicht:

- *AAL*
De deelname van VWS aan het Europese programma *Ambiënt Assisted Living (AAL)* is er op gericht ouderen in staat te stellen zo lang mogelijk zelfstandig te wonen en te leven, ook als ze last krijgen van lichamelijke en/of geestelijke beperkingen. Deelname aan dit programma biedt het zorgveld en de industrie de gelegenheid om de ontwikkeling en innovatiekracht op Europees niveau te bundelen. Behoeften en wensen van de ouderen (en hun mantelzorgers) vormen het uitgangspunt. Dit programma loopt tot en met 2013 (€ 1,0 miljoen).
- *Transitieprogramma in de Langdurige zorg*
Het Transitieprogramma in de Langdurige Zorg (TPLZ) biedt een kader om samen te werken aan aanpassingen in structuur, cultuur en werkwijze voor een groter innovatievermogen in de langdurige zorg. Het programma is vooral gericht op houdbaarheid van de langdurige zorg maar ook op patiëntgerichtheid en maatwerk. Het programma stelt experimenteerruimte en -middelen beschikbaar en brengt uitwisseling van (praktijk)kennis op gang tussen experimenterende instellingen en een vernieuwingsnetwerk (Transitiearena). Het programma loopt tot en met 2011 (€ 3,1 miljoen).
- *NZa-beleidsregel innovatie (P)*
In het kader van de NZa-beleidsregel «Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties» krijgen zorginstellingen en zorgkantoren in 2010 opnieuw budgettaire ruimte voor kortdurende kleinschalige experimenten. In de aanwijzing contracteerruimte AWBZ wordt landelijke budgetruimte voor deze experimenten vastgesteld. Deze ruimte is aanvullend op de budgettaire ruimte voor de beleidsregels voor Ketenzorg Dementie, het Nationaal Programma Ouderen en de transitie-experimenten behorende bij het TPLZ.
- *Plan zorg voor mensen met dementie*
In 2010 wordt de uitvoering van het plan «Zorg voor mensen met dementie» dat op 17 juni 2008 aan de Tweede Kamer is aangeboden (kamerstuk 25 424, nr. 68) voortgezet. Meer regio's worden gestimuleerd om aan de slag te gaan met het aanbieden van samenhangende dementiezorg. Daarbij zal sterker ingezet worden op de betrokkenheid van gemeenten. Het verspreiden van goede voorbeelden en het stimuleren van kleinschalig wonen voor mensen met dementie zijn ook aandachtspunten in 2010.

● Arbeidsmarktbeleid

Kengetallen arbeidsmarktbeleid		
	Gemiddeld 2003–2007	2008
1. Werkgelegenheidsontwikkeling	2,7%	1,8%
2. Vacaturegraad in zorg en welzijn	16	23
3. Instroom in opleidingen	77 800	80 800
4. Netto verloop verpleegkundig, verzorgend en agogisch personeel	4,3%	4,0%
5. Ziekteverzuim (1e ziektejaar)	5,5%	5,0%

Bron: CBS statline, www.azwinfo.nl, Regiomarge, Vernet

Toelichting:

2. Vacaturegraad in zorg en welzijn is het aantal openstaande vacatures per 1 000 werknemers.

Gegeven de toenemende vraag naar zorgpersoneel en de nog beperkt groeiende beroepsbevolking, dient een actief en consequent arbeidsmarktbeleid ervoor te zorgen dat nu en in de toekomst voldoende gekwalificeerd personeel beschikbaar blijft voor de zorgsector. De primaire verantwoordelijkheid ligt daarvoor allereerst bij de zorginstellingen en de sociale partners. De overheid heeft hierin een ondersteunende rol. Op basis van overleg met sociale partners, en rekening houdend met de verantwoordelijkheid van het kabinet voor het algemene arbeidsmarkt- en onderwijsbeleid, is in de Arbeidsmarktbrief 2007 «Werken aan de zorg» (kamerstuk 29 282, nr. 46) een actieplan opgesteld. Dit actieplan is nader uitgewerkt in kamerstuk 28 282, nr. 71.

In 2010 gaat het kabinet verder op de ingeslagen weg. Dat betekent dat langs drie sporen activiteiten worden uitgewerkt en nieuwe activiteiten worden ontwikkeld: innovatie van zorgprocessen (toegelicht onder het instrument innovatie in artikel 42 en 43); investeren in behoud van personeel en vergroten van de instroom van nieuw personeel. In 2010 wordt het stagefonds voortgezet met een budget dat inmiddels is verhoogd tot € 99 miljoen. Voor ondersteunende maatregelen is daar bovenop in 2010 € 16 miljoen beschikbaar. Deze middelen zullen onder andere ingezet worden voor:

- Het investeren in het regionale arbeidsmarktbeleid en de verdere uitrol van de regionale pilots en de pilots gericht op werving van allochtone vrouwen;
- Stimuleren van de instroom van jongeren in zorgopleidingen (gerichte imagocampagnes op scholen, subsidieregeling voor vaccinatie tegen Hepatitis B);
- Een betere aansluiting tussen het onderwijs en de arbeidsmarkt (platforms voor werken en leren, implementatie nieuwe opleiding maatschappelijke zorg voor de gehandicaptenzorg);
- Het stimuleren van het behoud van personeel (vervolg op project ergocoaches, leeftijdsbewust personeelsbeleid);
- Versterking van de regionale samenwerking tussen zorginstellingen op het terrein van de arbeidsmarkt.
 - Het investeren in innovatief HRM beleid UMC's via het project Idealoog.

Een deel van de beschikbare middelen voor het arbeidsmarktbeleid wordt op artikel 42 begroot en verantwoord.

● (P) Zorgzwaartebekostiging

Met ingang van 2010 zal de hele keten van indicatiestelling tot en met inkoop, bekostiging en de verantwoording van de intramurale zorg

volledig plaatsvinden in zorgzwaartepakketten (ZZP's). Dit is een eerste stap bij de invoering van een meer persoonsvolgende wijze van bekostiging, waarbij de financiering van de instellingen is afgestemd op de cliënten die ze in zorg hebben en niet op de kenmerken van de instelling. De reeds gestarte ontwikkeling van een overzichtelijke reeks van zorgzwaartepakketten voor extramurale zorg wordt in 2010 voortgezet.

- (P) Volledig pakket thuis

In 2010 zal integrale zorg thuis verder worden uitgewerkt in het systeem persoonsvolgende bekostiging. Het is belangrijk dat de keuzevrijheid voor cliënten behouden wordt. De cliënt maakt zelf uit waar hij wil gaan wonen: thuis, een geclusterde woonvorm of een intramurale instelling. Dit binnen de randvoorwaarde dat de zorgaanbieder de zorg ook daadwerkelijk kan leveren. Daarnaast is het van belang dat de toegang en de aanspraken op zorg voor een ieder hetzelfde is. Het volledig pakket zal in 2010 ook door extramurale aanbieders mogen worden geleverd. Hiertoe gaan zij een samenwerking aan met een intramurale aanbieder, die blijft eindverantwoordelijk. De inkoop van het volledig pakket vindt plaats binnen de geldende contracteerruimte waarmee de mogelijk aanzuigende werking wordt begrensd tot de beschikbare financiële kaders. Ook blijft de mogelijkheid bestaan het ZZP middels functies en klasse in te kopen. In 2010 zal verder onderzoek plaatsvinden naar de toepasbaarheid van het VPT en aandacht besteed worden aan informatie rondom de mogelijkheden van integrale zorg thuis.

- Palliatieve zorg

Het kabinet wil dat mensen in hun laatste levensfase goed worden verzorgd en met respect worden begeleid (kabinetsdoelstelling 48). Daarbij is zowel een belangrijke rol weggelegd voor professionele zorgverleners als voor vrijwilligers. Het kabinet doet een forse investering door vanaf 2008 jaarlijks bijna € 10 miljoen extra beschikbaar te stellen; € 4,2 miljoen voor ophoging van de Subsidieregeling Palliatieve Terminale Zorg (totaal vanaf 2008 € 15,6 miljoen), € 2 miljoen tegemoetkoming in de huisvestingslasten van bijna-thuishuizen en high care hospices. Daarnaast is € 3,8 miljoen beschikbaar voor de actiepunten uit het plan van aanpak Palliatieve Zorg 2008–2010 dat op 15 april 2008 aan de Kamer is verzonden (kamerstuk 29 509, nr. 19).

- Zorgplan

Als cliënten langdurig van zorg gebruik maken is het essentieel dat er een goede vertaling wordt gemaakt van het zorgzwaartepakket (ZZP) naar een concrete invulling van de zorgverlening. Om de rol van de cliënt daarin maximaal te ondersteunen, zal in 2010 door zorgaanbieders voor iedere nieuwe en zittende cliënt een bespreking over de doelen van de zorg worden georganiseerd waarbij de wensen en mogelijkheden van de cliënt aan de orde worden gesteld. De uitkomsten van de bespreking worden vervolgens in het zorgplan vastgelegd.

- Implementatie kwaliteitskader verantwoorde zorg

De implementatie van het Kwaliteitskader verantwoorde zorg in elke sector is van groot belang om verdere stappen in de verbetering van kwaliteit te zetten. In 2010 wordt verder gegaan met het implementeren van de cyclus meten, verbeteren en borgen van kwaliteit. Daarnaast zal de hele sector van verpleging, verzorging en thuiszorg opnieuw verslag doen van de stand van de kwaliteit via het jaardocument «Maatschappelijke Verantwoording». In de gehandicaptensector kan vanaf 2009 een landelijke uitrol van de indicatoren plaatsvinden. De uitkomsten hiervan

zullen dan in 2010 worden gepresenteerd. Daarnaast zoekt het kabinet naar wegen om het proces van meten van kwaliteit tot going concern van de instelling te maken. Om de administratieve lasten te verminderen zullen verbindingen worden gelegd met andere processen zoals de zorgzwaartebekostiging.

- **Kwaliteit meten, verbeteren en borgen / Zorg voor Beter**
Het beleid om kwaliteit te verbeteren richt zich op het meten van de kwaliteit van zorg, het verbeteren van deze zorg en het borgen van deze verbetering. Het meten van de kwaliteit van zorg gebeurt via de Kwaliteitskaders verantwoorde zorg. Het verbeteren van de zorg gebeurt onder andere door het programma Zorg voor Beter, door het werken aan ketenzorg en aandacht voor veiligheid en cliëntgerichtheid in de zorg. De komende jaren staat de verdere ontwikkeling van instrumenten om de kwaliteit te borgen op de agenda, waarbij een actieve betrokkenheid van zorgmanagers en bestuurders onontbeerlijk is. Ontwikkeling van de Zorg voor Beter academie en de verbetertrajecten plus – per verbetertraject 50 instellingen tegelijkertijd begeleiden – zijn hierin belangrijke instrumenten. De jaren 2010 en 2011 zullen ook worden gebruikt voor het ontwikkelen van instrumenten waarmee instellingen zelfstandig aan de slag kunnen met het toepassen van verbetertrajecten en voor het ontwikkelen een flexibeler aanbod van verbetertrajecten, aansluitend bij de uitkomsten van de kwaliteitsmetingen. Voor de genoemde onderwerpen is in 2010 € 7,5 miljoen beschikbaar. Daarnaast wil het kabinet via het programma In voor zorg een goede bestuurscultuur verder bevorderen.

- **(P) Bouwprogramma 2010 (waaronder kamers zorghuizen)**
Het is beleid dat cliënten eind 2010 niet meer in meerpersoonskamers hoeven te wonen. Privacy en een goede woonomgeving vormen een wezenlijk element van kwaliteit van leven. Door middel van een uitvoerings- en monitorprogramma van de daartoe noodzakelijke maatregelen wordt er op toegezien dat ultimo 2010 alle kamers voor meer dan 2 personen zijn of worden afgeschaft. Uit de stand van zaken zorghuizen blijkt dat de sector grote inspanningen heeft geleverd bij de afbouw van de meerbedskamers. Tegelijk zijn er ook instellingen die onvoldoende voortgang maken. Deze instellingen zijn in 2009 door ambtenaren van mijn departement bezocht en hierop aangesproken. De Tweede Kamer is geïnformeerd over de oorzaken van de vertraging en welke maatregelen er worden genomen om de gestelde termijn van 1 januari 2011 te halen. In het aanvullend coalitieakkoord (kamerstuk 31 070, nr. 24) zijn aanvullende middelen beschikbaar gekomen ter stimulering van de bouw, onder andere voor de verpleeghuizen. Deze middelen gaat het kabinet vooral inzetten als stimulans voor het wegwerken van de meerbedskamers. In de u eerder genoemde voortgangsrapportage is de Kamer ook daarover bericht. Het kabinet zal aandacht vragen voor energiezuinige en duurzame vormen van bouw in de zorg.

- **AWBZ-brede zorgregistratie verder ontwikkelen**
De AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) is een uniforme systematiek waarmee indicatieorganen (66), zorgkantoren (32) en zorgaanbieders (3 000) elektronisch informatie over cliënten kunnen uitwisselen. Daarmee wordt inzicht verkregen in ontwikkelingen in de zorgvraag en het zorgaanbod en eventuele fricties daartussen (wachttijsten). Afgelopen jaar is een nieuwe release (2.2) ingevoerd, zijn de intramurale non-indicaties weggewerkt en is het burgerservicenummer (BSN) in de AZR opgenomen. Eveneens wordt de AZR gebruikt voor het heffen van de eigen bijdrage voor de AWBZ-verblijfszorg. Momenteel worden de specificaties van

release 3.0 opgesteld. Deze release ondersteunt de cliëntvolgende bekostiging (ZZP): informatie uit de AZR wordt dan gebruikt voor het declareren van zorg. Daartoe wordt een nieuwe declaratiestandaard ontwikkeld. Reeds met ingang van 1 juli 2009 wordt een eerste versie van deze declaratiestandaard ingevoerd. Parallel hieraan wordt in de vorm van een pilot ervaring opgedaan met een centraal schakelpunt voor het routeren van het berichtenverkeer van de AZR. Het CVZ draagt zorg voor het tactisch beheer van de AZR; daarvoor is in 2010 een bedrag van € 2 miljoen beschikbaar.

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven per OD (bedragen x € 1 000)

	2010	2011	2012	2013	2014
Instellingssubsidies/Structurele subsidies	28 185	27 185	26 185	26 185	26 185
Hersenletselteams	485	485	485	485	485
Landelijk Centrum CCE	12 100	11 100	10 100	10 100	10 100
Subsidieregeling palliatieve zorg	15 600	15 600	15 600	15 600	15 600
Projectsubsidies	120 324	109 275	21 987	32 403	21 009
<i>Waarvan onder andere:</i>					
Project Zorgzwaartebekostiging	2 500	0	0	0	0
Kwaliteitsverbetering palliatieve zorg	5 800	5 800	5 800	5 800	5 800
Mentorschapsprojecten	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000
Kleinschalig wonen, domotica	26 803	24 285	0	0	0
Ondersteuning van de zorgprofessional	2 500	2 500	0	0	0
Arbeidsmarktbeleid Langdurige zorg	65 000	65 000	0	0	0
Ouderenonderzoek LASA	615	615	615	615	616
Programma Zichtbaar Schakel: Wijkverpleegkundige voor een gezonden wijk	8 257	8 315	8 378	11 858	0
Opdrachten	15 943	19 358	9 782	4 050	3 973
<i>Waarvan onder andere:</i>					
Zorg voor beter	3 800	3 800	0	0	0
Zorg voor beter academie	1 200	1 200	2 300	0	0
Transitieprogramma in de Langdurige Zorg	3 100	2 000	2 000	2 000	2 000
Programma Ambient Assisted Living (AAL)	1 059	1 661	1 964	2 014	1 937
Deltaplan GZ en ggz	1 000	1 000	1 500	0	0
Opdrachtgeverschap WTZi	2 036	2 036	2 036	2 036	2 036
Totaal	166 452	157 818	57 954	62 638	51 167

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

43.3.4 De kosten van de zorg zijn maatschappelijk aanvaardbaar

De maatschappelijke aanvaardbaarheid van de kosten voor de langdurige zorg bepaalt de mate waarin de samenleving duurzaam bereid is solidariteit op te brengen voor voldoende zorg van goede kwaliteit. Door de vergrijzing neemt de druk op deze solidariteit flink toe. Het kabinet vindt de maatschappelijke kosten aanvaardbaar als:

- De premie in verhouding is tot kwaliteit en capaciteit;
- Het beroep op de arbeidsmarkt in overeenstemming is met de mogelijkheden gelet op de concurrentie met andere sectoren in de economie;
- Mantelzorgers niet overmatig worden belast;
- De uitvoering van de AWBZ doelmatig is.

Prestatie-indicatoren					
	2007	2008	2009	Streefwaarde 2010	Streefwaarde 2011
1. Beheerste ontwikkeling AWBZ-uitgaven langdurige zorg (€ 1 miljard)	22,5	21,1	22,5	22,5	23,1

Bron:
1. VWS

Herijken van het pakket van verzekerde aanspraken

In 2009 is een aantal maatregelen ingevoerd om de houdbaarheid van de AWBZ te vergroten. Het gaat daarbij om de volgende maatregelen:

- (P) Beschikbare groei ruimte AWBZ

Bij aanvang van deze kabinetsperiode is de volumegroei voor de zorg over de jaren 2008–2011 beschikbaar gesteld (zie VWS begroting 2008, pagina 169). Voor de AWBZ loopt de groei ruimte in de komende jaren op met € 616 miljoen in 2010 en vervolgens met € 673 miljoen in 2011 (totaal € 1 289 miljoen). Van deze additionele middelen is jaarlijks € 150 miljoen bestemd voor extra groei pgb.

- (P) Pakketmaatregelen begeleiding

In 2009 is nog sprake geweest van een gewenningsperiode voor mensen die al AWBZ-zorg ontvingen. Vanaf 2010 zullen de nieuwe criteria voor iedereen van toepassing zijn. Dit impliceert dat met name personen met lichte beperkingen niet in aanmerking komen voor de functie begeleiding en de omvang van de zorg wordt ingeperkt. De verwachting is dat een deel van deze personen een beroep gaat doen op gemeentelijke voorzieningen, onderwijs of de jeugdzorg. Voor deze extra uitgaven worden de verschillende sectoren gecompenseerd. Voor de gemeenten gaat het hierbij om een bedrag van € 127 miljoen, onderwijs €10 miljoen en jeugdzorg € 12,6 miljoen.

Vanaf 2009 worden de effecten gemonitord van de pakketmaatregelen om te voorkomen dat door onvoorzien effecten, mensen met beperkingen in de knel komen. Primair dienen hiervoor de CIZ-monitor en de monitor van de gezamenlijke cliëntenorganisaties. Daarnaast is een focusgroep ingesteld met een aantal gemeenten en is een rapid-response-team geformeerd om te kunnen inspelen op vragen uit de samenleving.

- (P) Eigen bijdrage begeleiding

Voor bijna alle onderdelen van de intra- en extramurale AWBZ-zorgverlening geldt een eigen bijdrage. Alleen voor de functie begeleiding is dit niet het geval. In 2010 zal ook voor de functie begeleiding een eigen bijdrage worden ingevoerd om al te lichtvaardig gebruik van deze functie tegen te gaan.

- (P) Voorbereiding besluitvorming uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars

In de brief van 13 juni 2008 (kamerstuk 30 597, nr. 15) is aangegeven medio 2010 te bezien of aan de voorwaarden is voldaan om in 2012 (delen van) de AWBZ door zorgverzekeraars te laten uitvoeren voor eigen verzekerden. Kamerstuk 30 597, nr. 73 bevat een nadere uitwerking van de toekomst en de AWBZ, waaronder de rol van de zorgverzekeraars bij de AWBZ. In het najaar van 2009 ontvangt de Tweede Kamer de stand van

zaken bij de uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren en tevens een vervolgrapportage van de stand van zaken bij de voorbereiding van de besluitvorming over uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden en de nadere uitwerking van persoonsvolgende bekostiging daarbij. De komende periode wordt gewerkt aan de nadere invulling van de randvoorwaarden, zodat het kabinet uiterlijk 1 juli 2010 een weloverwogen besluit kan nemen over de uitvoering van de AWBZ vanaf 2012.

- Forfaits chronisch zieken en gehandicapten

Eind 2008 heeft het parlement de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) aanvaard. De Wtcg vervangt de buitengewone uitgavenregeling in de fiscaliteit en kent 3 pijlers. De eerste pijler betreft de forfaitaire tegemoetkoming die chronisch zieken en gehandicapten vanaf 2010 ontvangen. De tweede pijler betreft de verlaging van de eigen bijdrage voor AWBZ-zorg en huishoudelijke verzorging op grond van de Wmo. In de derde plaats is er een nieuwe fiscale regeling voor specifieke zorguitgaven. Daarnaast heeft het kabinet een aantal generieke inkomensmaatregelen getroffen zoals de invoering van een tegemoetkoming voor arbeidsongeschikten.

Na aanvaarding van de Wtcg door het parlement wordt zowel gewerkt aan de invoering van de forfaitaire tegemoetkoming uit hoofde van de Wtcg en aan een verbetering van de afbakening van de doelgroep.

De Stuurgroep implementatie Wtcg, waarin de meest betrokken ketenpartners zitting hebben, treft de voorbereidingen voor de uitvoering van de forfaitaire tegemoetkoming, zodat op basis van het zorggebruik in 2009 in het najaar van 2010 de forfaits kunnen worden uitgekeerd. Daarnaast buigt deze Stuurgroep zich onder andere over de mogelijkheden voor het opzetten van een uniforme landelijke registratie van rolstoelen (naar aanleiding van de motie Tang) en pgb's voor huishoudelijke verzorging op grond van de Wmo. Ook de vraag of mantelzorg onderdeel kan worden van de afbakeningscriteria voor de forfaitaire tegemoetkoming is onderdeel van de werkzaamheden van deze Stuurgroep.

De Taskforce verbetering afbakening Wtcg werkt aan de beoogde verbetering van de afbakening van de doelgroep van de Wtcg. Het advies van de Taskforce hierover wordt in november 2009 verwacht.

Tot slot wordt de tweede voorlichtingsfase over de Wtcg en gerelateerde veranderingen voorbereid. In 2009 is onder andere een internetdossier opengesteld, inclusief een internettest waarmee iemand kan zien of hij/zij in aanmerking zou kunnen komen voor een forfait. Ook zijn er brochures gemaakt en informatiebijeenkomsten georganiseerd. De voorlichting wordt in 2010 geïntensiveerd.

- Tegemoetkoming Specifieke zorgkosten

Zoals hiervoor reeds is opgemerkt, is er in het kader van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) een nieuwe fiscale regeling voor uitgaven voor specifieke zorgkosten in de belastingwetgeving opgenomen die scherper is ingericht op de doelgroep van chronisch zieken en gehandicapten.

Als gevolg van deze nieuwe wetgeving is ook de basis voor de huidige tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven vervallen. Deze regeling voorzag in een afzonderlijke tegemoetkoming voor mensen met een laag inkomen die teruggave van inkomstenbelasting c.q. premie volksverzekeringen voor de aftrek van ziektekosten mislopen, doordat zij geen of weinig belasting betalen (verzilveringsproblematiek). In de nieuwe wetgeving is de basis gecreëerd voor een nieuwe regeling met dezelfde doelstelling als de hiervoor beschreven tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven. De desbetreffende Algemene Maatregel van

Bestuur is reeds voor advies aan de Raad van State voorgelegd en zal te zijner tijd met terugwerkende kracht met ingang van 1 januari 2009 in werking treden.

Instrumenten voor een goed werkend AWBZ stelsel

- (P) Ruimte voor wensen van de cliënt (integraal tarief)
Op dit moment lopen zorgaanbieders voor hun vastgoed nog geen risico, alle rente- en afschrijvingskosten worden nagecalculeerd. Maar daarin komt verandering in 2011. Met de introductie van de integrale tarieven zal de nacalculatie fasegewijs worden afgeschaft en zal de zorgaanbieder in dezelfde mate meer risico gaan lopen. Om cliënten bij deze overgang te faciliteren ligt het in de bedoeling dat in de toekomstige Wet cliëntenrechten zorg bepalingen worden opgenomen die moeten garanderen dat cliënten worden gehoord en mee kunnen bepalen hoe hun woonomgeving er uit gaat zien. Tot de inwerkingtreding van die wet zullen de beleidsregels ex artikel 4 van de WTZi van kracht blijven, waarin het standpunt van de cliëntenraad en het leefwensenonderzoek wettelijke regeling hebben.

In 2010 zullen de integrale tarieven worden bepaald. Nadat eerst uitgangspunten helder zijn geformuleerd en geadviseerd door de NZa en daarop door de staatssecretaris een besluit is genomen, zal verdere uitwerking worden gegeven aan de vormgeving van de tarieven zelf, aan een overgangsregeling (stapsgewijze invoering door middel van stapsgewijze afbouw nacalculatie) en aan een regeling voor individuele gevallen die door de introductie van de integrale ZZP's in financiële problemen komen die zij zelf niet kunnen oplossen. Hierbij blijven uiteraard de brancheorganisaties, de cliëntenorganisaties en de verzekeraars betrokken.

- Stimuleringsregeling Kleinschalig Wonen
Om de keuzemogelijkheden in woonvormen en de spreiding van capaciteit voor zware zorg te vergroten is er een stimuleringsprogramma Kleinschalig wonen voor mensen met dementie. Vooral in de zorg voor dementerenden zijn er onvoldoende keuzemogelijkheden met betrekking tot de vorm waarin men zorg ontvangt. Zorgaanbieders krijgen de mogelijkheid de uitvoering van hun ambities op het gebied van kleinschalig wonen vooraf te onderzoeken. De uitvoering van de onderzoeks- en adviestrajecten is geraamd op € 1,5 miljoen in 2010. De NZa ontwerpt een beleidsregel kleinschalig wonen voor mensen met dementie voor AWBZ gefinancierde instellingen voor de financiering van de opstartkosten van nieuwe initiatieven voor kleinschalig wonen of de transitiekosten voor ombouw van grootschalige voorzieningen in kleinschalige woonvormen.

- (P) Overheveling revalidatiezorg naar de Zvw
Met het oog op een toekomstbestendige AWZB gaat de somatische revalidatiezorg per 2012 over van de AWZB naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Overheveling biedt betere mogelijkheden voor ketenzorg, en bovendien past deze kortdurende en op herstel van functioneren gerichte zorg beter bij de Zvw. De overheveling richt zich op somatische revalidatiezorg die intramuraal en in de vorm van dagbehandeling wordt geboden. 2010 zal in het teken staan van registratie en periodieke monitoring van de verschillende zorgregistraties (met het oog op een zorgvuldige bepaling van het volume en budget in 2011 van de over te hevelen zorg). Daarnaast wordt in 2010 gestart met de voorbereidende activiteiten voor de overheveling. Dit betreft onder meer de ontwikkeling van op herstelgerichte zorgpaden voor verschillende cliëntencategorieën. Daarnaast

Beleidsartikelen/Artikel 43

vormt communicatie met veldpartijen (zorgaanbieders en- verzekeraars) een essentieel onderdeel van het stappenplan richting 2012.

- Bijdrage in kosten van kortingen (BIKK)

Doel is om de lagere premie-opbrengst als gevolg van de grondslagverkleining van de AWBZ bij de invoering van het nieuwe belastingstelsel van 2001 te compenseren (circa € 4,9 miljard).

Geraamde begrotingsuitgaven:

Geraamde begrotingsuitgaven per OD (bedragen x € 1 000)

	2010	2011	2012	2013	2014
Instellingsubsidies/Structurele subsidies	5 161	5 161	5 161	5 161	5 161
Landelijke kennisinstituten	5 124	5 124	5 124	5 124	5 124
Bejaardenpensions	37	37	37	37	37
Projectsubsidies	1 024	1 024	1 074	1 073	1 073
<i>Waarvan onder andere:</i>					
CG-raad	99	59	0	0	0
Opdrachten	858	0	0	0	0
Invoering WTCG	858	0	0	0	0
Rijksbijdragen	4 863 300	4 945 000	4 969 700	4 994 600	5 019 600
Rijksbijdrage BIKK	4 863 300	4 945 000	4 969 700	4 994 600	5 019 600
Inkomensregelingen	722 120	554 030	560 595	568 329	581 918
Tegemoetkoming Buitengewone Uitgaven (TBU)	211 401	0	0	0	9 000
Forfaits chronisch zieken en gehandicapten	499 599	511 731	518 296	526 030	531 031
Tegemoetkoming specifieke zorgkosten (Wtcg)	11 120	42 299	42 299	42 299	41 887
Bijdrage aan ZBO's	26 043	15 941	16 000	18 000	18 000
CAK (Wtcg)	26 043	15 941	16 000	18 000	18 000
Totaal	5 618 506	5 521 156	5 552 530	5 587 163	5 625 752

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

43.4 Overzicht onderzoek naar de doelmatigheid en doeltreffendheid van beleid

Overzicht beleidsonderzoeken			
	Onderzoek onderwerp	Nummer AD of OD	A Start B Afgerond
Beleidsdoorlichting	Indicatiestelling	43.3.2	A 2008 B 2010
Effectonderzoek ex post	–		
Overig evaluatieonderzoek	Subsidiesystematiek PGO-organisaties	43.3.1 en 42.3.1	A 2011 B 2011

Artikel 44 Maatschappelijke ondersteuning

44.1 Algemene beleidsdoelstelling

Alle burgers participeren in de samenleving.

Belangrijkste beleidsonderwerpen
2010

Belangrijkste beleidsonderwerpen 2010

Voor 2010 richt het kabinet zich, mede in het licht van het Coalitieakkoord (in het bijzonder de pijler «Sociale samenhang») en het beleidsprogramma «Samen werken, samen leven», op het behalen van concrete resultaten op onderstaande thema's.

Actieve participatie van burgers in maatschappelijke verbanden (OD 44.3.1.):

- Welzijn nieuwe stijl en prikkelwerking in de Wmo;
- Wetswijziging Wmo;
- Vernieuwingsprogramma «Beter in Meedoen»;
- Werkplaatsen Wmo;
- Evaluatie Wmo.

De inzet en ondersteuning van vrijwilligers en mantelzorgers (OD 44.3.2):

- Vergroten van het aantal vrijwilligers (kabinetsdoelstelling 35);
- Behoud van het aantal mantelzorgers (kabinetsdoelstelling 35).

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

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

Verbeteren tijdelijke ondersteuning (OD 44.3.4):

- Beschermd & Weerbaar (onder andere tienermoeders; kabinetsdoelstelling 47);
- Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling;
- Versterken aanpak Zwerfjongeren;
- Nieuwe verdeelsleutel middelen maatschappelijke opvang invoeren.

Ministeriële verantwoordelijkheid

Ministeriële verantwoordelijkheid

De bewindslieden van VWS zijn ministerieel verantwoordelijk voor de randvoorwaarden waarbinnen een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare maatschappelijke ondersteuning kan worden gerealiseerd, zowel voor als door burgers.

Externe factoren

Externe factoren

Een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare maatschappelijke ondersteuning vergt een samenspel van gemeenten, burgers en anderen, zoals zorgleveranciers, woningcorporaties, kennisinstututen, organisaties voor vrijwilligers en mantelzorgers. Al deze partijen dragen bij aan het ontwikkelen van sociale netwerken, die weer in belangrijke mate bijdragen aan de algemene beleidsdoelstelling.

Prestatie-indicatoren

Prestatie-indicatoren

Voor mensen met een beperking onderzoekt Nivel de participatie voor de domeinen sociale contacten, wonen, werk, vrijetijdsbesteding, vervoer en opleiding. Deze participatie wordt weergegeven met een participatie-indexcijfer, waarbij als basiswaarde 100 geldt voor het jaar 2006. De index is nog een zeer nieuw instrument. De rekenmethode voor de berekening van de index is ten opzichte van vorig jaar verbeterd. Daarnaast zijn enkele indicatoren waarop het indexcijfer is gebaseerd aangepast om ze vergelijkbaar te maken met indicatoren van het CBS en om de vergelijkbaarheid van de indexcijfers over de jaren heen te waarborgen. De tabel is uitgebreider: de totale populatie met een lichamelijke beperking is toegenomen onder meer door de toevoeging van de groep die naast een motorische ook een zintuiglijke beperking heeft. Aan de hand van onder meer de gegevens van de komende jaren en de spreiding en stabiliteit van de gegevens zal worden bezien of een streefwaarde kan worden geformuleerd.

Kengetallen			
Het participatie-indexcijfer voor zelfstandig wonende mensen met een lichamelijke beperking van 15 jaar en ouder, gebaseerd op gegevens over de feitelijke participatie binnen de verschillende domeinen.	2006	2007	2008
Totale groep	100	102	103
Geslacht			
Man (ref.)	99	101	100
Vrouw	101	102	105
Leeftijd			
15–39 (ref.)	108	116	110
40–64	102	104	107
65 jaar en ouder	95	94	95
Opleidingsniveau			
Laag (ref.)	90	92	94
Midden	105	107	109
Hoog	121	123	120
Aard van de beperking			
Alleen motorisch (ref.)	100	103	103
Motorisch en zintuiglijk	99	99	103
Ernst van de beperking			
Licht (ref.)	110	112	112
Matig	96	98	98
Ernstig	69	73	77

(Basisjaar 2006=100)

Bron: Nivel, Participatiemonitor

Toelichting:

De gemiddelde participatie van de mensen met een lichamelijke beperking is voor het jaar 2006 op 100 gesteld. Ten opzichte van die gemiddelde participatie geldt dan dat bijvoorbeeld de participatie van de mensen in de leeftijd 15–39 in 2006 8% hoger was dan voor de gehele groep. Ten opzichte van 2007 is het participatie-indexcijfer zeer licht gestegen. Hierbij moet worden opgemerkt dat de cijfers een onzekerheidsmarge hebben en er geen significante lineaire trend zichtbaar is. De lichte stijging is het resultaat van een toegenomen gebruik van het openbaar vervoer en een lichte stijging van het aantal mensen dat maandelijks een restaurant, café, bioscoop, theater, attractiepark of museum bezoekt. Hiertegenover staat een lichte daling van het aantal mensen met een motorische beperking dat vrijwilligerswerk doet en een lichte daling van het aantal mensen dat maandelijks contact heeft met vrienden / goede kennissen.

44.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven:

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Verplichtingen	594 075	301 346	300 718	299 696	298 454	299 731	300 731
Uitgaven	510 287	611 351	304 071	301 975	299 776	299 731	300 731
Programma-uitgaven	506 393	607 085	300 174	298 481	296 282	296 237	297 237
1. Burgers worden gestimuleerd actief te participeren in maatschappelijke verbanden	44 743	34 923	27 645	26 146	26 216	26 003	27 003
2. Burgers bieden anderen vrijwillige ondersteuning en kunnen gebruik maken van (organisaties van) vrijwillige ondersteuning	40 303	82 748	81 370	79 776	78 720	78 753	78 753
3. Burgers met beperkingen kunnen gebruik maken van (algemene) voorzieningen en professionele ondersteuning	68 671	73 790	74 348	73 465	73 548	73 548	73 548
4. Burgers met (psycho) sociale problemen kunnen gebruik maken van tijdelijke ondersteuning	352 676	415 624	116 811	119 094	117 798	117 933	117 933
Apparaatsuitgaven	3 894	4 266	3 897	3 494	3 494	3 494	3 494
Ontvangsten	1 931	0	0	0	0	0	0

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

Budgetflexibiliteit begrotingsuitgaven:

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2010	2011	2012	2013	2014
1. <i>Actieve participatie in maatschappelijke verbanden</i>	27 645	26 146	26 216	26 003	27 003
– Juridisch verplicht	12 577	9 765	9 332	7 135	7 135
– Bestuurlijk gebonden	13 968	15 281	15 784	17 768	18 768
– Niet verplicht/bestuurlijk gebonden	1 100	1 100	1 100	1 100	1 100
2. <i>Beschikbaarheid vrijwillige ondersteuning</i>	81 370	79 776	78 720	78 753	78 753
– Juridisch verplicht	75 829	72 029	70 029	68 329	68 329
– Bestuurlijk gebonden	5 241	7 447	8 391	10 124	10 124
– Niet verplicht/bestuurlijk gebonden	300	300	300	300	300
3. <i>Voorzieningen en ondersteuning voor burgers met beperkingen</i>	74 348	73 465	73 548	73 548	73 548
– Juridisch verplicht	72 073	72 073	72 073	72 273	72 273
– Bestuurlijk gebonden	1 869	1 392	1 475	1 250	1 100
– Niet verplicht/bestuurlijk gebonden	406	0	0	25	175
4. <i>Tijdelijke ondersteuning van burgers met (psycho) sociale problemen</i>	116 811	119 094	117 798	117 933	117 933
– Juridisch verplicht	103 290	102 649	93 686	92 683	92 435
– Bestuurlijk gebonden	12 821	15 745	23 412	24 550	24 798
– Niet verplicht/bestuurlijk gebonden	700	700	700	700	700

Premie-uitgaven:

In de tabel hieronder zijn de beschikbare middelen opgenomen voor de premie-uitgaven op het terrein van de maatschappelijke ondersteuning. Hierin zijn de budgettaire consequenties van de besluitvorming rond de Eerste suppletore begroting 2009 en de begroting 2010 verwerkt. Voor 2009 is de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt, terwijl voor 2010 en latere jaren de loon- en prijsontwikkeling nog moet worden toegevoegd. Het saldo van de beschikbare middelen en maatregelen, voorzover niet aan de afzonderlijke sectoren toegedeeld, is opgenomen als onverdeeld.

Premie-uitgaven (bedragen x € 1 000 000)							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
MEE-instellingen	171,7	177,8	178,0	178,1	178,3	178,3	178,3
Totaal	171,7	177,8	178,0	178,1	178,3	178,3	178,3
Procentuele mutatie t.o.v. voorgaand jaar		3,6%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%

Bron: VWS

Premiegefinancierde prioriteiten

De volgende tabel geeft de premiegefinancierde prioriteiten weer. De beleidsinformatie is opgenomen onder de operationele doelstelling bij de betreffende prioriteit. Bij een onbekend bedrag is een «pm» opgenomen en daar waar budgetneutraliteit het uitgangspunt is een «n.v.t.».

Premiegefinancierde prioriteiten (bedragen x € 1 000 000)						
	OD	2010	2011	2012	2013	2014
Cliëntondersteuning mensen met een beperking	44.3.3	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.

Bron: VWS

44.3 Operationele doelstellingen

Er zijn vier operationele doelstellingen op het gebied van maatschappelijke ondersteuning:

1. Burgers worden gestimuleerd actief te participeren in maatschappelijke verbanden;
2. Burgers bieden anderen vrijwillige ondersteuning en kunnen gebruik maken van (organisaties van) vrijwillige ondersteuning;
3. Burgers met beperkingen kunnen gebruik maken van (algemene) voorzieningen en professionele ondersteuning;
4. Burgers met (psycho)sociale problemen kunnen gebruik maken van tijdelijke ondersteuning.

44.3.1 Burgers worden gestimuleerd actief te participeren in maatschappelijke verbanden

Motivering

Motivering

Samen met gemeenten bevordert het kabinet de participatie van burgers. De Wmo biedt gemeenten, burgers en instellingen de mogelijkheid problemen rondom participatie op een vernieuwende manier op te lossen. Burgers gaan verbindingen met elkaar aan en er ontstaan sociale verbanden. Gemeenten worden ondersteund om op vernieuwende wijze integraal beleid te ontwikkelen en uit te voeren, waarbij verbindingen gelegd worden tussen verschillende onderdelen van de Wmo en met aanpalende beleidsvelden.

In 2010 concentreert het kabinet zich, in vervolg op 2009, op het geven van richting aan de Wmo via inhoudelijke kaders, onder andere op het terrein van geweld in afhankelijkheidsrelaties, vrijwilligersbeleid en mantelzorg en welzijn nieuwe stijl. De werking van de Wmo wordt gemonitord op grond van artikel 9 (horizontale verantwoording door gemeenten) via een benchmark. Tevens voert het SCP de eerste evaluatie van de Wmo (ex. Artikel 24 Wmo) uit die eind 2009 verschijnt. In het voorjaar van 2010 zal het kabinetsstandpunt daarop verschijnen.

Daarnaast ondersteunt het kabinet innovatie via het programma «Beter in Meedoen» en activiteiten van het kennisinstituut Movisie. De eerste resultaten van dit 4-jarig programma zullen in 2010 zichtbaar worden.

Als het gaat om welzijn nieuwe stijl, waarover op 24 september 2009 een groot congres wordt georganiseerd, wordt bevorderd dat (welzijns)instellingen en gemeenten lange termijnafspraken maken om passende voorzieningen/interventies te kunnen bieden. Daarbij staan de volgende kernbegrippen centraal:

- Verbinden;
- Lokaal maatwerk;
- Integraliteit;
- Gedeeld/gelijkwaardig partnerschap;
- Professionaliteit;
- Direct eropaf/outreaching werken;
- Cliënt centraal.

Prestatie-indicatoren

Prestatie-indicatoren

Bij alle operationele doelstellingen wordt een tabel opgenomen met de (basis)waarde en de streefwaarde van de prestatie-indicatoren. Deze tabel heeft dezelfde opbouw als in de begroting 2009.

Prestatie-indicatoren				
	2008	Streefwaarde 2009	Streefwaarde 2010	Streefwaarde lange termijn
1. Percentage gemeenten waar één of meerdere Wmo beleidsplannen zijn vastgesteld.	94%	100%	100%	100%
2. Percentage Wmo-cliënten dat aangeeft dat de Wmo ondersteuning bijdraagt aan zelfstandig wonen en meedoen in de samenleving.	93%	94%	95%	100%
3. Aantal projecten vernieuwend welzijn in wijken.	5	5	5	10

Bronnen:

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

Instrumenten voor actieve participatie

- **Welzijn nieuwe stijl**

Welzijn heeft waarde. De welzijnsfunctie kan -goed verweven in de buurt- lokale sociale problemen signaleren en aanpakken; bijvoorbeeld door overlastgevende jongeren te benaderen en ze te leiden naar de reguliere kanalen voor bijvoorbeeld scholing en werk of door kwetsbare eenzame ouderen te vinden, te activeren en te leiden naar maaltijdvoorziening en andere sociale activiteiten.

Door ontmoeting te faciliteren en te stimuleren zorgt welzijn ook voor sociale samenhang in de buurt. Vaak in de vorm van activiteiten in ontmoetingsruimten, maar ook door een meer actieve benadering van bewoners. Maar de welzijnsfunctie heeft vaak zowel een imago- als een kwaliteitsprobleem. Daarom zet het kabinet in op Welzijn nieuwe stijl. Welzijn moet worden geherwaardeerd en opnieuw gepositioneerd. De werkzaamheid van interventies is niet altijd duidelijk, een verdergaande professionalisering van de sector is nodig én de relatie tussen de welzijnsinstelling en de gemeente kan verbeteren. Kernbegrippen voor Welzijn nieuwe stijl zijn: burger centraal, gelijkwaardig partnerschap, versterkt professioneel handelen, empowerment van de burger, direct erop af, cliëntparticipatie en cliëntondersteuning en lokaal keuzes maken. Deze begrippen staan centraal tijdens het Wmo-congres van 24 september 2009 en zullen (in 2010) daarna concreet handen en voeten worden gegeven.

- **Wetswijziging Wmo**

De wetswijziging Wmo gaat in op 1 januari 2010. Door de wetswijziging wordt de positie van de burger verbeterd doordat de burger bij een voorziening in natura niet geconfronteerd kan worden met werkgevers- of opdrachtgeverslasten. De invoering van de wetswijziging wordt door het gezamenlijke implementatiebureau van VWS en de VNG nadrukkelijk ondersteund via voorlichtingsbijeenkomsten, handreikingen, modelbepalingen, voorbeeldteksten en de website en helpdesk (www.invoeringwmo.nl) (€ 0,5 miljoen).

- **«Beter in Meedoen»**

Om gemeenten en uitvoerende instellingen te ondersteunen bij de vernieuwing en kwaliteitsverbetering van het Wmo-beleid wordt in 2010 subsidie aan het Verwey-Jonker Instituut en het kennisinstituut Movisie (€ 2,8 miljoen) gegeven voor het uitvoeren van het vernieuwingsprogramma «Beter in Meedoen» (BIM). Bij Movisie ligt de focus op effectieve interventies en professionalisering van de sector. Bij het Verwey-Jonker instituut is governance de voornaamste insteek. In 2010 komen concrete resultaten beschikbaar.

- **Werkplaatsen Wmo**

Voor een krachtig welzijnsbeleid is het nodig te investeren in de kwaliteit van de beroepsuitoefening. In zes regio's gaan in september 2009 zes werkplaatsen van start voor een periode van 3 jaar. In de werkplaatsen werken hogeschool c.q. lectoraat, gemeenten, instellingen en beroepsbeoefenaren samen. De werkplaats heeft tot doel maatschappelijke problemen te verkennen, nieuwe praktijken te ontwerpen, de uitvoering te onderzoeken en de effecten ervan te evalueren. Op basis van deze nieuwe praktijkkennis ontwerpt de werkplaats competentieprofielen voor beroepskrachten en vrijwilligers en bijbehorende opleidingsmodulen en bestuurlijke modellen voor de onderlinge relaties in het veld van zorg en welzijn. Op deze manier worden het evidence- en practice-based werken

in de sector zorg en welzijn bevorderd. Er is in 2010 een bedrag van € 0,9 miljoen beschikbaar (€ 0,15 miljoen per werkplaats per jaar). Hiermee wordt uitvoering gegeven aan het amendement Wolbert (kamerstuk 31 700 XVI, nr. 35). Daarnaast zal het concept buurtdiensten in een pilot nader worden uitgewerkt. Het verslag van de pilot zal in de vorm van een overdraagbare methodiek breed worden verspreid € 0,35 miljoen.

- **Verspreiden kennis Wmo**

Movisie ondersteunt gemeenten en instellingen bij de invoering van de Wmo en aanpalende terreinen door middel van het verzamelen, verrijken, valideren en verspreiden van kennis op het terrein van de Wmo. Movisie ontvangt hiervoor een subsidie van € 8,1 miljoen per jaar. De activiteiten worden uitgevoerd in zeven programma's, die worden ingevuld door vragen uit het veld. De programma's zijn: Leefbaarheid en sociale samenhang, Versterking vrijwillige inzet, Informele zorg, Hulpverlening en activering, Aanpak huiselijk en seksueel geweld, Kwaliteit van interventies, organisaties en beleid, en Kennis, internet en onderzoek. Hierbij zijn onder andere de volgende onderwerpen en producten aan de orde: wonen, zorg en welzijn (publicatie best practices), cliëntparticipatie (methodiekbeschrijving, artikelen, werkconferentie), het ondersteunen en versterken van vrijwilligersorganisaties met veel aandacht voor jongeren en jongerenparticipatie (handboek, tijdschrift, databank), het promoten en het versterken van het imago van vrijwilligerswerk (make a difference day, tijdschriftartikelen), vernieuwende vormen van mantelzorgondersteuning (tijdschriftartikelen, coaching en training, workshops), activering van kwetsbare groepen (artikelen, methodiekbeschrijvingen, werkconferentie), ketenaanpak van huiselijk geweld (regionale bijeenkomsten, deskundigheidsbevordering), en preventie van huiselijk en seksueel geweld (publicaties, conferenties, deskundigheidsbevordering). Al veel van deze informatie is ook te vinden op of via de website van Movisie.

- **Behoud van thuiszorgmedewerkers voor de zorg**

Het kabinet zet de beschikbare middelen in (€ 8 miljoen) om gezamenlijk met werkgevers, werknemers en gemeenten ervoor te zorgen dat medewerkers behouden blijven voor de thuiszorg. De verwachting is dat het beroep op de regeling lager is dan het oorspronkelijke budget, zodat het subsidieplafond met € 2 miljoen kan worden verlaagd. De € 2 miljoen wordt conform de voorjaarsbesluitvorming 2009 ingezet ter dekking van de rijksbrede taakstelling.

- **Sociale samenhang**

Voor de kwaliteit van het bestaan zijn sociale netwerken – óók in de buurtcruciaal. Mensen moeten zich prettig en vertrouwd voelen in hun directe omgeving. Dat is sociale samenhang, de verbinding van (groepen van) mensen in hun buurt. De Wmo is een belangrijk instrument voor gemeenten om sociale samenhang te vergroten. In 2010 zal het kabinet samen met de gemeenten van het project Wmo-in-de-buurt en met relevante landelijke veldpartijen, basisfuncties voor sociale samenhang ontwikkelen. Dat zijn spelregels, procesvoorwaarden en een breed gedragen operationele definitie van Wmo-sociale samenhang. Het kabinet wil hiermee gemeenten een stevig kader bieden om sociale samenhang in de stad te vergroten. Daarnaast wordt gewerkt aan de versterking van de welzijnsfuncties in de wijken, waaronder een vijftal aandachtswijken die meedoen aan het experiment «vernieuwend welzijn» van het ministerie van WWI. De welzijnsfuncties in de wijken kunnen een belangrijke rol spelen in het versterken van de sociale samenhang in de buurt (€ 0,6 miljoen).

- «Erbij horen»

Erbij horen is belangrijk. Toch leven veel mensen zonder vrienden en geïsoleerd van burens en familie. Bovendien groeit het aantal mensen dat eenzaam is, zeker ook onder ouderen. De groep is moeilijk vindbaar omdat eenzame mensen vaak niet toe durven te geven dat ze eenzaam zijn. Bestrijding van eenzaamheid is niet makkelijk. Het vraagt een actieve lokale overheid die samen met welzijnsinstellingen, zorginstellingen en lokale vrijwilligersorganisaties nagaat waar de doelgroep zit en over de domeinen heen een aanpak ontwikkelt. Een aanpak gericht op het activeren van de eenzame ouderen zelf, op zingeving, ondersteuning en activering. Samen met de «Coalitie Erbij», een organisatie van publieke en private partijen wil het kabinet de komende drie jaar een stimulans geven aan «erbij horen» (€ 0,15 miljoen per jaar). Het taboe rond eenzaamheid moet doorbroken worden en er moeten goede methoden komen, zodat gemeenten, welzijnsorganisaties en vrijwilligers kunnen worden gefaciliteerd in hun werk. Daarnaast wordt Sensor, de landelijke organisatie van telefonische hulpdiensten gesubsidieerd. Sensor zorgt ervoor dat 1 200 vrijwilligers jaarlijks 230 000 telefoongesprekken voeren met eenzame mensen (€ 0,1 miljoen).

- Lokale cliëntenparticipatie

De resultaten van de programma's voor het verbeteren van de lokale inspraak van (kwetsbare) burgers in het gemeentelijke Wmo-beleid worden in 2010 op lokaal niveau verder opgepakt. Het kenniscentrum cliëntenparticipatie onder auspiciën van Movisie wordt gecontinueerd in 2010. Dit kenniscentrum is zowel gericht op cliënten als op gemeenten die (kwetsbare) mensen willen betrekken bij hun Wmo-beleid (€ 0,1 miljoen).

Geraamde begrotingsuitgaven:

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2010	2011	2012	2013	2014
Instellingsubsidies	11 573	9 765	9 332	7 135	7 135
Movisie incl. Vernieuwingsprogramma «Beter in Meedoen»	10 640	9 332	9 332	7 135	7 135
Stimulansz	933	433	0	0	0
Projectsubsidies	14 268	14 581	14 884	16 868	17 868
<i>Waarvan onder andere:</i>					
Wetswijziging Wmo invoering financiële vergoeding	500	500	500	500	500
Vernieuwingsprogramma «Beter in Meedoen»	2 800	2 800	2 800	2 800	2 800
Werkplaatsen Wmo en buurtdiensten	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250
Ondersteuning gemeenten	500	500	500	500	500
Behoud van thuiszorgmedewerkers voor de zorg	8 000	8 000	8 000	8 000	8 000
Erbij horen	250	250	250	0	0
Welzijn nieuwe stijl	600	0	0	0	0
Opdrachten	1 800	1 800	2 000	2 000	2 000
<i>Waarvan onder andere:</i>					
Beleidsdoorlichting Wmo	1 100	1 100	1 000	1 000	1 000
Monitoring Wmo	300	300	800	800	800
Totaal	27 645	26 146	26 216	26 003	27 003

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

44.3.2 Burgers bieden anderen vrijwillige ondersteuning en kunnen gebruik maken van (organisaties van) vrijwillige ondersteuning

Motivering

Motivering

Onze samenleving kent veel mensen die er niet voldoende in slagen om voor zichzelf te zorgen of om te participeren. De inzet van vrijwilligers of mantelzorgers zorgt er voor dat ook zij kunnen meedoen. Vrijwilligers en mantelzorgers dragen daarmee in belangrijke mate bij aan de zelfredzaamheid en participatie van anderen en zorgen voor verbinding, aan het vergroten van de onderlinge betrokkenheid en sociale samenhang in onze maatschappij. Het belangeloos inzetten voor een ander levert vrijwilligers en mantelzorgers ook voldoening, nieuwe ervaringen en kennis op. Het is van belang dat er voldoende vrijwilligers en mantelzorgers zijn en blijven. Verder moet overbelasting van deze mensen, die cruciale ondersteuning bieden, worden voorkomen.

Gemeenten zijn op grond van de Wmo verantwoordelijk voor de ondersteuning die vrijwilligers en mantelzorgers bieden. Op lokaal niveau moet er een adequaat ondersteuningsaanbod zijn voor mantelzorgers en vrijwilligers zodat zij zich met plezier en resultaat kunnen (blijven) inzetten voor de medemens. Het kabinet streeft naar het behoud van het aantal mantelzorgers en een toename van het aantal vrijwilligers (zie onderstaand schema).

Prestatie-indicatoren					
Kabinetsdoelstelling 35:	0-meting 2002	1-meting 2008	Streefwaarde 2009	Streefwaarde 2010	Streefwaarde lange termijn
1. Aantal mantelzorgers	–	2,6 miljoen	2,6 miljoen	2,6 miljoen	2,6 miljoen (2011)
2. Deelname aan vrijwillige inzet in % van het aantal mensen van 18 jaar en ouder	42%	42%	> 42%	> 42%	> 42% (2012)

Bronnen:

1. A. de Boer en J. Timmermans, Blijvend in Balans; een Toekomstverkenning van Informele Zorg, SCP Den Haag juni 2007.
2. P. Dekker e.a., Toekomstverkenning Vrijwillige Inzet 2015, SCP Den Haag, juni 2007 en M. van Herten, Vrijwillige Inzet 2008, CBS Heerlen, april 2009.

Toelichting:

Het SCP meet iedere vijf jaar de participatie aan het vrijwilligerswerk in het kader van het Tijdsbestedingsonderzoek (Tbo). De volgende keer zal dat in 2010/11 zijn. Het CBS meet iedere twee jaar de deelname aan vrijwilligerswerk in het kader van het Permanent Onderzoek Leef-Situatie (POLS). De volgende keer zal dat in 2010 zijn. Dan wordt ook voor het eerst de mantelzorg in de meting opgenomen.

Instrumenten voor mantelzorg en vrijwillige ondersteuning

- Verspreiden van kennis over mantelzorg en vrijwilligerswerk. VWS subsidieert Movisie, het Expertisecentrum Mantelzorg (EM) en Mezzo (belangenorganisatie mantelzorgers) (totaal € 5 miljoen) voor het verspreiden van kennis over vrijwilligerswerk en mantelzorg onder gemeenten en organisaties. Tevens ondersteunen zij gemeenten en organisaties bij de toepassing daarvan. In 2010 worden voorbereidingen getroffen voor het Europees jaar voor de vrijwilliger in 2011.

- Lokale ondersteuning mantelzorgers en vrijwilligersorganisaties
Het versterken van de lokale infrastructuur vindt verder plaats via de makelaarsfunctie maatschappelijke stage en vrijwilligerswerk, de implementatie van basisfuncties vrijwilligerswerk en mantelzorg in gemeenten via een op maat gesneden adviestraject (€ 4 miljoen). Het SCP onderzoekt de (over)belasting van mantelzorgers.
- Regeling deskundigheidsbevordering vrijwilligers
In het kader van deze regeling kunnen landelijke vrijwilligersorganisaties – als voldaan wordt aan bepaalde criteria – subsidie aanvragen voor trainingen van hun vrijwilligers. Hiervoor is in 2010 een bedrag van € 5 miljoen beschikbaar.
- Bedrijven en vrijwilligers en mantelzorgers
Samen met het bedrijfsleven wordt het vrijwilligerswerk door werknemers gestimuleerd en de aandacht voor mantelzorg in personeelsbeleid vergroot, door bijvoorbeeld meer aandacht te hebben voor flexibel werken, voor ondersteuning van mantelzorgers op het werk, het betrekken van mantelzorg bij functioneringsgesprekken, et cetera. Met MVO-Nederland zijn afspraken gemaakt over het programma «Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen».
- Regeling waardering mantelzorgers
In 2009 zijn de criteria om in aanmerking te kunnen komen voor een compliment in de regeling waardering mantelzorg verruimd. Bovendien is een overgangsartikel in de regeling opgenomen om te voorkomen dat bij de overgang van de oude naar de nieuwe regeling mensen niet meer in aanmerking komen. Vanaf augustus 2009 wordt de gewijzigde regeling uitgevoerd. In 2010 vindt een evaluatie van de regeling plaats.

Geraamde begrotingsuitgaven:

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2010	2011	2012	2013	2014
Instellingssubsidies	4 329	4 329	4 329	4 329	4 329
Mezzo, Rode Kruis en Zonnebloem	4 329	4 329	4 329	4 329	4 329
Stimuleringsregeling Mantelzorgers	65 000	65 000	65 000	65 000	65 000
Vergoeding aan mantelzorgers	65 000	65 000	65 000	65 000	65 000
Projectsubsidies	12 041	10 447	9 391	9 424	9 424
<i>Waarvan onder andere:</i>					
Kennisverwerken/verspreiden m.b.t. mantelzorg	650	650	650	650	650
Deskundigheidsbevordering vrijwillige inzet	5 000	3 500	2 500	2 500	2 500
Behoud van aantal mantelzorgers en versterken vrijwillige inzet	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000
Totaal	81 370	79 776	78 720	78 753	78 753

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

44.3.3 Burgers met beperkingen kunnen gebruik maken van (algemene) voorzieningen en professionele ondersteuning

Motivering

Motivering

Mensen met een beperking moeten kunnen deelnemen aan de samenleving. Door drempels te voorkomen of weg te nemen, kunnen mensen met beperkingen op voet van gelijkheid gebruik maken van algemene voorzieningen. Als zij er, al dan niet met behulp van vrijwillige inzet, niet in slagen voor zichzelf te zorgen of op eigen kracht te participeren, dan wordt dit met professionele ondersteuning of specifieke voorzieningen alsnog mogelijk gemaakt.

Om de positie van mensen met een beperking te verbeteren richten het kabinet zich op:

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

Prestatie-indicatoren							
	2006	2007	2008	Streefwaarde 2009	Streefwaarde 2010	Streefwaarde lange termijn	
1. Klanttevredenheid over Valys	8,3	7,1	8,0	> 8,1	> 8,1	> 8,1	
2. Percentage 65+ dat extramuraal woont	92,7%	92,9%	93,0%	> 93,0%	> 93,0%	> 93,0%	
3. Percentage gemeenten dat samenwerking aangaat met MEE	–	–	90%	> 90%	> 90%	100%	

Bronnen

1. Jaarlijks tevredenheidsonderzoek
2. CBS/CTG, NZa
3. CVZ

Instrumenten voor de bevordering van gelijke behandeling

- Uitbreiding Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte

In 2010 zal de AMvB voor een toegankelijk openbaar vervoer in werking treden. De Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (Wgbh/cz) wordt daarmee ook voor het openbaar vervoer van kracht. De Wgbh/cz is al van toepassing op de terreinen arbeid, onderwijs en wonen. In 2010 wordt verder gewerkt aan de voorbereiding van een besluit over de uitbreiding van de Wgbh/cz op het terrein van het aanbieden van goederen en diensten.

- Praktijkspoor goederen en diensten

In 2009 is een samenwerkingsverband van ondernemersorganisaties en organisaties die zich inzetten voor de belangen van mensen met een handicap of chronische ziekte gestart. Deze samenwerking wordt het Praktijkspoor genoemd. Met het Praktijkspoor wordt gestimuleerd dat aanbieders van goederen en diensten en de belangenorganisaties afspraken maken over hoe de toegankelijkheid kan worden bevorderd. Dit

zal leiden tot een informatiebank met goede voorbeelden die voor iedereen te raadplegen is. In de loop van 2010 wordt deze operationeel (€ 0,6 miljoen).

- Het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap. Het kabinet zet zich actief in voor het ratificeren van het Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap. Na een grondige analyse van bestaande wetten door alle betrokken departementen zijn de consequenties van het Verdrag voor de Nederlandse wetten in kaart gebracht. De conclusies worden opgenomen in de voorstellen voor de goedkeuringswet en de invoeringswet. Deze zullen in het najaar van 2009 aan de Raad van State worden voorgelegd. Het kabinet zal na parlementaire goedkeuring initiatieven ontplooiën en ondersteunen, gericht op de bekendheid van dit Verdrag (€ 0,15 miljoen in de jaren 2010 tot en met 2013).

- EU-Richtlijn gelijke behandeling
De Europese Commissie heeft medio 2008 een voorstel ingediend voor een Richtlijn gelijke behandeling ongeacht geloof/overtuiging, handicap, leeftijd of seksuele geaardheid buiten de arbeidssfeer. De besprekingen in het Europees kader rond deze brede Richtlijn vergen naar zich laat aanzien nog geruime tijd; daar de inhoud van deze Richtlijn nog ter discussie staat, is niet zeker wanneer deze Richtlijn door de Raad van Ministers zal worden aangenomen.

Beschikbaarheid specifieke voorzieningen

- Wonen met zorg en ondersteuning
VWS voert samen met de minister voor WWI en partijen in het veld het Actieplan «Beter (t)huis in de buurt; Samenwerken aan wonen, welzijn en zorg 2007–2011» uit.
In 2010 richten het kabinet zich op twee thema's, namelijk «lokale samenwerking» en «regievoering door de gemeente». Met een ondersteuningsprogramma getiteld «Verbinding wonen, welzijn en zorg» zal individuele en collectieve ondersteuning (adviseurs) aan een aantal gemeenten worden geboden en komt er een «gereedschapskist» ter beschikking van gemeenten en samenwerkingspartners met instrumenten voor samenwerking en voor regievoering door de gemeente.

Daarnaast voeren veldpartijen in het kader van het Actieplan belangrijke activiteiten uit die waar wenselijk en mogelijk vanuit het Rijk worden ondersteund (€ 0,6 miljoen). In de brief van 13 juni 2008 (kamerstuk 30 597, nr. 15) is aangekondigd dat een aantal onderzoeken zal worden verricht naar de gevolgen van het scheiden van wonen en zorg. Bij brief van 26 juni 2009 (kamerstuk 30 957, nr. 78) heeft de Tweede Kamer een analyse van de resultaten van de onderzoeken ontvangen, alsmede de daaraan verbonden consequenties voor het bevorderen van het scheiden van wonen en zorg.

- Bovenregionaal vervoer gehandicapten (Valys)
Valys is bedoeld om bovenregionaal vervoer per (deel)taxi te bieden aan mensen met een mobiliteitsbeperking. Dit is een aanvulling op het (minder toegankelijke) openbaar vervoer en het gemeentelijke Wmo-vervoer. In 2010 blijft het kabinet bijzondere aandacht geven aan de kwaliteit van het vervoer en de beheersbaarheid van de uitgaven (€ 59 miljoen).

Kengetallen			
Aantallen pashouders persoonlijke kilometer budgetten (pkb) Valys en % pashouders dat daadwerkelijk reist			
	2006	2007	2008
Standaard PKB	120 433	168 876	209 592
Hoog PKB	5 210	6 588	7 444
Totaal aantal pashouders	125 643	175 464	217 036
Percentage van aantal Valys-pashouders dat daadwerkelijk reist met bovenregionaal vervoer gehandicapten	64,2%	63,5%	59,5%

Bron: Managementinformatie Valys conform de maandelijkse facturen van de vervoerder. Het aantal pashouders neemt maandelijks toe. Ultimo mei 2009 waren er 237 901 pashouders. Hiervan had 96,8% (230 193) een standaard pkb en 3,2% (7 708) een hoog pkb.

- **Doelgroepenvervoer**

Doel is te komen tot één loket, een eenvoudiger en klantvriendelijkere indicatiestelling en een doelmatigere organisatie en uitvoering van het doelgroepenvervoer.

Met de reeds afgeronde pilots, nog lopende pilots en de onderzoeken is een aantal aspecten van het bundelen van doelgroepenvervoer onderzocht (zie brief van 7 juli 2008; kamerstuk 25 847, nr. 62). Conclusie is dat nog een aantal zaken (indiceren, één loket, één telefoonnummer) kan worden verbeterd. Het gaat daarbij vooral om kwaliteitsverbetering voor de cliënt. Het kabinet wil met enkele pilots in 2010 de verbeteringsmogelijkheden verder verkennen. Over deze pilots en de daarbij behorende analyse wordt u zo spoedig mogelijk in 2010 geïnformeerd.

De gewenste samenwerking tussen betrokken partijen wordt op deze wijze door een praktische aanpak gestimuleerd, gericht op die vervoersystemen waar samenwerking het makkelijkst te realiseren is. Vaak gaat dat stap voor stap. De vorm of mate van bundeling kan per regio verschillend zijn. Er is nu al op een groot aantal plaatsen in het land samenwerking ontstaan. Aangezien er niet voor wordt gekozen de samenwerking door regelgeving af te dwingen, is niet te voorspellen wanneer alle partijen in alle regio's volledig met elkaar zullen samenwerken. In 2012 zal worden bezien of er op deze wijze voldoende voortgang wordt geboekt in de samenwerking en indien nodig zal de aanpak worden bijgesteld (€ 0,2 miljoen).

Instrumenten om de lokale belangenbehartiging en inspraak van (kwetsbare) burgers te verbeteren

- (P) Cliëntondersteuning mensen met een beperking

MEE-organisaties bieden cliëntondersteuning aan mensen met een beperking. Daarvoor ontvangen zij subsidie van het College voor Zorgverzekeringen op basis van de AWBZ (€ 178 miljoen). In 2010 is op basis van een onderzoek naar de normtijden van de diensten van MEE een efficiencykorting opgelegd. In 2009 zijn onderzoeken uitgevoerd naar een objectieve verdeelsleutel voor de MEE-middelen en de efficiency van de MEE-organisaties. Mede op basis van deze onderzoeken wordt de verdeelsleutel aangepast.

In 2009 is in de subsidieregeling opgenomen dat de MEE-organisaties rapporteren over de samenwerking met gemeenten. Deze verslagen worden geanalyseerd evenals de uitkomsten van een enquête die onder gemeenten en MEE-organisaties gehouden wordt. Eind 2009 komen de

resultaten beschikbaar. Op basis hiervan zal besloten worden over eventuele verdere acties vanaf 2010 op het gebied van samenwerking van de MEE-organisaties met partijen op lokaal niveau.

Kengetallen Mee-organisaties					
	2005	2006	2007	2008	2009 ¹
Aantal cliënten	82 531	91 183	100 546	110 601	102 000
Aantal diensten	122 417	163 675	185 976	204 611	185 000
Aantal MEE-organisaties	26	25	23	23	22

Bron: Monitor van Mee-Nederland (2008)

Toelichting:

1. Schatting van 2009 door Mee-organisaties

● De Taakgroep Handicap en Lokale Samenleving

De Taakgroep faciliteert met de organisatie van overleggen en debatten, de communicatie tussen gemeentebesturen en (lokale organisaties van) burgers met een beperking. De Taakgroep wil er langs deze weg voor zorgen dat gemeenten *inclusief beleid* maken en dus rekening houden met burgers met en zonder beperkingen. Ook langs deze weg kan de participatie van burgers met een beperking bevorderd worden (€ 0,3 miljoen).

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2010	2011	2012	2013	2014
Projectsubsidies	15 268	14 385	14 468	14 268	14 268
<i>Waarvan onder andere:</i>					
Doelgroepenvervoer	200	200	200	0	0
VN-verdrag	150	150	150	150	0
Woningaanpassingen	12 993	12 993	12 993	12 993	12 993
Wet gelijke behandeling gehandicapten en chronisch zieken	600	600	600	600	600
Wonen met zorg en ondersteuning	600	258	500	500	500
Taakgroep Handicap en Lokale Samenleving	319	184	0	0	0
Opdrachten	59 080	59 080	59 080	59 280	59 280
Bovenregionaal vervoer (Valys)	59 080	59 080	59 080	59 280	59 280
Totaal	74 348	73 465	73 548	73 548	73 548

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

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

Motivering

Motivering

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

Bij de uitvoering van dit beleid werkt VWS daarom nauw samen met andere departementen, waaronder Justitie en SZW.

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

- Een persoonsgerichte benadering met behulp van individuele trajectplannen en aan de individuele personen gekoppelde cliënt-managers.
- Een 100% sluitende samenwerking tussen alle betrokken partijen en instellingen.

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

Voor slachtoffers van huiselijk geweld, eerge relateerd geweld, vrouwelijke genitale verminking (VGV) en mensenhandel gaat het kabinet in deze kabinetsperiode extra investeren om te komen tot een toekomstbestendig stelsel van opvang en hulpverlening. In «Beschermd en weerbaar» (kamerstuk 28 345, nr. 90) staat welke maatregelen daarvoor getroffen (gaan) worden. Op 18 juni 2008 is met de VNG/centrumgemeenten, de Federatie Opvang, de MOgroep en GGD Nederland een actieverklaring ondertekend om vanuit ieders verantwoordelijkheid een extra inspanning te leveren aan de totstandkoming van dit stelsel. In een actieprogramma zijn deze afspraken vertaald naar concrete acties. Daarin zijn ook de structurele middelen ad € 0,65 miljoen voor tiernmoeders opgenomen (kamerstuk 28 345, nr. 90).

Prestatie-indicatoren					
	2006	2007	Streefwaarde 2009	Streefwaarde 2010	Streefwaarde lange termijn
1. Uitbreiding van het aantal opvangplaatsen in de vrouwenopvang (alle doelgroepen)	105	108	+ 100	+ 100	500
2. Opvangplaatsen voor mannelijke slachtoffers van ernstige dreiging van geweld in afhankelijkheidsrelatie.	–	–	+ 40	40	40
3. Aantal daklozen met trajectplan	–	3 000	5 000	7 500	10 000

Bronnen:

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

Kengetalen Capaciteit (aantal plaatsen) in de opvang, naar voorzieningensoort			
	2005	2006	2007
Maatschappelijke opvang			
Nachtopvang	1 393	1 403	1 783
MO 24 uren woonvoorziening	3 570	3 461	3 780
MO 24 uren meerzorg	709	802	749
MO 24 uren (crisis)opvang	784	718	903
Dagopvang	2 616	2 701	3 047
Totaal Maatschappelijke opvang	9 072	9 085	10 262
Vrouwenopvang (VO)			
VO 24 uren woon partieel	822	923	904
VO 24 uren woonvoorziening (met 24-uurs begeleiding)	950	916	949
VO 24 uur (crisis)opvang	277	270	305
Nachtopvang	43	43	23
Dagopvang	86	131	210
Totaal Vrouwenopvang	2 178	2 283	2 391
Maatschappelijke opvang/Vrouwenopvang			
MO/VO begeleid wonen	3 837	3 908	4 938

Bron: Monitor Plan van aanpak maatschappelijke opvang, rapportage 2007 Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht.

Toelichting:

Bovenstaande tabel laat de capaciteit naar voorzieningensoort in 2005, 2006 en 2007 zien. De capaciteit is onderverdeeld in drie categorieën: maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en een combinatie van beiden. De toename van het aantal plaatsen begeleid wonen past in het beleid om de doorstroom van de laagdrempelige opvang naar woonvoorzieningen te bevorderen.

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

● Decentralisatie-uitkering

Vanaf 2010 ontvangen de 43 centrumgemeenten jaarlijks de decentralisatie-uitkering maatschappelijke opvang, Openbare geestelijke gezondheidszorg (Oggz) en verslavingsbeleid, mits zij prestatie-afspraken hebben gemaakt die zijn afgeleid van de doelstellingen uit het Plan van aanpak van de G4 of de Stedelijke Kompassen:

- Dakloosheid ten gevolge van uit huiszetting komt (vrijwel) niet meer voor.
- Dakloosheid ten gevolge van ontslag uit detentie komt (vrijwel) niet meer voor.
- Dakloosheid ten gevolge van uitval uit zorginstellingen komt (vrijwel) niet meer voor.
- Voor een afgesproken tijdstip is voor dak- en thuislozen een trajectplan opgesteld en zijn zij – afhankelijk van de persoonlijke omstandigheden – voor zover mogelijk voorzien van inkomen, passende huisvesting, effectieve ondersteuning, zorg, zinvolle dagbesteding en werk.
- Bij een groot deel van de doelgroep is meetbaar overlastgevend gedrag substantieel verminderd.

● Verdeelsleutel Maatschappelijke opvang

Vanaf 2010 wordt de nieuwe verdeelsleutel maatschappelijke opvang (MO), Oggz en verslavingsbeleid ingevoerd. Deze verdeelsleutel is opgesteld door Cebeon op basis van een gezamenlijke opdracht van VWS en de VNG. De invoering van deze sleutel zorgt ervoor dat het beschikbare budget evenwichtiger verdeeld wordt over de 43 centrumgemeenten. De

huidige verdeling was vooral historisch waardoor de verdeling onvoldoende recht deed aan de huidige problematiek. De invoering vindt plaats in een zodanig tempo dat de gemeenten die een lagere uitkering gaan ontvangen, voldoende tijd hebben om zich daarvoor te bereiden.

- Longitudinaal onderzoek

In 2010 start het longitudinaal onderzoek met de vraag «Wat werkt voor wie in de maatschappelijke opvang». Daarvoor wordt gedurende vijf jaar een representatieve groep daklozen gevolgd. De focus ligt bij het perspectief van de dakloze zelf.

- Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang G4

De G4 wil in 2010 starten met de tweede fase van het plan van het aanpak. Het doel daarvan is het rendement van de eerste fase te behouden en de succesvolle aanpak uit te breiden naar een bredere groep van kwetsbare mensen in de vier grote steden. Met dat laatste willen de steden een nieuwe instroom in de maatschappelijke opvang voorkomen. Bij de voorbereiding van de tweede fase van het plan zal VWS de G4 ondersteunen.

- Zwerfjongeren

Onze inzet, samen met de minister voor Jeugd en Gezin, is het gezamenlijk met betrokken partijen uitvoeren van een plan van aanpak zwerfjongeren (kamerstuk 29 325, nr. 36). In dat kader wordt in 2010 een onderzoek uitgevoerd naar zwerfjongeren waarbij in ieder geval aandacht zal worden besteed aan wonen.

Instrumenten Beschermd en Weerbaar

- Beschermd en Weerbaar

In totaal is voor het actieprogramma «Beschermd en Weerbaar» in 2010 € 33,95 miljoen beschikbaar. Een groot gedeelte hiervan € 22,95 miljoen is ondergebracht in de specifieke uitkering vrouwenopvang. Het resterende budget € 11,0 miljoen is bestemd voor projecten en opdrachten. In 2010 wordt het actieprogramma «Beschermd en Weerbaar» (kamerstuk 28 345, nr. 90) uitgevoerd. Dit programma is gebaseerd op de actieverklaring «Beschermd en Weerbaar» dat in 2008 is ondertekend door VNG, GGD-Nederland, MO-groep, Federatie Opvang en VWS en richt zich op het verbeteren van de kwaliteit en effectiviteit van de opvang en hulp bij geweld in afhankelijkheidsrelaties.

Daarnaast worden basisfuncties voor de steunpunten huiselijk geweld geïmplementeerd. Deze uniforme basisfuncties zorgen ervoor dat burgers weten waarop ze kunnen rekenen als ze bij een steunpunt aankloppen. Tevens worden de Steunpunten in 2010 voorbereid op hun voorgenomen extra taak als meldpunt huiselijk geweld.

Ter voorkoming van genitale verminking bij meisjes wordt in 2010 het medisch certificaat VGV (verder) landelijk ingevoerd. Het certificaat is een verklaring die ouders op vrijwillige basis ondertekenen waarmee zij aangeven dat hun dochter niet zal worden besneden.

Tot slot vindt in 2010 besluitvorming plaats over de uitkomsten van het onderzoek naar de toereikendheid van het stelsel van de vrouwenopvang voor specifieke groepen zoals tienermoeders en mannelijke slachtoffers van geweld, alsmede naar de gevolgen van de verbreiding van de functie van vrouwenopvang.

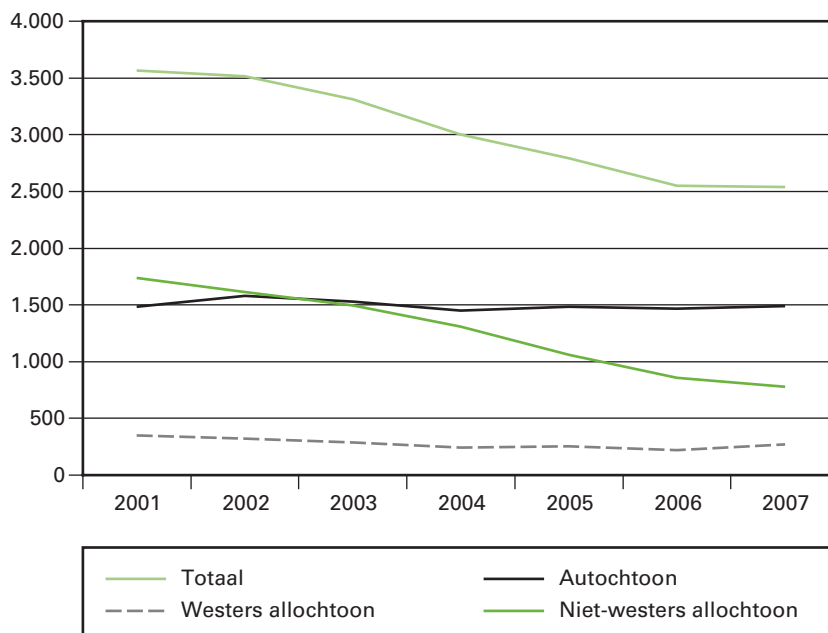
• Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

Om professionals in staat te stellen risico's op geweld vroegtijdig te signaleren, zodat geweld kan worden voorkomen of zo snel mogelijk wordt gestopt, wordt het gebruik van een meldcode verplicht gesteld. In 2010 biedt het kabinet, samen met de minister voor Jeugd en Gezin en de minister van Justitie, het wetsvoorstel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling aan de Tweede Kamer aan. Tevens ondersteunt het kabinet de betrokken sectoren bij invoering van deze wet door een intensief implementatietraject (€ 1,75 miljoen).

• Tienermoeders

Het actieprogramma «Beschermd en Weerbaar» bevat acties die (ook) ten goede komen aan de hulp aan kwetsbare zwangere tieners en tienermoeders. Verder ontvangen 35 centrumgemeenten via de specifieke uitkering vrouwenopvang in totaal structureel € 0,65 miljoen voor gemeentelijke activiteiten voor deze groep. Daarnaast ontvangen Stichting Ambulante FIOM en VBOK subsidie voor specifieke activiteiten voor tienermoeders.

Grafiek: aantal geboorten onder meisjes van 15-19 jaar naar herkomst



Bron: CBS

• Slachtoffers van mensenhandel

Samen met de staatssecretaris van Justitie gaat VWS plekken beschikbaar stellen voor de categorale opvang van slachtoffers van mensenhandel. Daar zal hen de nodige rust, veiligheid en juridische ondersteuning worden geboden. Gedurende twee jaar wordt onderzocht hoe de opvang het beste structureel kan worden georganiseerd (€ 1,0 miljoen).

Beleidsartikelen/Artikel 44

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2010	2011	2012	2013	2014
Instellingsubsidies	891	891	891	891	891
Stichting Korrelatie	662	662	662	662	662
SOS telefonische Hulpdiensten	229	229	229	229	229
Projectsubsidies	11 992	12 675	12 879	13 014	13 014
<i>Waarvan onder andere:</i>					
Zwerfjongeren	500	500	500	500	500
Vrouwelijke Genitale Verminkingen	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200
Verbeterplan Vrouwen Opvang	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500
Projecten Wet Huisverbod	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
Meldcode	1 750				
Mensenhandel	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
Opdrachten	750	750	750	750	750
<i>Waarvan onder andere:</i>					
Longitudinaal onderzoek dak en thuislozen	300	300	300	300	300
Versterking kwaliteit MO/VO/Oggz	250	250	250	250	250
Specifieke Uitkeringen/betalingen via het Gemeentefonds	103 178	104 778	103 278	103 278	103 278
Specifieke uitkering VO	88 778	88 778	88 778	88 778	88 778
Uitbreiding capaciteit VO	2 400	5 000	7 500	7 500	7 500
Decentralisatieuitkering MO	7 000	7 000	7 000	7 000	7 000
Verdeelsleutel MO	5 000	4 000	0	0	0
Totaal	116 811	119 094	117 798	117 933	117 933

44.4 Overzicht onderzoek naar de doelmatigheid en doeltreffendheid van beleid

Overzicht beleidsonderzoeken			
	Onderzoek onderwerp	Nummer AD of OD	A Start B Afgerond
Beleidsdoorlichting	–		
Effectonderzoek ex post	Evaluatie Wmo	Alle doelstellingen	A 2007 B 2009
	Evaluatie Kennisbeleid	44.3.1	A 2007 B 2010
	Evaluatie Deskundigheidsbevordering vrijwilligers	44.3.2	A 2009 B 2010
	Evaluatie Beleidsbrief Voor Elkaar	44.3.2	A 2010 B 2011
	Interdepartementaal onderzoek naar de gelijke behandeling van mensen met een beperking (VWS is coördinerend departement).	44.3.3	–
Overig evaluatieonderzoek	Tijdsbestedingsonderzoek Monitor vrijwilligerswerk (SCP)	44.3.2	A 2010 B 2011
	Deelname aan vrijwilligersWerk, POLS (CBS)	44.3.2	A 2010 B 2011
	Longitudinaal onderzoek daklozen	44.3.4	A 2010 B 2014

Artikel 46 Sport

46.1 Algemene beleidsdoelstelling

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

Belangrijkste beleidsonderwerpen
2010

Belangrijkste beleidsonderwerpen 2010

Het kabinet ziet sport als een bindende factor in de samenleving, omdat het bijdraagt aan belangrijke doelen op het terrein van gezondheid, veiligheid, ontwikkeling van wederzijds respect, integratie, maatschappelijke binding en excelleren van talent. Het kabinet wil de grote maatschappelijke waarde van de sport nog beter benutten. Sport heeft bovenal een belangrijke intrinsieke waarde: het is leuk om te doen en om bij betrokken te zijn als vrijwilliger of supporter. Investeren in de sport vindt het kabinet daarom van essentieel belang.

Het kabinet heeft medio 2009 haar visie op het Olympisch Plan 2028 van NOC*NSF uiteen gezet in het kabinetsstandpunt «Uitblinken op alle niveau's» (kamerstuk 30 234, nr. 25). Het doel van het Olympisch Plan 2028 (bijlage bij kamerstuk 30 234, nr. 25) is heel Nederland naar Olympisch niveau te brengen: niet alleen in de sport, maar op velerlei gebied. Dit is vastgelegd in vijf ambities:

- Talentvol Nederland;
- Meedoen in Nederland;
- Vitaal Nederland;
- De kaart van Nederland;
- Nederland in beeld.

Het kabinet onderschrijft de Olympische ambities, maar realiseert zich wel dat voor het bereiken van de doelen de inzet van heel veel partijen noodzakelijk is. Belangrijk in de aanvangsfase van het Olympisch Plan is dan ook het versterken en verankeren van de samenwerking met alle betrokken partijen. Op veel terreinen zal de komende jaren hard gewerkt moeten worden om heel Nederland in 2016 op Olympisch niveau te krijgen. Of dit uiteindelijk kan en zal leiden tot een serieuze kandidaatstelling voor de organisatie van Olympische Spelen van 2028 moet daarna blijken. Om een dergelijke beslissing te zijner tijd gefundeerd te kunnen nemen, zal reeds in 2010 een onafhankelijke en deskundige Maatschappelijke Kosten-Baten Analyse (MKBA) worden afgerond.

Het sportbeleid past heel goed binnen de ambities van het Olympisch Plan 2028 en draagt daar al in sterke mate aan bij. De belangrijkste beleidsonderwerpen in 2010 zijn:

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

Ministeriële verantwoordelijkheid

Ministeriële verantwoordelijkheid

De bewindspersonen van VWS zijn ministerieel verantwoordelijk voor:

- Het bevorderen van een actieve en daarmee gezonde leefstijl van de burger door voorlichting te geven en kennis te verspreiden;
- Het aanzetten van partijen in verschillende sectoren van de maatschappij tot het ontwikkelen van activiteiten die ertoe leiden dat mensen (meer) gaan sporten en bewegen en dat minder mensen inactief zijn;
- Het ontwikkelen van programma's en het stimuleren van activiteiten die ertoe leiden dat mensen door middel van sport meedoen aan maatschappelijke activiteiten en zich daarbij sportief gedragen;
- Het scheppen van voorwaarden voor topsporters in Nederland waardoor zij op verantwoorde en professionele wijze aan topsport kunnen doen.

Externe factoren

Externe factoren

Voor een succesvolle uitvoering van het beleid is de inzet van veel verschillende partijen essentieel. Met deze partijen werkt het kabinet dan ook intensief samen op de verschillende beleidsdoelstellingen. De sportsector zelf bestaat uit een breed netwerk van zeer diverse organisaties, opgericht en in stand gehouden door burgers zelf. De sportbeoefening, zowel in de top als op recreatief niveau, wordt voor een belangrijk deel mogelijk gemaakt door deze private organisaties. Een belangrijke positie wordt ingenomen door de gemeenten. Zij zijn verantwoordelijk voor het lokale sportbeleid, waaronder het accommodatiebeleid. Een steeds belangrijker rol is weggelegd voor scholen en organisaties in de naschoolse opvang. Ook wordt gebruik gemaakt van kennisinstellingen en onderzoeksinstituten bij de uitvoering van het beleid. Vanzelfsprekend werkt VWS bij de uitvoering van het beleid eveneens samen met andere departementen.

Prestatie-indicator

Prestatie-indicator

De voortgang van het beleid gemeten met de volgende indicator:

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

Bron: het Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek, dat eens in de vier jaar door het Sociaal Cultureel Planbureau wordt uitgevoerd. Het eerstvolgende onderzoek vindt plaats in 2011.

Toelichting:

Deze indicator geeft aan hoe sportief de Nederlandse samenleving is.

46.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsbedragen (x € 1 000)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Verplichtingen	95 899	71 175	89 386	118 835	119 041	124 969	127 049
Uitgaven	104 550	116 730	144 186	136 950	126 791	126 956	127 049
Programma-uitgaven	102 116	114 323	141 890	134 876	124 872	125 037	125 130
1. Mensen sporten en bewegen meer voor hun gezondheid	12 899	17 370	27 894	30 651	25 151	25 317	25 410
2. Via de sport ontmoeten mensen elkaar, doen mensen mee aan maatschappelijke activiteiten en gaan mensen respectvol met elkaar om	62 817	61 938	81 682	71 663	70 140	70 140	70 140
3. De topsport in Nederland staat symbool voor ambitie, is een bron van ontspanning en draagt bij aan ons nationale imago in binnen-en buitenland	26 400	35 015	32 314	32 562	29 581	29 580	29 580
Apparaatsuitgaven	2 434	2 407	2 296	2 074	1 919	1 919	1 919
Ontvangsten	1 479	870	870	870	870	870	870

Budgetflexibiliteit begrotingsuitgaven:

Begrotingsbedragen (x € 1 000)

	2010	2011	2012	2013	2014
1. Mensen sporten en bewegen meer voor hun gezondheid	27 894	30 651	25 151	25 317	25 410
– Juridisch verplicht	20 852	14 431	4 022	1 902	1 502
– Bestuurlijk gebonden	5 000	10 000	5 000	0	0
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	2 042	6 220	16 129	23 415	23 908
2. Via de sport ontmoeten mensen elkaar, doen mensen mee aan maatschappelijke activiteiten en gaan mensen respectvol met elkaar om	81 682	71 663	70 140	70 140	70 140
– Juridisch verplicht	42 643	16 971	9 925	5 241	4 641
– Bestuurlijk gebonden	35 691	35 691	37 691	37 691	37 691
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	3 348	19 001	22 524	27 208	27 808
3. De topsport in Nederland staat symbool voor ambitie, is een bron van ontspanning en draagt bij aan ons nationale imago in binnen-en buitenland	32 314	32 562	29 581	29 580	29 580
– Juridisch verplicht	24 026	17 226	6 576	2 426	1 316
– Bestuurlijk gebonden	5 631	5 631	5 631	5 631	5 631
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	2 657	9 705	17 374	21 523	22 623

Toelichting:

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

Operationele doelstelling 1:

- Betreft voor een belangrijk deel de reserveringen voor de implementatie van de Beweegkuur en voor vervolgbelied op de lopende impuls «Nationaal Actieplan Sport en Bewegen», een en ander in het kader van de ambitie «Vitaal Nederland» binnen het Olympisch Plan 2028.

Operationele doelstelling 2:

- Betreft reserveringen voor vervolgbelied in het kader van de ambitie «Meedoen in Nederland» binnen het Olympisch Plan 2028 na afloop van het lopende programma «Meedoen Alle Jeugd en Sport».

Operationele doelstelling 3:

- Betreft reserveringen voor het vervolgbelied in het kader van de ambities «Talentvol Nederland» en «Nederland in Beeld» binnen het Olympisch Plan 2028.

46.3 Operationele doelstellingen

Er zijn drie operationele doelstellingen voor sport:

1. Mensen sporten en bewegen meer voor hun gezondheid.
2. Via de sport ontmoeten mensen elkaar, doen mensen mee aan maatschappelijke activiteiten en gaan mensen respectvol met elkaar om.
3. De topsport in Nederland staat symbool voor ambitie, is een bron van ontspanning en draagt bij aan ons nationale imago in binnen- en buitenland.

46.3.1 Mensen sporten en bewegen meer voor hun gezondheid

Motivering

Motivering

In het gewone dagelijkse leven zijn flinke lichamelijke inspanningen vrijwel verdwenen. Bewegingsarmoede en verkeerde voedingspatronen leiden tot gezondheidsproblemen. Sport en beweging dragen bij aan een actieve en gezonde leefstijl van het individu en zijn daardoor in het belang van een gezonde samenleving waaraan mensen zo lang mogelijk actief blijven meedoen.

Om burgers op grote schaal tot een actieve leefstijl te verleiden, is een omslag nodig: dagelijks bewegen wordt de norm. Het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (NASB) (<http://www.nasb.nl>) geeft daaraan een grote impuls. Partijen in verschillende sectoren van de maatschappij worden ertoe aangezet activiteiten te ontwikkelen waardoor mensen meer gaan sporten en bewegen en minder mensen inactief zijn.

Het kabinet wil bereiken dat:

- Mensen meer sporten en bewegen en minder mensen inactief zijn; en
- Mensen op een gezonde en verantwoorde manier aan sport doen.

In het Olympisch Plan 2028 is de ambitie «Vitaal Nederland» gericht op een actieve en gezonde leefstijl onder alle lagen van de bevolking. Met het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen worden belangrijke stappen gezet op weg naar het realiseren van deze ambitie.

De voortgang van het beleid wordt gemeten met de volgende indicatoren:

Prestatie-indicatoren	Trendgegevens					Streefwaarde
	2004	2005	2006	2007	2008	
Percentage van de Nederlandse bevolking (vanaf 18 jaar) dat voldoet aan de beweegnorm	60%	63%	68%	64%	68%	70%
Percentage jeugdigen (4–17 jaar) dat voldoet aan de beweegnorm	–	–	–	45%	47%	50%
Percentage van de Nederlandse bevolking (vanaf 18 jaar) dat inactief is	8,2%	5,8%	5,3%	5,2%	6,1%	5,0%

Bron: De gegevens maken onderdeel uit van het standaardonderzoek Ongevallen en Bewegen in Nederland (OBiN), uitgevoerd door onder meer TNO.

Toelichting:

Deze indicatoren geven aan hoeveel Nederlanders voldoende bewegen voor hun gezondheid. Dit geeft een indicatie van de behaalde gezondheidswinst door sport.

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

De realisatie van deze indicatoren wordt jaarlijks gemeten.

Instrumenten ten behoeve van het stimuleren van lichaamsbeweging en het tegen gaan van inactiviteit

- **Nationaal Actieplan Sport en Bewegen**

Doel is om gezonde lichaamsbeweging te stimuleren en inactiviteit tegen te gaan bij verschillende specifieke doelgroepen, waarbij bijzondere aandacht wordt geschonken aan de jeugd. Hiervoor zijn subsidies en uitkeringen beschikbaar (€ 12,2 miljoen) op alle relevante aandachtsgebieden van het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen: wijk, school, werk, zorg en sport. Waarbij tevens wordt aangesloten op de afspraken met de minister van WWI en de G4 over de Gezonde Wijken.

Via de Impuls NASB worden in ruim 100 gemeenten burgers die te weinig actief zijn gestimuleerd meer te gaan bewegen, via succesvol gebleken sport- en beweegaanbod in de eigen woonomgeving. Van 2008 tot en met 2014 investeren het kabinet en de deelnemende gemeenten hierin gezamenlijk € 76 miljoen. De 1e tranche is in 2008 van start gegaan. Voor 2010 is daarvoor € 3,9 miljoen overgeboekt naar de begroting van het Gemeentefonds. De 2e tranche gaat medio 2010 van start. Daarvoor is in 2010 een bedrag van € 5 miljoen beschikbaar op de VWS-begroting.

Daarnaast wordt fors ingezet op het terugdringen van de bewegingsarmoede bij jeugdigen. Onder meer door middel van een bijdrage aan het Beleidskader Sport, Bewegen en Onderwijs, waarmee sport en bewegen in het MBO wordt gestimuleerd. Deze bijdrage, van € 1,5 miljoen in 2010, is opgenomen onder operationele doelstelling 46.3.2.

Het beleid wordt ondersteund door de Leefstijlcampagne Bewegen, die is opgenomen in het Programma Landelijke Leefstijlcampagnes binnen operationele doelstelling 41.3.1 Daartoe is voor 2010 € 1,7 miljoen overgeheveld naar artikel 41.

- **Beweegkuur**

Verdere ervaring wordt opgedaan met het door de huisarts doorverwijzen van patiënten met Diabetes type II (of een verhoogd risico op het krijgen daarvan) naar een leefstijladviseur. De leefstijladviseur selecteert voor de patiënt een passend beweegprogramma, waarbij de patiënt maximaal één jaar wordt begeleid. Daarnaast worden voorbereidingen getroffen voor een mogelijke opname van de Beweegkuur in het verzekerde pakket. Voor deze activiteiten is in 2010 € 10,4 miljoen beschikbaar.

- **Gezonde sportbeoefening**

Voor dit doel worden activiteiten ondersteund op het gebied van de sportmedische begeleiding van topsporters, de opleiding van sportartsen, het verbeteren van de kwaliteit van de sportgeneeskunde, blessurepreventie en het verzamelen en verspreiden van kennis en informatie. Hiertoe worden subsidies en opdrachten verstrekt aan diverse instellingen (€ 5,3 miljoen).

De activiteiten voor blessurepreventie zijn ondergebracht op operationele doelstelling 41.3.3 Het voorkomen van gezondheidsschade door ongevallen. Daartoe is voor 2010 een bedrag van € 0,9 miljoen overgeheveld naar artikel 41.

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2010	2011	2012	2013	2014
Instellingssubsidies/Structurele subsidies	202	202	202	202	202
Gezonde sportbeoefening	202	202	202	202	202
Decentralisatie-uitkering	5 000	10 000	5 000	0	0
Nationaal Actieplan Sport en Bewegen	5 000	10 000	5 000	0	0
Projectsubsidies/Opdrachten	22 692	20 449	19 949	25 115	25 208
Nationaal Actieplan Sport en Bewegen	7 181	7 035	13 632	18 798	18 891
Beweegkuur	10 400	7 900	0	0	0
Gezonde sportbeoefening	5 111	5 514	6 317	6 317	6 317
Totaal	27 894	30 651	25 151	25 317	25 410

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

46.3.2 Via de sport ontmoeten mensen elkaar, doen mensen mee aan maatschappelijke activiteiten en gaan mensen respectvol met elkaar om

Motivering

Motivering

Sport is van grote maatschappelijke betekenis. Sport is een bindende factor in de samenleving. In (breedte)sport komen aspecten als gezondheid, veiligheid, ontwikkelen van wederzijds respect, integratie en maatschappelijke binding bijeen. De sport levert dan ook een belangrijke bijdrage aan de doelstellingen en pijlers van het kabinetsbeleid, waaronder:

- Onderwijs/jeugd: betere schoolprestaties, minder schooluitval, beter school- en leerklimaat, ontwikkeling van wederzijds respect;
- Wijkaanpak: positieve bijdrage aan integratie, leefbaarheid, sociale samenhang, waarden en normen.

Om dit te kunnen blijven realiseren dient de sport wel in voldoende mate te zijn toegerust om die maatschappelijke taken goed te kunnen vervullen. Investeren in de sport(vereniging) is daartoe van essentieel belang. In het kader van de Impuls Brede Scholen, Sport en Cultuur wordt daarom geïnvesteerd in combinatiefuncties. Daardoor worden ook sportverenigingen versterkt.

Het kabinet wil bereiken dat:

- Mensen meedoen aan sportactiviteiten op lokaal niveau;
- Verenigingen aantrekkelijk zijn voor grote groepen sporters en vrijwilligers en hun maatschappelijke taken kunnen uitvoeren;
- Jongeren meedoen in de samenleving door middel van sport;
- Mensen zich sportief gedragen en (spel)regels respecteren;
- Sport benut wordt om bij te dragen aan armoedebestrijding, welzijn en vredesopbouw in ontwikkelingslanden.

De activiteiten in het kader van deze doelstelling dragen bij aan het realiseren van de ambitie «Meedoen in Nederland» van het Olympisch Plan 2028. Die ambitie beoogt dat sport voor iedereen in Nederland toegankelijk is en dat steeds meer mensen door sport meedoen aan de samenleving.

De activiteiten gericht op sport en onderwijs dragen bij aan de ambitie «Talentvol Nederland» en onze inspanningen op het gebied van Ontwikkelingssamenwerking en van Internationale samenwerking zorgen er mede voor dat «Nederland in beeld» komt.

Prestatie-indicatoren

Prestatie-indicatoren

De voortgang van het beleid wordt gemeten met de volgende indicatoren:

Prestatie-indicatoren					
	Trendgegevens				Streefwaarde lange termijn
	1995	1999	2003	2007	2011
1. Percentage van de Nederlandse bevolking dat lid is van een sportvereniging	36%	35%	35%	34%	38%
2. Percentage van de Nederlandse bevolking dat als vrijwilliger in de sport actief is	13%	8% (2000)	11%	10%	13%

Bron: Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek, dat eens in de vier jaar door het Sociaal Cultureel Planbureau wordt uitgevoerd. Het eerstvolgende onderzoek vindt plaats in 2011.

Toelichting:

- Deze indicator geeft aan hoeveel Nederlanders lid zijn van een sportvereniging. Dat is een indicatie van «meedoen in de maatschappij». Deze cijferreeks wijkt (voor de jaren 1999 en 2003) enigszins af van die in de vorige begroting, omdat de cijfers op een andere vraag uit het AVO zijn gebaseerd. Voor de trend heeft deze verandering geen gevolgen.
- Deze indicator geeft aan hoeveel Nederlanders als vrijwilliger actief zijn binnen de sport. Dat is een indicatie van «meedoen in de maatschappij».

Instrumenten ter bevordering van deelname aan sportactiviteiten op lokaal niveau

● Sport en onderwijs

Samen met de partners uit de onderwijs- en sportsector, de naschoolse opvang en de gemeenten wil het kabinet de komende jaren een grote stap voorwaarts maken in de structurele samenwerking tussen sport en onderwijs, het creëren van een doorlopend sport- en beweegaanbod en uiteindelijk de toename in sport en beweging door de jeugd (€ 5,2 miljoen).

Onder meer met het beleidskader Sport, Bewegen en Onderwijs streeft het kabinet we naar meer sportdeelname en beweging door de schoolgaande jeugd. In het beleidskader is prioriteit gegeven aan het middelbaar beroepsonderwijs en aan het verminderen van schooluitval door sport. Daarnaast wordt geïnvesteerd in de ondersteuning van sportverenigingen en gemeenten bij de uitvoering van de Impuls Brede Scholen, Sport en Cultuur.

● Impuls Brede Scholen, Sport en Cultuur

Via deze impuls, die VWS in samenwerking met het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) uitvoert, worden binnen gemeenten professionals aangesteld in combinatiefuncties. Daarmee zijn

deze professionals werkzaam op meerdere terreinen. Hierdoor worden sportverenigingen versterkt met het oog op hun maatschappelijke functie. In 2010 gaat de 3e tranche van start met circa 165 gemeenten. Zij moeten een kleine 400 fte aan combinatiefuncties realiseren. Binnen de gemeenten uit de 1e en 2e tranche moeten in 2010 ruim 900 fte combinatiefuncties gerealiseerd worden.

De middelen worden via het Gemeentefonds in de vorm van decentralisatie-uitkeringen aan de gemeenten beschikbaar gesteld (€ 23,3 miljoen). Vanaf het tweede jaar van deelname nemen de gemeenten 60% van de financiering voor hun rekening.

- Buurt, Onderwijs en Sport (BOS)

Het kabinet stimuleert samenwerking op lokaal niveau tussen buurt, onderwijs en sport (BOS) om door middel van sport achterstanden van jeugdigen op het gebied van gezondheid, sport en participatie tegen te gaan (€ 12,5 miljoen). Deze specifieke uitkering voor wijkgerichte projecten loopt de komende jaren af.

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

- Vernieuwing lokaal sportaanbod

In 15 Proeftuinen Nieuwe Sportmogelijkheden wordt ervaring opgedaan met vernieuwende vormen van sportaanbod. Bij dit programma, dat uitgevoerd wordt onder leiding van NOC*NSF en loopt tot medio 2011, zijn ruim 100 sportverenigingen, 17 sportbonden, 12 provinciale sportraden en vele andere partijen betrokken (€ 3,9 miljoen).

- Sportdeelname Gehandicapten

Doel is om de sportparticipatie van gehandicapten te bevorderen (€ 2,5 miljoen).

Gehandicaptensport Nederland richt zich op het creëren van structureel sportaanbod in 25 á 30 woonvoorzieningen voor mensen met een verstandelijke handicap en op het stimuleren van een actief beweegbeleid in alle woonvoorzieningen.

Gezamenlijk richten Gehandicaptensport Nederland en NOC*NSF zich op het stimuleren van sport in het speciaal onderwijs. Gehandicaptensport Nederland biedt via 24 Regionale Expertise Centra de beweeginterventies Special Heroes, SportMix en ClubExtra aan bij de aangesloten scholen. NOC*NSF biedt, in samenwerking met sportbonden en 400 sportverenigingen, een aangepast sportaanbod voor leerlingen uit het speciaal onderwijs binnen de reguliere sport.

- Kennis en informatie

Doel is om de kennis van en de informatie over de sport te vergroten en te verspreiden. Daartoe worden subsidies verstrekt aan twee kennisinstituten (€ 4,7 miljoen).

- Compensatie ecotax

Bijdragen verstrekken aan sportorganisaties om de kosten van sportverenigingen als gevolg van de regulerende energiebelasting, de ecotax, gedeeltelijk te compenseren (€ 9,4 miljoen).

Instrument ter bevordering van deelname van jongeren in de samenleving door middel van sport

- Meedoen jongeren door sport

Dit programma heeft als doel om enerzijds de sportdeelname van jongeren te bevorderen en anderzijds met sport extra begeleiding en zorgtrajecten voor jongeren in de jeugdzorg uit te voeren (€ 12,2 miljoen). Dit programma wordt uitgevoerd door 9 sportbonden en 11 grote gemeenten. Gezamenlijk begeleiden zij 500 sportverenigingen bij het uitvoeren van projecten voor sportparticipatie. Van deze sportverenigingen zijn er 50 tevens actief bij het uitvoeren van extra begeleiding en zorgtrajecten.

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

- Sportkader

De aanwezigheid van voldoende gekwalificeerd kader binnen de sport is primair de verantwoordelijkheid van de sport zelf. Daarover is overeenstemming bereikt met NOC*NSF en de sportbonden. Daarmee komt een einde aan de subsidieverlening vanuit VWS aan de sportbonden. Voor de periode 2010 tot en met 2012 worden de vrijvallende middelen beschikbaar gesteld aan de georganiseerde sport voor de versterking van sportverenigingen (€ 2,6 miljoen).

- Sportiviteit en respect

De sport hoort een sportieve en (sociaal) veilige omgeving te bieden, waar mensen elkaar met respect behandelen. Dit wordt onder meer nagestreefd door de uitvoering van het «Masterplan Arbitrage» door NOC*NSF en 15 sportbonden (€ 2,9 miljoen).

- Koninkrijksband en internationale samenwerking

Ter versterking van de Koninkrijksband vinden elke twee jaar, in de oneven jaren, de Koninkrijksspelen voor de jeugd plaats. In het kader van Internationale samenwerking worden uitwisselingsprojecten gefinancierd die passen binnen MoU's (€ 0,8 miljoen).

In Europees verband blijft de behoefte aan meer rechtszekerheid voor de sport aanwezig. In nauwe samenwerking met enkele andere lidstaten wordt dit onderwerp hoog op de politieke agenda gehouden.

Instrument ten behoeve van het benutten van sport voor ontwikkelingssamenwerking

- Sport en ontwikkelingssamenwerking

Ook voor mensen in ontwikkelingslanden is een sport een belangrijk middel bij het vergroten van sociale samenhang, leefbaarheid, wederzijds respect, een gezonde leefstijl en het zelfvertrouwen. Vanaf 2009 wordt geïnvesteerd in sportprojecten in een tiental landen: Burkina Faso, Bhutan, Mozambique, Guatemala, Zambia, Suriname, Zuid-Afrika, Kenia, Senegal, Indonesië. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de kennis en ervaring ter plaatste van diverse Nederlandse instellingen op het terrein van ontwikkelingssamenwerking (€ 1,5 miljoen).

Geraamde begrotingsuitgaven:

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2010	2011	2012	2013	2014
Instellingsubsidies/Structurele subsidies	4 635	4 635	4 635	4 635	4 635
Sportdeelname gehandicapten	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
Kennis en informatie	3 635	3 635	3 635	3 635	3 635
Specifieke uitkeringen	12 516	2 029	6	6	6
BOS-regeling	12 516	2 029	6	6	6
Decentralisatie-uitkering	23 334	23 334	28 334	28 334	28 334
Impuls Brede Scholen, Sport en Cultuur	23 334	23 334	28 334	28 334	28 334
Projectsubsidies/Opdrachten	41 197	41 665	37 165	37 165	37 165
Sport en onderwijs	5 232	5 357	4 156	4 156	4 156
Sportdeelname gehandicapten	1 498	1 598	1 598	1 598	1 598
Vernieuwen lokaal sportaanbod	3 953	2 297	148	148	148
Compensatie Ecotax	9 357	9 357	9 357	9 357	9 357
Meedoen jongeren door sport	12 228	13 861	13 811	13 811	13 811
Sportkader	2 587	2 687	2 687	2 687	2 687
Sportiviteit en respect	2 944	2 944	2 844	2 844	2 844
Koninkrijksband en Internationale Samenwerking	850	850	1 350	1 350	1 350
Sport en ontwikkelingssamenwerking	1 500	1 500	0	0	0
Kennis en informatie	1 048	1 214	1 214	1 214	1 214
Totaal	81 682	71 663	70 140	70 140	70 140

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

46.3.3 De topsport in Nederland staat symbool voor ambitie, is een bron van ontspanning en draagt bij aan ons nationale imago in binnen- en buitenland

Motivering

Motivering

Het kabinet ondersteunt de top 10 ambitie van de sport om Nederland een plaats te laten behouden in de internationale top tien landenklassering. Daarvoor moeten Nederlandse sporters goed presteren op Wereldkampioenschappen en op de Olympische Spelen. Om in de top tien te blijven, maakt de overheid duidelijke keuzes. De rijksoverheid investeert niet langer in alle topsportprogramma's, maar concentreert de beschikbare middelen op die topsportonderdelen waarbij Nederlandse sporters nu of in de (nabije) toekomst goed presteren.

Om te kunnen concurreren met en te presteren binnen de internationale top zijn internationaal kwalitatief hoogwaardige sporttechnische programma's essentieel voor het succes van onze sporters. Sporters moeten in staat gesteld worden om voltijds met hun sport bezig te zijn en moeten hierin goed begeleid worden. De rijksoverheid verliest hierbij het belang van de maatschappelijke carrière van de sporter niet uit het oog, onder meer door aandacht te schenken aan de combinatie topsport en onderwijs.

Het topsportbeleid is «inclusief beleid», dat wil zeggen dat alle topsportprogramma's beschikbaar zijn voor sporters met en zonder handicap. De prestaties van de Nederlandse gehandicapten sport blijven achter op die van de valide topsporters. Daarom is een top 10 ambitie voor de Paralympische Spelen nu nog niet aan de orde.

De in het Olympisch Plan 2028 opgenomen ambities «Talentvol Nederland» en «Nederland in beeld» krijgen binnen deze operationele doelstelling al een stevige impuls. Talentvolle sporters krijgen steeds meer mogelijkheden om te excelleren en door de organisatie van grote topsportevenementen laat Nederland aan de internationale (sport)wereld zien waar het toe in staat is.

De voortgang van het beleid wordt gemeten met de volgende indicator:

Prestatie-indicatoren			
	Waarde	Peildatum	Streefwaarde lange termijn
Positie van Nederland in de topsport landenklassering	9e plaats	Juli 2008	Positie bij de eerste tien (2010)
Positie van Nederland in de medaillespiegel van de Olympische Zomerspelen	12e plaats	Aug. 2008	Positie bij de eerste tien (2012)
Positie van Nederland in de medaillespiegel van de Olympische Winterspelen	10e Plaats	Feb. 2006	Positie bij de eerste tien (2010)

Bronnen: De bronnen zijn de World Sports Nations Index van NOC*NSF en de Medaillespiegels van de meest recente Olympische Spelen. In de World Sports Nations Index zijn de uitslagen verwerkt van alle medaille-evenementen van de laatst gehouden Wereld Kampioenschappen.

Toelichting:

Deze prestatie-indicatoren geven aan in hoeverre Nederland erin slaagt om zich te scharen bij de top tien van topsportlanden.

Instrumenten ter bevordering van de topsport

- Talentontwikkeling

Het doel is om het ontwikkelen van talenten te verbeteren en om talenten ook de laatste stap te laten zetten: het excelleren in internationale wedstrijden en competities. Dat gebeurt door projectplannen door de sportbonden uit te laten voeren, door meer specifieke talentcoaches in te zetten, door facilitaire ondersteuning door Olympische netwerken, door de combinatie van toptraining, onderwijs en wonen te verbeteren door Centra voor Topsport en Onderwijs (CTO's) en door een bijdrage te leveren aan hoogwaardige internationale trainings- en wedstrijdprogramma's in voorbereiding op de Olympische Spelen (€ 9,1 miljoen).

Daarmee wordt ook in 2010 invulling gegeven aan de beleidsmaatregelen uit de Beleidsbrief «De kracht van sport» (kamerstuk 30 234, nr. 13). Daarnaast worden de investeringen in, evenredig over het land verspreide, Centra voor Topsport en Onderwijs verhoogd naar het structurele niveau van € 2,1 miljoen per jaar.

- Topsportevenementen

Doel is om aansprekende topsportevenementen in Nederland te organiseren. Daarom zijn subsidies beschikbaar voor (sport)organisaties voor het verkrijgen en de organisatie van topsportevenementen in Nederland (€ 4,8 miljoen).

Het naar Nederland halen en in Nederland organiseren van grote topsportevenementen is een belangrijke pijler van het Olympisch Plan 2028. In 2010 wordt € 1 miljoen geïnvesteerd in pilots rondom grootschalige topsportevenementen, waarbij bovendien aandacht is voor de relatie tussen topsportevenementen en media. In aanvulling hierop zal het

ministerie van Economische Zaken in 2010 € 1 miljoen extra investeren op het gebied van Holland branding, toerisme, evenementen en innovatie.

- Coaches aan de top

Het doel is topcoaches vrij te maken voor hun trainerscarrière en te kunnen behouden voor de Nederlandse topsport. Daartoe wordt een bijdrage verstrekt aan het programma Coaches aan de top van de sportsector voor de aanstelling van 75 topcoaches (€ 4,5 miljoen).

- Stipendiumregeling

Deze regeling is bedoeld voor het uitkeren van een stipendium aan A-topsporters en nationale toptalenten met een inkomen dat lager is dan het minimumloon, zodat zij zich vrij kunnen maken voor hun sportcarrière (€ 5,6 miljoen). De bijdrage wordt verstrekt aan het Fonds voor de Topsporter.

- Tegengaan van dopinggebruik

Dopinggebruik is een grote bedreiging voor de sport. Het tast het groundbeginsel van fair play aan en leidt bovendien tot gezondheidsrisico's voor de sporters. Het tegengaan van dopinggebruik wordt daarom onverminderd voortgezet. Daartoe worden subsidies verleend aan (inter)nationale antidopingorganisaties (€ 1,6 miljoen).

- Kennis en innovatie topsport

Het doel is om grensverleggende innovatieve toepassingen voor de sport te ontwikkelen. Daartoe worden subsidies verstrekt aan InnoSportNL en NOC*NSF (€ 2,5 miljoen).

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2010	2011	2012	2013	2014
Instellingssubsidies/Structurele subsidies	6 957	6 957	6 957	6 957	6 957
Stipendiumregeling	5 631	5 631	5 631	5 631	5 631
Dopingbestrijding	1 326	1 326	1 326	1 326	1 326
Projectsubsidies/Opdrachten	25 357	25 605	22 624	22 623	22 623
Talentontwikkeling	11 202	11 221	11 163	11 163	11 163
Coaches aan de top	4 500	4 500	4 500	4 500	4 500
Topsportevenementen	6 807	6 756	5 433	5 432	5 432
Dopingbestrijding	344	294	294	294	294
Kennis en Innovatie	2 504	2 834	1 234	1 234	1 234
Totaal	32 314	32 562	29 581	29 580	29 580

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

46.4 Overzicht beleidsonderzoeken

Overzicht beleidsonderzoeken			
	Onderzoek onderwerp	Nummer AD of OD	A Start B Afgerond
Beleidsdoorlichting	Uitvoering Sportbeleid	46.1	A 2010 B 2011
Effectonderzoek ex post	Eindevaluatie uitvoering sportprogramma	46.1	A 2010 B 2011
	Tussenevaluatie (kosten)effectiviteit Beweegkuur	46.3.1	A 2010 B 2010
	Outputmonitoring Impuls Brede Scholen, Sport en cultuur	46.3.2	A 2009 B 2010
	Outcomemonitoring Impuls Brede Scholen, Sport en cultuur	46.3.2	A 2010 B 2010
	Brede Analyse School en sport	46.3.2	A 2010 B 2010
	Maatschappelijke Kosten-Baten analyse evenementen & Olympische Spelen	46.3.3	A 2010 B 2010
Overig evaluatieonderzoek	Rapportage Sport 2010	46.1	A 2009 B 2010
	Onderzoek Ongevallen en Bewegen in Nederland (OBiN)	46.3.1	Doorlopend
	Tendrapportage Bewegen & Gezondheid 2008/2009	46.3.1	A 2008 B 2010
	Topsportklimaat onderzoek	46.3.3	Doorlopend

Artikel 47 Oorlogsgetroffenen en Herinnering Wereldoorlog II

47.1 Algemene beleidsdoelstelling

De erfenis van WO II is afgewikkeld en mensen beseffen, mede op basis van de gebeurtenissen uit WO II, wat het betekent om in vrijheid te kunnen leven.

Belangrijkste beleidsonderwerpen
2010

Belangrijkste beleidsonderwerpen 2010

Op het terrein van de Tweede Wereldoorlog is continuïteit en toekomstbestendigheid belangrijk. Het mogelijk maken dat er blijvend betekenis wordt gegeven aan de herinnering aan de gebeurtenissen uit de periode van de Tweede Wereldoorlog is essentieel. 2010 is een heel speciaal jaar: 65 jaar herdenking. Dit zal leiden tot veel extra aandacht. Naar verwachting zullen de activiteiten in het najaar van 2009 een aanvang nemen.

Voor 2010 ligt de nadruk op de volgende beleidsimpulsen:

- Afronding van het programma Erfgoed van de oorlog (operationele doelstelling 47.3.2)

Dit programma, dat loopt van 2007 t/m 2009, is gericht op het behoud, de toegankelijkheid en de publieksgerichte toepassing van bijzonder of kwetsbaar erfgoedmateriaal dat betrekking heeft op de Tweede Wereldoorlog. In 2010 ligt het accent van de werkzaamheden voor het programma op de inhoudelijke en financiële eindverantwoording van de projecten en op het presenteren van de resultaten. Tevens zal gekeken worden op welke wijze de eenmalige investering duurzaam kan worden geborgd.

- Voorbereiding overheveling naar het Nationaal Comité 4 en 5 mei per 2011 van een aantal departementale taken gericht op het mogelijk maken dat er blijvend betekenis wordt gegeven aan de herinnering aan de gebeurtenissen uit de periode van de Tweede Wereldoorlog (operationele doelstelling 47.3.2).

In de brief van 22 oktober 2008 (kamerstuk 20 454, nr. 93) is de Tweede Kamer geïnformeerd over dit voornemen en op hoofdlijnen geschetst wat het kabinet daarbij voor ogen staat. Door het herinneringsterrein dichter te koppelen aan de nationale herdenking zullen beide terreinen elkaar versterken.

- Voorbereiding overheveling per 2011 van het cliëntbeheer van de Pensioen- en uitkeringsraad (PUR) naar de Sociale Verzekeringsbank (SVB) (operationele doelstelling 47.3.1)

Bij brief van 17 juni 2008 (kamerstuk 20 454, nr. 90) hebben we de Tweede Kamer geïnformeerd over de wijzigingen in het uitvoeringsbestel met ingang van 2011.

Ministeriële verantwoordelijkheid

Ministeriële verantwoordelijkheid

De bewindspersonen van VWS zijn ministerieel verantwoordelijk voor:

- Het actueel houden van de wet- en regelgeving voor oorlogsgetroffenen. Wijzigingen zijn nodig in verband met de vereenvoudiging van de uitvoering van de wetten en in verband met wijziging van wetgeving op andere terreinen;
- Het toezicht op drie zelfstandige bestuursorganen (ZBO's): de PUR, de Commissie Algemene Oorlogsongevallenregeling Indonesië (CAOR) en Stichting Rechtsherstel Sinti en Roma (SRSR);

- De (financiering van de) infrastructuur die het mogelijk maakt de herinnering van WO II in stand te houden.

Externe factoren

Externe factoren

Om de erfenis van WO II af te wikkelen, dat wil zeggen, de materiële en immateriële hulpverlening bij een dalend aantal oorlogsgetroffenen goed te laten verlopen, is het nodig dat uitvoeringsorganen in de laatste fase doelmatig en effectief blijven functioneren. Voor de PUR is dit geborgd door overheveling van het cliëntbeheer naar de SVB in 2011.

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

- Instandhouden van herinneringscentra;
- Conserveren, het ontsluiten en het stimuleren van gebruik van waardevol erfgoedmateriaal;
- Vertalen van gebeurtenissen tijdens WO II naar deze tijd (voorlichting) en het borgen van de toekomstbestendigheid hiervan met daarbij bijzondere aandacht voor specifieke subgroepen zoals bijvoorbeeld de jeugd.

Werken aan bewustwording van (met name) de jeugd over de betekenis van vrijheid in relatie tot WO II is een complexe aangelegenheid. Het resultaat is onder meer afhankelijk van actuele maatschappelijke ontwikkelingen en kan niet direct door ons beïnvloed worden.

Prestatie-indicatoren

Prestatie-indicatoren

Bij de algemene doelstelling is geen prestatie-indicator opgenomen, omdat de doelstelling meerdere, uiteenlopende elementen bevat die zich moeilijk in één of enkele indicatoren laten weergeven.

47.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven:

Geraamde begrotingsbedragen (x € 1 000)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Verplichtingen	402 843	404 919	368 480	348 933	332 671	316 941	301 451
Uitgaven	399 789	397 799	369 245	349 362	333 050	316 941	301 451
Programma-uitgaven	398 475	396 418	368 336	348 615	332 303	316 194	300 704
1. Een kwalitatief goed en doelmatig stelsel van materiële en immateriële hulpverlening aan oorlogsgetroffenen WO II in een situatie van afbouw	383 420	379 324	359 001	339 786	323 474	307 365	291 875
2. De herinnering aan WO II blijft levend en veel mensen – vooral jeugdigen – zijn zich van bewust van de betekenis van WO II	15 055	17 094	9 335	8 829	8 829	8 829	8 829
Apparaatsuitgaven	1 314	1 381	909	747	747	747	747
Ontvangsten	785	0	0	0	0	0	0

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

Budgetflexibiliteit begrotingsuitgaven:

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2010	2011	2012	2013	2014
1. <i>Wetten, regelingen en rechtsherstel WO II</i>	359 001	339 786	323 474	307 365	291 875
– Juridisch verplicht	357 516	329 919	311 598	295 489	279 999
– Bestuurlijk gebonden	937	9 319	11 105	11 105	11 105
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	548	548	771	771	771
2. <i>Herinnering en bewustzijn WO II</i>	9 335	8 829	8 829	8 829	8 829
– Juridisch verplicht	8 329	0	0	0	0
– Bestuurlijk gebonden	1 006	8 829	8 829	8 829	8 829
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	0	0	0	0	0

47.3 Operationele doelstellingen

Er zijn twee operationele doelstellingen voor dit beleidsterrein:

1. Een kwalitatief goed en doelmatig stelsel van materiële en immateriële hulpverlening aan oorlogsgetroffenen WO II in een situatie van afbouw;
2. De herinnering aan WO II blijft levend en veel mensen – waaronder specifieke subgroepen zoals bijvoorbeeld jeugdigen – zijn zich bewust van de betekenis van WO II.

47.3.1 Een kwalitatief goed en doelmatig stelsel van materiële en immateriële hulpverlening aan oorlogsgetroffenen WO II in een situatie van afbouw

Motivering

Motivering

Het aantal oorlogsgetroffenen neemt om demografische redenen geleidelijk af. De kerncijfers van de Pensioen- en Uitkeringsraad (<http://www.pur.nl>) laten zien dat het aantal uitkeringen ingevolge de oorlogswetten daalt van 34 006 in 2008 naar 27 127 in 2013. Gezien deze ontwikkeling zullen ook de organisaties die de materiële en immateriële hulpverlening verzorgen, geleidelijk moeten afbouwen. Het is belangrijk dat dit op een verantwoorde manier gebeurt, zodat de ondersteuning kwantitatief en kwalitatief op peil blijft. Het kabinet begeleidt en faciliteert deze afbouw. Dat gebeurt bijvoorbeeld door samenwerking te stimuleren tussen de instellingen waar het draagvlak van de afzonderlijke instellingen te smal dreigt te worden. In dit kader zal het cliëntbeheer van de PUR (het berekenen en betalen van de pensioenen en uitkeringen en de verstrekking van bijzondere voorzieningen aan *bestaande* cliënten) per 1 januari 2011 worden overgedragen aan de Sociale Verzekeringsbank (SVB). In het algemeen overleg met de Tweede Kamer op 12 november 2008 is uitvoerig gesproken over dit voornemen. Na dit debat is eind november 2008 een projectorganisatie gestart met deelname van het ministerie van VWS, het ministerie van Sociale Zaken & Werkgelegenheid (SZW), PUR en SVB, die in enkele maanden een gemeenschappelijk plan van aanpak heeft ontwikkeld. Inmiddels is de uitvoering van het plan van aanpak voortvarend ter hand genomen en zijn in hoofdlijnen de volgende punten als stand van zaken te noemen:

- Het wetsontwerp voor de wijziging van het uitvoeringsbestel van de wetten voor oorlogsgetroffenen is – na nauwe samenwerking met SZW – dezer dagen voor advies aangeboden aan de Raad van State.

Het wetgevingstraject zal inclusief de parlementaire behandeling naar verwachting medio 2010 kunnen worden afgerond;

- De SVB heeft voorstellen voor de inrichting van de SVB-afdeling voor verzetsdeelnemers en oorlogsgetroffenen ontwikkeld en deze voorstellen zijn aan de ondernemingsraad van de SVB voorgelegd;
- De PUR heeft – gezamenlijk met de SVB – voorstellen gedaan voor de afbouw en overdracht van het personeelsbestand van de PUR en het Sociaal Plan voor het betrokken personeel. Hierover wordt overleg gevoerd met de vakbonden en wordt de ondernemingsraad van de PUR geraadpleegd.

Met al deze stappen komt het moment in zicht waarbij een fase van kwartiermaken begint bij de SVB en bij de PUR-nieuwe stijl. Belangrijkste taak van de PUR-nieuwe stijl is de «raadskamerfunctie», dat wil zeggen besluiten over de toelating tot de oorlogswetten van nieuwe aanvragers.

Onderstaande prestatie-indicatoren hebben betrekking op de doelmatigheid (indicator 1) en de kwaliteit van dienstverlening (indicatoren 2 en 3) van de PUR.

Indicator 1 laat de apparaatskosten van de PUR zien in verhouding tot de uitgaven voor pensioenen en uitkeringen. Dit verhoudingspercentage geeft een globale indicatie van de doelmatigheid van de PUR. Directe sturing op dit percentage is niet goed mogelijk, mede door de afbouwfase waarin de PUR zich bevindt. Het streven is erop gericht een (sterke) stijging van dit percentage zoveel mogelijk te voorkomen.

De indicatoren 2 en 3 tonen de percentages eerste aanvragen en vervolgaanvragen (om een uitkering of voorziening) die binnen de wettelijke termijn zijn afgehandeld. Dit is een belangrijke indicator voor de kwaliteit van dienstverlening van de PUR. Het percentage schommelde in 2007 rond de 92 procent. Gestreefd wordt in 2010 dit percentage te handhaven.

Prestatie-indicatoren				
	2006	2007	2008	Streefwaarde 2010 e.v.
1. Percentage apparaatskosten PUR in verhouding tot de uitgaven voor pensioenen en uitkeringen	5,0%	4,8%	4,8%	4,8%
2. Percentage eerste aanvragen die door de PUR binnen de (verlengde) wettelijke termijn zijn afgehandeld	89%	91%	91%	92%
3. Percentage vervolgaanvragen die door de PUR binnen de (verlengde) wettelijke termijn zijn afgehandeld	88%	93%	92%	92%

Bron: jaarverslag PUR 2008

Toelichting:

Prestatie-indicatoren 2 en 3: de basiswaarden en de streefwaarden voor de afhandeling van eerste aanvragen en vervolgaanvragen betreffen een gewogen gemiddelde van de Wet uitkeringen vervolgingsslachtoffers 1940–1945 (WUV), de Wet uitkeringen burgeroorlogsslachtoffers 1940–1945 (WUBO) en de Wetten buitengewoon pensioen (WBP). Deze prestatie-indicatoren worden jaarlijks gepubliceerd in het jaarverslag van de PUR.

Instrumenten

- Wetten en regelingen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal uitkeringen/pensioenen en de daarmee gemoeide totale uitgaven van de wetten en regelingen voor oorlogsgetroffenen over de periode 2006–2008. De wetten en regelingen voor oorlogsgetroffenen worden bijgesteld, als wijzigingen in aanpalende wetten dat noodzakelijk maken.

Kengetal: kerngegevens wetten en regelingen voor oorlogsgetroffenen			
	2006	2007	2008
<i>Wuv</i>			
Gemiddeld aantal betaalbare uitkeringen (incl. uitkeringen art. 21b)	18 358	17 486	16 624
Uitgaven Wuv totaal (bedragen x € 1 miljoen)	187,2	187,3	182,5
<i>Wubo</i>			
Gemiddeld aantal betaalbare uitkeringen (incl. toeslag art. 19)	13 298	13 265	13 338
Uitgaven Wubo totaal (bedragen x € 1 miljoen)	63,8	67,0	69,0
<i>Wbp</i>			
Gemiddeld aantal betaalbare pensioenen	4 735	4 389	4 044
Uitgaven Wbp totaal (bedragen x € 1 miljoen)	92,4	91,3	85,2
<i>AOR</i>			
Gemiddeld aantal uitkeringen	1 390	1 667	1 979
Uitgaven AOR totaal (bedragen x € 1 miljoen)	5,5	5,8	6,1

Bron: PUR, Stichting Administratie Indonesische Pensioenen, januari 2009

Toelichting:

AOR staat voor Algemene Ongevallenregeling.

Het gemiddeld aantal uitkeringen bij Wuv en Wbp daalt geleidelijk. Bij de Wubo en de AOR-regeling is er nog sprake van een stijging, direct of indirect als gevolg van het project Gerichte Benadering.

- **Bijdragen verlenen aan ZBO's**

Om materiële hulp te kunnen verlenen aan oorlogsgetroffenen, stelt het kabinet in 2010 bijdragen ter beschikking aan de volgende ZBO's: PUR, Commissie Algemene Oorlogsongevallenregeling Indonesië (CAOR) en Stichting Rechtsherstel Sinti en Roma (SRSR). In totaal gaat het om € 27,4 miljoen. Stichting Rechtsherstel Sinti en Roma heeft in 2010 uitsluitend nog een subsidierelatie met het Landelijk Steunpunt Sinti en Roma. Doel van dat steunpunt is om te voorzien in de behoefte van Rijk, gemeenten, maatschappelijke organisaties en Sinti en Roma om kennis te delen en hulp te bieden bij het blijvend verbeteren van de maatschappelijke positie van Sinti en Roma in Nederland. Naar verwachting zal het Landelijk Steunpunt Sinti en Roma minimaal 3 jaar nodig hebben om volledig tot ontwikkeling te komen. Gedurende die tijd zal de SRSR het toezicht uitoefenen.

- **Subsidies immateriële dienstverlening**

Om immateriële hulpverlening aan oorlogsgetroffenen mogelijk te maken worden subsidies verleend aan gespecialiseerde instellingen, waaronder de begeleidende instellingen Stichting Pelita, Joods Maatschappelijk Werk (JMW) en Stichting 1940-1945 (€ 6,5 miljoen).

- **Toezicht houden op de ZBO's**

Het doel van dit toezicht op de ZBO's is de verantwoordelijkheid voor een rechtmatige, doelmatige en kwalitatief goede uitvoering van het wettelijk stelsel voor oorlogsgetroffenen en het naoorlogs rechtsherstel te kunnen waarmaken. In de brief van 22 oktober 2008 (kamerstuk 20 454, nr. 93) is de Tweede Kamer geïnformeerd over de stand van zaken rond het toezicht op de ZBO's.

Geraamde begrotingsuitgaven:

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2010	2011	2012	2013	2014
Wetten en regelingen oorlogsgetroffenen	319 836	302 026	285 714	269 605	254 115
<i>Waarvan onder andere:</i>					
Wet uitkeringen vervolgingslachtoffers 1940–1945 (Wuv)	168 925	159 134	150 166	141 391	133 217
Wet uitkeringen burgeroorlogsslachtoffers 40–45 (Wubo)	71 844	70 577	68 679	66 287	63 685
Wetten buitengewoon pensioen 1940–1945 (Wbp)	69 809	62 356	56 368	50 917	45 994
Bijdragen aan ZBO's (totaal)	27 397	25 884	25 884	25 884	25 884
<i>Waarvan onder andere:</i>					
Pensioen- en uitkeringsraad	24 838	23 425	23 425	23 425	23 425
Instellingssubsidies/Structurele subsidies	9 734	9 965	9 853	9 767	9 767
<i>Waarvan onder andere:</i>					
Subsidies immateriële dienstverlening	6 503	6 385	6 290	6 204	6 204
Opdrachten	321	321	321	321	321
Projectsubsidies	1 713	1 590	1 702	1 788	1 788
<i>Waarvan onder andere:</i>					
Projecten immateriële hulpverlening	504	570	537	537	537
Totaal	359 001	339 786	323 474	307 365	291 875

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

47.3.2 De herinnering aan WO II blijft levend en veel mensen – waaronder specifieke subgroepen zoals bijvoorbeeld jeugdigen – zijn zich bewust van de betekenis van WO II

Motivering

Motivering

Het is belangrijk de herinnering aan WO II levend te houden en te borgen dat er blijvend betekenis wordt gegeven aan deze herinnering. Het belang van het levend houden van de herinnering geldt niet alleen voor de mensen die deze oorlog hebben meegemaakt, maar ook voor diegenen die na de oorlog deel zijn gaan uitmaken van de Nederlandse samenleving. Ook Nederlanders die geen persoonlijke relatie hebben met WO II moeten goed geïnformeerd zijn over het oorlogsverleden en de gevolgen daarvan. De betekenis van het levend houden van de herinnering aan WO II ligt vooral in de relatie tot actuele vraagstukken rond vrijheid, discriminatie, burgerschap en vrede.

Momenteel wordt de overdracht aan het Nationaal Comité 4 en 5 mei (NC) voorbereid van een aantal departementale taken op het terrein van herdenken en vieren en voorlichtingsbeleid. Bedoeling is dat het NC zich zal ontwikkelen tot het kenniscentrum op het gebied van de herinnering aan WO II. In 2009 zijn al eerste stappen gezet door onder andere de lancering van de website WOII online. In 2010 zullen de voorbereidingen voor de overdracht worden gecontinueerd.

Onderstaande prestatie-indicatoren meten het belang dat de Nederlandse bevolking hecht aan 4 en 5 mei. De percentages zijn vrij stabiel met een lichte stijging in de afgelopen jaren waar het gaat om het belang dat wordt gehecht aan 4 mei. De meeste Nederlanders vinden herdenken belangrijker dan vieren, voor jongeren ligt dat in 2009 net andersom. Overigens is de mening van de Nederlandse bevolking over 4 en 5 mei maar beperkt beleidsmatig te sturen.

Prestatie-indicatoren					
	2006	2007	2008	2009	Streef- waarde 2010 e.v.
1. Percentage van de bevolking dat (veel) belang aan 4 mei hecht.	80%	82%	85%	86%	86%
2. Percentage van de bevolking dat (veel) belang aan 5 mei hecht.	77%	72%	79%	77%	77%

Bron: Nationaal Comité 4 en 5 mei. Deze prestatie-indicatoren worden jaarlijks gemeten.

In de inleiding bij dit beleidsartikel is al opgemerkt dat continuïteit op dit terrein en het borgen van toekomstbestendigheid essentieel is. In het kader van deze operationele doelstelling betekent het dat de in het verleden geformuleerde prioriteiten zullen worden gehandhaafd. Dat betreft met name:

- Het voorlichtingsbeleid en wel op zodanige wijze dat er toegewerkt wordt naar de nieuwe invulling en voorgenomen overheveling naar het Nationaal Comité 4 en 5 mei;
- Het behoud en de toegankelijkheid van waardevol erfgoedmateriaal WO II (het programma Erfgoed van de Oorlog).

Instrumenten

- Subsidies Voorlichtingsbeleid

Het voorlichtingsbeleid is gericht op het aanvullen van de kennis en het inzicht van de Nederlandse bevolking met betrekking tot de Tweede Wereldoorlog en daarmee samenhangende thema's. Het beleid wordt al in 2010 – het overgangsjaar naar de nieuwe situatie waarin overheveling plaatsvindt naar het Nationaal Comité 4 en 5 mei – gericht op de Nederlandse burgers in het algemeen met daarin aandacht voor specifieke subgroepen zoals bijvoorbeeld jeugdigen. Belangrijk is dat ze bekend zijn met de Tweede Wereldoorlog en zich daardoor meer bewust worden van de betekenis van het woord «vrijheid». In mijn brief aan de Tweede Kamer van 22 oktober 2008 is de stand van zaken met betrekking tot het voorlichtingsbeleid WO II geschetst en is ingegaan op de voorgenomen overheveling. Er wordt jaarlijks € 1,2 miljoen ter beschikking gesteld voor projecten voorlichting.

- Subsidies herinnering WO II

Doel van deze subsidies is de herinnering aan WO II levend te houden en de betekenis ervan te vertalen naar deze tijd. VWS verleent onder andere subsidies voor het houden van nationale manifestaties (4 en 5 mei; 15 augustus). Verder worden vier nationale herinneringscentra in stand gehouden (€ 4,2 miljoen).

- Internationaal beleid

Nederland heeft zich in een «Memorandum of Understanding» samen met Israël en Slowakije verbonden om Polen te ondersteunen bij het inrichten van een waardige herinneringsplaats in het voormalige vernietigingskamp Sobibor. Hier zijn in de Tweede Wereldoorlog 43 000 uit Nederland afkomstige joden om het leven gebracht. In 2010 zullen hiervoor kosten gemaakt worden. Vooralsnog is hiervoor € 1,0 miljoen gereserveerd. Nederland adviseert mee over de inrichting van deze herinneringsplek, waarbij er vooral gestreefd wordt naar het voor mensen die het verhaal

niet kennen, inzichtelijk maken van wat er hier gebeurd is. VWS wordt hierbij ondersteund door Herinneringscentrum Kamp Westerbork, NIOD en het Nationaal Comité 4 en 5 mei.

- **Nationaal Comité 4 en 5 mei en Nationaal Vrijheidsonderzoek**
Doel van het Nationaal Vrijheidsonderzoek is inzicht te verkrijgen in de gedachtevorming en bewustwording rond 4 en 5 mei en de achterliggende actuele thema's (grondrechten, democratie, oorlog, vrijheid en verantwoordelijkheid). Het onderzoek wordt verricht in opdracht van het Nationaal Comité 4 en 5 mei en bekostigd uit de instellingssubsidie die dit Comité van VWS ontvangt. Het draagvlakonderzoek 2009 is te vinden op www.herdenkenenvieren.nl.

- **Programma Erfgoed van de Oorlog**
Het programma Erfgoed van de Oorlog loopt van 2007 tot en met 2009. Het is een eenmalige, krachtige impuls om ervoor zorg te dragen dat het meest waardevolle erfgoedmateriaal van WO II beschikbaar blijft en toegankelijk is (of wordt gemaakt) voor huidige en toekomstige generaties. Het kabinet heeft in de brief van 22 oktober 2008 (kamerstuk 20 454, nr. 92) de stand van zaken inzake Erfgoed WO II beschreven. Het programma Erfgoed van de Oorlog wordt in 2010 afgesloten. Dan is een maximale inspanning gepleegd om via subsidieverstrekking erfgoedbeheerders instellingen in staat te stellen erfgoedmateriaal dat betrekking heeft op de Tweede Wereldoorlog, te behouden, te ontsluiten en voor een breed publiek toegankelijk te maken. Verreweg de meeste projecten worden eind 2009/begin 2010 afgerond en kennen een concreet resultaat. In de eerste helft van 2010 ligt het accent van de werkzaamheden dan ook op de inhoudelijk en financiële eindverantwoording van de projecten en op het presenteren van al die resultaten. In dat kader wordt in september 2010 een slotconferentie georganiseerd, bedoeld voor alle organisaties die zich op een of andere manier bezig houden met het overdragen van dit stuk geschiedenis, in woord, beeld en via moderne mediale toepassingen. In totaal is voor het programma Erfgoed van de oorlog in 2010 € 1,0 miljoen beschikbaar.

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2010	2011	2012	2013	2014
Instellingssubsidies/Structurele subsidies	4 257	4 257	4 257	4 257	4 257
<i>Onder andere:</i>					
Nationaal Comité 4 en 5 mei	2 793	2 793	2 793	2 793	2 793
Projectsubsidies	4 659	4 572	4 572	4 572	4 572
<i>Onder andere:</i>					
Projecten jeugdvoorlichting	1 147	1 178	1 178	1 178	1 178
Projecten Erfgoed WO II	587	0	0	0	0
Opdrachten	419	0	0	0	0
Erfgoed van de oorlog	419	0	0	0	0
Totaal	9 335	8 829	8 829	8 829	8 829

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

47.4 Overzicht onderzoek naar de doelmatigheid en doeltreffendheid van beleid

Overzicht beleidsonderzoeken			
	Onderzoek onderwerp	Nummer AD of OD	A Start B Afgerond
Beleidsdoorlichting	–		
Effectonderzoek ex post	–		
Overig evaluatieonderzoek	Erfgoed van de oorlog	47.3.2	A 2010 B 2010

Niet-beleidsartikel 98 Algemeen

98.1 Algemene doelstelling

In dit niet-beleidsartikel ramen we de ministerie- en zorgbrede uitgaven die niet specifiek zijn toe te rekenen aan een van de doelstellingen in de voorgaande beleidsartikelen.

98.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Verplichtingen	370 582	337 405	299 172	290 505	284 505	284 610	285 143
Uitgaven	325 494	343 243	303 719	290 602	284 505	284 610	285 143
Programma-uitgaven	114 741	118 222	99 517	92 962	90 659	90 658	90 658
1. Beheer en toezicht stelsel	102 936	100 939	89 992	85 937	83 368	83 367	83 367
2. Internationale samenwerking	11 805	17 283	9 525	7 025	7 291	7 291	7 291
3. Verzameluitkering VWS	0	0	0	0	0	0	0
Apparaatsuitgaven	210 753	225 021	204 202	197 640	193 846	193 952	194 485
– Inspectie Gezondheidszorg	43 634	53 655	45 411	44 594	42 395	42 352	41 572
– Sociaal en Cultureel Planbureau	9 968	7 634	5 365	4 655	4 655	4 655	4 655
– Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling	1 239	1 219	1 153	1 088	1 088	1 088	1 088
– Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	3 021	3 217	2 997	2 836	2 836	2 836	2 836
– Gezondheidsraad	5 470	4 725	3 655	3 274	3 214	3 209	3 209
– Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek	1 591	1 677	1 281	1 281	1 281	1 281	1 281
– Strategisch onderzoek RIVM	16 150	18 182	18 107	17 956	17 956	17 956	21 975
– Strategisch onderzoek NVI	9 083	7 734	7 720	7 693	7 693	7 693	7 693
– Inspectie Jeugdzorg	4 541	6 000	5 970	5 892	5 892	5 892	5 892
– Personeel en materieel kernministerie	114 056	120 978	112 543	108 371	106 836	106 990	104 284
Ontvangsten	10 636	6 734	4 080	4 080	4 080	4 080	4 080

Budgetflexibiliteit begrotingsuitgaven:

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2010	2011	2012	2013	2014
1. Beheer en toezicht stelsel	89 992	85 937	83 368	83 367	83 367
– Juridisch verplicht	89 992	0	0	0	0
– Bestuurlijk gebonden	0	85 937	83 368	83 367	83 367
– Niet verplicht of niet bestuurlijk gebonden	0	0	0	0	0
2. Internationale samenwerking	9 525	7 025	7 291	7 291	7 291
– Juridisch verplicht	0	0	0	0	0
– Bestuurlijk gebonden	9 525	7 025	7 291	7 291	7 291
– Niet verplicht of niet bestuurlijk gebonden	0	0	0	0	0
3. Verzameluitkering VWS	0	0	0	0	0
– Juridisch verplicht	0	0	0	0	0
– Bestuurlijk gebonden	0	0	0	0	0
– Niet verplicht of niet bestuurlijk gebonden	0	0	0	0	0

98.3 Operationele doelstellingen

In deze paragraaf wordt besproken wat het ministerie van VWS concreet doet in het kader van dit niet-beleidsartikel. Eerst wordt ingegaan in op de ZBO's voor het beheer en het toezicht van het zorgstelsel en op het beleid voor internationale samenwerking. Daarna volgen zes subparagrafen over respectievelijk de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ), het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP), de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO), de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en de Gezondheidsraad (GR). Vervolgens wordt ingegaan op het strategisch onderzoek van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het Nederlands Vaccin Instituut (NVI) en de apparaatskosten van de Inspectie Jeugdzorg. Ten slotte volgen de apparaatsuitgaven van het kernministerie die niet aan de beleidsartikelen zijn toe te rekenen.

98.3.1 Beheer en toezicht stelsel

De beheerkosten van de zelfstandige bestuursorganen (ZBO's) die zich bezig houden met de uitvoering van en het toezicht op het huidige zorgstelsel worden uit begrotingsmiddelen gefinancierd. Het gaat hierbij om de volgende ZBO's: de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het College voor zorgverzekeringen (CVZ), het College bouw zorginstellingen (CBZ) en het College sanering zorginstellingen (CSZ).

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

De NZa is belast met het markttoezicht specifiek voor de zorgsector en moet het algemeen consumentenbelang voorop stellen bij de uitoefening van haar taken. Die taken zijn:

- Marktwerking in de zorg op gang brengen en bewaken;
- Tarieven in de zorg reguleren;
- Toezien op de goede uitvoering van de Zvw en de AWBZ.

Het CVZ heeft tot taak het uitvoeren van:

- Pakketbeheer Zvw/AWBZ;
- Fondsbeheer van het zorgverzekeringsfonds en het algemeen fonds;
- Uitvoeren van de financiering van verzekeraars uit de fondsen en de beoordeling van de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ;
- Uitvoering regelingen bijzondere groepen (verdragsgerechtigden, wanbetalers, onverzekerden, illegalen, gemoedsbezwaarden).

De bouwregimes voor de curatieve- en de langdurige zorg zijn per 1 januari 2008 respectievelijk 1 januari 2009 afgeschaft. Daarmee zijn de wettelijke taken van het CBZ komen te vervallen. Het CBZ zal als liquidatieorganisatie vooralsnog blijven bestaan. Om de opgebouwde kennis beschikbaar te blijven houden, primair voor zorgaanbieders (zeker in het kader van de volledige verantwoordelijkheid van zorgaanbieders voor de bouw en de financiering daarvan) en secundair voor de IGZ en de NZa, is er een overeenkomst 2009 tot en met 2013 gesloten met TNO.

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

98.3.2 Internationale samenwerking bevorderen

De recente griep пандemie bewijst eens te meer het belang van goede internationale samenwerking. Het kabinet is ervan overtuigd dat internationale samenwerking meerwaarde heeft voor het VWS beleid. De recente kamerbrief over de meerwaarde van het Europees beleid schetst de uitgangspunten die hierbij worden gehanteerd. Het moet om zaken gaan waarbij een gemeenschappelijke benadering meerwaarde biedt boven een nationale aanpak; de nadruk moet liggen op grensoverschrijdende problemen en er moet concrete meerwaarde zijn vanuit de missie van VWS. Het kabinet kiest ervoor om goed samen te werken met andere landen en multilaterale organisaties bij het vormgeven van onze internationale ambities.

Eigen en gedeelde verantwoordelijkheid

VWS is verantwoordelijk voor afstemming van internationale samenwerking op de beleidsterreinen van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Op specifieke gebieden wordt hiertoe nadrukkelijk samengewerkt met andere ministeries. Vooral de samenwerking met de ministeries van Ontwikkelingssamenwerking (WHO), Justitie (drugs), Economische zaken (geneesmiddelenbeleid) en Sociale Zaken en werkgelegenheid (EU) is hierbij van belang.

Instrumenten en activiteiten

Internationale samenwerking kent een breed scala aan instrumenten en activiteiten. Met name kan hier worden gewezen op de volgende zaken:

- Integratie van de BES-eilanden

De integratie van de BES-eilanden binnen Nederland is een intensief en belangrijk traject waar veel internationale capaciteit mee gemoeid is.

- Samenwerking op Europees en mondiaal niveau

Het vertegenwoordigen van Nederland voor de voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport relevante onderwerpen bij internationale organisaties als de Europese Unie, de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), de Raad van Europa, de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) en de Verenigde Naties (VN). Contacten met een beperkt aantal voor VWS belangrijke landen wordt gestimuleerd en de noodzakelijke reguliere contacten met de andere landen worden behartigd.

- Nieuw Partnerschap met de WHO

Nederland sluit een hernieuwd partnerschapsprogramma af met de WHO. Hiermee is een bedrag van € 6,0 miljoen gemoeid.

Het ministerie van VWS is voornemens haar partnerschapsprogramma vanaf 2010 te integreren met het partnerschapsprogramma dat het ministerie van Ontwikkelingssamenwerking heeft met de WHO. Het partnerschapsprogramma vergroot de Nederlandse invloed binnen de WHO. Via het partnerschapsprogramma worden ook de contacten tussen de WHO en aan VWS gelieerde organisaties bevorderd.

- Internationale samenwerking en besmettelijke ziekten

De wereld wordt steeds kleiner en internationale contacten steeds intensiever. Besmettelijke ziekten stoppen niet bij grenzen. Er wordt samengewerkt met andere lidstaten en binnen multilaterale organisaties om de verspreiding van besmettelijke ziekten te beperken en om te komen

tot de ontwikkeling van geneesmiddelen en vaccins ter bestrijding en voorkoming van deze ziekten. Internationale solidariteit is daarbij van belang.

- Grensoverschrijdende gezondheidszorg
Binnen Europa gaan steeds meer burgers de grens over voor hun gezondheidszorg. Vooral in grensstreken kan de dichtstbijzijnde zorg-aanbieder zich in het buitenland bevinden. Zowel in EU verband als via bilaterale programma's met Duitsland en België, werken we eraan om hier invulling aan te geven.
- Internationaal personeels- en detachingsbeleid
Om internationaal goed samen te kunnen werken plaatst en detachert VWS medewerkers in het buitenland en bij multilaterale organisaties. Inzet is om het aantal detachingsplaatsen langzaam te verhogen, met name bij de EU en de WHO.

98.3.3 Verzameluitkering VWS

In de verzameluitkering van het ministerie van VWS zijn voor 2010 nog geen specifieke uitkeringen opgenomen. Het bestaande programma voor topsportevenementen en -accommodaties komt voor de verzameluitkering in aanmerking. Het betreft een programma waarmee vooral subsidies worden verleend aan sportbonden voor de organisatie van een topsportevenement. Incidenteel vindt er een uitkering aan een mede-overheid plaats in het kader van dit programma. Deze uitkering zal dan bij suppletore begroting in de verzameluitkering worden verantwoord. Ook andere uitkeringen aan medeoverheden kunnen in 2010 worden toegevoegd aan de eerste en tweede suppletore begroting.

98.3.4 Inspectie Gezondheidszorg (IGZ)

De IGZ is een handhavingsorganisatie die toezicht houdt op de volksgezondheid en zorg en overtredingen van wet- en regelgeving opspoot. Zij opereert tussen politiek, professie en publiek. Zij is van de staat en werkt aan veilige, effectieve en patiëntgerichte zorg vóór burgers via zorgaanbieders. Vanuit haar wettelijke taakopdracht, verantwoordelijkheden en bevoegdheden draagt ze bij aan bescherming en bevordering van de volksgezondheid. Veilige zorg is daar een heel belangrijke component van. Door te waken over de kwaliteit van zorg maakt de inspectie zich sterk voor een gerechtvaardigd vertrouwen van de zorgconsument in de kwaliteit van zorg. De IGZ hanteert de methodiek van het gefaseerd toezicht (GT). Met deze systematiek krijgt de inspectie onder andere aan de hand van prestatie-indicatoren informatie over de kwaliteit van geleverde zorg. De IGZ maakt op basis daarvan een risico-inschatting en prioriteert haar toezicht.

De missie en visie van de IGZ worden in het jaarlijkse werkplan uitgewerkt in doelen, activiteiten en benodigde formatie. Dit werkplan geeft aan met welke inzet van activiteiten (werkwijze) en mensen IGZ haar doelen wil realiseren. Er wordt in 2010 in tien integrale inspectieprogramma's gewerkt:

- 1 Gezondheidsbevordering;
- 2 Gezondheidsbescherming;
- 3 Eerstelijnsgezondheidszorg;
- 4 Specialistische somatische en psychiatrische zorg;
- 5 Gehandicaptenzorg;

- 6 Ouderenzorg;
- 7 Zorg thuis;
- 8 Productveiligheid;
- 9 Geestelijke Gezondheidszorg;
- 10 Medische technologie.

In de beleidsartikelen is opgenomen welk van de programma's van de IGZ relevant zijn voor het beleidsdomein van dat artikel. In haar meerjaren-beleidsplan (MJB) schetst de IGZ de speerpunten tot 2011. Het jaar 2010 is het derde jaar uit de MJB-cyclus.

Jaarlijks geeft de inspectie in de Staat van de Gezondheidszorg (SGZ) haar visie op een actueel thema dat de gezondheidszorg in de volle breedte raakt. In 2010 onderzoekt de IGZ hoe het staat met sociaal-economische gezondheidsverschillen.

98.3.5 Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is een interdepartementaal, wetenschappelijk instituut, opgericht bij Koninklijk Besluit op 30 maart 1973. Het SCP verricht zelfstandig onderzoek en rapporteert – gevraagd en ongevraagd – aan de regering, de Eerste en Tweede Kamer, ministeries en andere maatschappelijke en overheidsorganisaties. De belangrijkste taken van het SCP zijn:

- Het beschrijven van de situatie op sociaal en cultureel terrein in Nederland en de te verwachten ontwikkelingen;
- Het bijdragen aan verantwoorde keuzen van doeleinden en middelen in het sociaal en cultureel beleid en het ontwikkelen van alternatieven;
- Het beoordelen van het gevoerde beleid, speciaal het interdepartementale beleid.

Het SCP verricht daartoe sociaal-wetenschappelijk onderzoek naar de leefsituatie en de opvattingen van de burger, alsmede naar het (overheids-)beleid dat daarop van invloed is. Het werk van het SCP omvat de terreinen van nagenoeg alle ministeries. Eens per jaar geeft het SCP een overzicht van de voorgenomen activiteiten in een werkprogramma. De minister van VWS heeft het werkprogramma 2010 vastgesteld volgens de in de instellingsbeschikking vastgelegde procedure. Het werkprogramma is gepubliceerd op de website van het bureau (www.scp.nl).

Prestatie-indicatoren: Uren wetenschappelijk onderzoek SCP 2010		
	Input (in uren)	Kosten (x € 1 000)
1. Wetenschappelijk onderzoek (58 rapporten)	44 159	4 605
2. Kennisverspreiding	5 564	580
Totaal	49 723	5 185

Toelichting

1. Wetenschappelijk onderzoek

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

Het Werkprogramma 2010 sluit aan op de zes pijlers van het Beleidsprogramma van het kabinet.

Veel van de door het SCP in 2010 uit te voeren projecten vloeien voort uit eerder gemaakte afspraken of verkregen opdrachten. Het Sociaal en Cultureel Rapport (SCR) verschijnt iedere twee jaar als verplichting die direct voortvloeit uit het KB van 1973 waarin de oprichting van het SCP geregeld is. In oneven jaren brengt het SCP «De Sociale Staat van Nederland» uit (een brede inventarisatie van de levensomstandigheden van de Nederlandse bevolking), in even jaren een meer thematisch SCR. Er zijn langjarige afspraken over de opstelling van bijvoorbeeld het Jaarrapport Integratie, de Armoedemonitor, de Monitor Discriminatie op de Arbeidsmarkt op grond van etnische herkomst, de Emancipatiemonitor, «De Sociale Staat van het Platteland», «Het Cultureel Draagvlak» en de ontwikkeling van ramingsmodellen voor de vraag naar Jeugdzorg en Langdurige Zorg. Veel van het SCP-onderzoek is gebaseerd op door het CBS verzamelde en ter beschikking gestelde gegevens. Daarnaast laat het SCP zelf ook enkele grote surveys uitvoeren: het Aanvullend Voorzieningen-gebruik Onderzoek (gebruik van voorzieningen in de publieke sector), de Survey Integratie Minderheden, het Tijdsbestedingsonderzoek en het onderzoek Culturele Veranderingen (opvattingen en houdingen). Ook in 2010 zal het SCP ten behoeve van het kabinet rapporteren over de uitkomsten van het in 2008 gestarte onderzoek naar zorgen en maatschappelijke kwesties die leven in de bevolking en van belang zijn voor de politiek (Continu Onderzoek Burgerperspectieven).

2. Kennisverspreiding:

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

Een kerntaak van het SCP is het adviseren van departementen en andere overheidsinstanties op basis van de beschikbare kennis en inzichten. De positionering van het bureau binnen de rijksoverheid maakt het mogelijk deel te nemen aan het commissie- en advieswerk binnen de overheid (onderraden en voorportalen). Afgezien van deze vorm van indirecte advisering brengt het bureau ook met regelmaat adviezen uit aan (beleidsdirecties van) departementen. Deze advisering kan zeer uiteenlopend van karakter zijn, bijvoorbeeld via participatie in de kenniskamers van verschillende ministeries.

98.3.6 Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO)

De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) is de adviesraad van het kabinet en de Staten Generaal voor de sociale verhoudingen in Nederland.

De wetgever heeft de RMO de taak gegeven te adviseren over «participatie van burgers en stabiliteit van de samenleving». De RMO adviseert zowel gevraagd als ongevraagd over de hoofdlijnen van beleid. De

begroting van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling is afgeleid van het door het kabinet vastgestelde werkprogramma. Het werkprogramma voor 2010 is nog niet vastgesteld.

98.3.7 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)

Het adviesdomein van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) is VWS-breed, en omvat dus de curatieve zorg, de langdurige zorg, de publieke gezondheid en de maatschappelijke ondersteuning. Het kabinet stelt in de zomer van 2009 het definitieve werkprogramma 2010 van de RVZ vast. Thema's in het werkprogramma voor 2010 zijn:

- Nieuwe beroepen en opleidingen;
- Sturen op gezondheid;
- Intersectorale zorg voor het kind;
- Strategische zorgagenda 2011–2015;
- Zorgtaken gemeenten.

De RVZ voert samen met de Gezondheidsraad het secretariaat van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG). Het CEG publiceert elk jaar signaleringen over ethische thema's. De volgende onderwerpen staan voor 2010 op de rol:

- Genetische aanleg en etniciteit;
- Zorg op afstand.

Overleg tussen Gezondheidsraad en RVZ is gaande over een gezamenlijk signalement in 2010.

Ook heeft het CEG een verwijs- informatiefunctie. De RVZ neemt deze functie voor rekening aangezien deze functie beter past bij het RVZ dan bij Gezondheidsraad.

98.3.8 Gezondheidsraad (GR)

De Gezondheidsraad is een onafhankelijk wetenschappelijk adviesorgaan. De raad heeft als taak de regering en het parlement van advies te dienen over de stand van kennis ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid. De Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) had als een van de sectorraden de taak te adviseren over vraagstukken op het gebied van gezondheidsonderzoek, zorgonderzoek, medische technologie en de bijbehorende infrastructurele voorzieningen. Met ingang van 1 februari 2008 is de RGO als raadscommissie ondergebracht bij de Gezondheidsraad.

Het werkterrein van de Gezondheidsraad omvat thans de volgende onderwerpen: preventie, gezondheidszorg, voeding, leefomgeving, arbeidsomstandigheden, health technology assessment, gezondheids(zorg)-onderzoek, medische technologieontwikkeling en kennisinfrastructuur. De raad brengt gevraagd en ongevraagd adviezen uit.

In september stelt de minister van VWS het werkprogramma voor het komende jaar vast. De raad verwacht in 2010 circa 25 adviezen uit te brengen aan verschillende departementen.

De Gezondheidsraad heeft samen met de Hoge Gezondheidsraad van België een Europees netwerk opgericht van vergelijkbare organisaties: EUSANH (European Science Advisory Network for Health). Vanuit dit netwerk wordt gewerkt aan het verbeteren van de kwaliteit en efficiency van de wetenschappelijke advisering op nationaal en op Europees niveau. Hiervoor is subsidie verkregen van de Europese Commissie. VWS draagt voor drie jaar bij aan het netwerk.

98.3.9 Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO)

De CCMO is een bij wet ingestelde commissie (Wet medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen en de Embryowet). Zij is een zelfstandig bestuursorgaan (ZBO). Sinds de inwerkingtreding van de gewijzigde Wet medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen op 1 maart 2006, treedt de CCMO tevens op als bevoegde instantie.

98.3.10 Strategisch onderzoek RIVM

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) is een baten-lastendienst en doet projectmatig onderzoek voor zijn primaire opdrachtgevers: de ministeries van VWS, VROM en LNV. Daarnaast doet het RIVM ook zogenoemd strategisch onderzoek. Dit is onderzoek om de expertise te ontwikkelen die nodig is voor de continuïteit van het instituut. Zo kan het RIVM zijn toekomstige taken voor de opdrachtgevers adequaat uitvoeren, op zowel de middellange als de lange termijn.

De Wet op het RIVM vormt de wettelijke basis voor het strategisch onderzoek dat dit instituut uitvoert. Deze wet bepaalt dat de directeur-generaal RIVM jaarlijks een programma van onderzoek opstelt. Hierin beschrijft hij welke inzichten het instituut moet verwerven om zijn taken adequaat te kunnen uitvoeren. Dit programma is openbaar. Met deze wettelijke bepaling laat de wetgever zien dat het RIVM professioneel zelfstandig is. In het licht van de betekenis van het strategisch onderzoek voor de toekomstige kennispositie van het RIVM is het budget voor het strategisch onderzoek belegd bij de secretaris-generaal van VWS, als «eigenaar» van de baten-lastendienst RIVM.

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

98.3.11 Strategisch onderzoek NVI

Het Nederlands Vaccin Instituut (NVI) is een baten-lastendienst die projecten uitvoert voor zijn primaire opdrachtgever VWS. Net als het RIVM verricht ook het NVI daarnaast strategisch onderzoek om wetenschappelijke kennis en expertise te verwerven. Met die kennis en expertise kan het NVI zijn kerntaken uitvoeren en kan de continuïteit van het NVI op de langere termijn worden bestendigd. Het strategisch onderzoek is gebundeld in het Strategisch Vaccin Onderzoek Programma (SVOP).

Het strategisch onderzoek van het Nederlands Vaccin Instituut (NVI) kan niet direct gekoppeld worden aan een specifiek product (vaccin, onderzoeksopdracht). Het NVI ontwikkelt onder meer onderzoeksmethoden, analyses van en oplossingen voor vaccinatieproblematiek, en verbreedt vaccinkennis. De projecten binnen het strategisch onderzoeksprogramma zijn geen zelfstandige, externe producten, maar interne projecten die de continuïteit waarborgen op de langere termijn. In het licht van de betekenis van het strategisch onderzoek voor de toekomstige kennispositie van het NVI is het budget voor het strategisch onderzoek belegd bij de secretaris-generaal van VWS, als «eigenaar» van de baten-lastendienst NVI.

Het SVOP wordt jaarlijks vastgesteld. De wetenschappelijke directeur wordt hierbij geadviseerd door een commissie, de SVOP Commissie. Deze bestaat uit een aantal interne en externe leden met expertise op onderzoeksgebied van vaccins en vaccinaties. De SVOP Commissie zal de projectplannen voor 2010 beoordelen op wetenschappelijk inhoudelijke gronden. Daarna zal het concept SVOP 2010 nog voor beoordeling worden voorgelegd aan de Raad van Advies die ten slotte een advies hierover zal uitbrengen aan de Eigenaar. De Eigenaar stelt het SVOP vervolgens vast.

Gelet op de organisatieontwikkeling van het NVI naar aanleiding van het besluit van de minister van VWS d.d. 10 februari 2009 (kamerstuk 22 894, nr. 213) zal bij de begrotingsvoorbereiding voor 2011 bezien worden welk budget voor strategisch onderzoek passend is.

98.3.12 Inspectie Jeugdzorg (IJZ)

Onder deze doelstelling worden de apparaatskosten van de Inspectie Jeugdzorg verantwoord. De Inspectie Jeugdzorg valt beleidsmatig onder de verantwoordelijkheid van de minister voor Jeugd en Gezin. De apparaatskosten blijven conform afspraak in het coalitieakkoord geraamd worden op de begroting van VWS.

98.3.13 Personeel en materieel kernministerie

Onder deze doelstelling worden de personele en materiële uitgaven voor de stafdiensten, de facilitaire diensten en de zorgbrede directies verantwoord. De geraamde uitgaven zijn opgenomen in de tabel budgettaire gevolgen van beleid.

Niet-beleidsartikel 99: Nominaal en onvoorzien

99.1 Algemeen

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

99.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Verplichtingen	0	- 42 077	- 46 855	- 49 818	- 29 504	- 10 225	- 19 338
Uitgaven	0	- 42 077	- 46 855	- 51 068	- 29 529	- 10 266	- 19 338
Programma-uitgaven	0	- 42 077	- 46 855	- 51 068	- 29 529	- 10 266	- 19 338
1 – Loonbijstelling	0	214	175	152	133	173	173
2 – Prijsbijstelling	0	12 317	12 685	12 419	11 797	11 811	11 811
3 – Onvoorzien	0	55	79	149	1 125	1 081	1 081
4 – Taakstelling	0	- 54 663	- 59 794	- 63 788	- 42 584	- 25 331	- 32 403
Ontvangsten	0	0	4 200	4 900	4 900	4 900	4 900

Premie-uitgaven:

Op dit artikel zijn verschillende bedragen opgenomen die nog niet aan de afzonderlijke beleidsartikelen zijn toegeedeeld. Daarbij gaat het om de loon- en prijsbijstelling voor 2010 en latere jaren, gereserveerde bedragen voor bouw en de autonome volumegroei tot het jaar 2014.

Premie-uitgaven (bedragen x € 1 000 000)							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nominaal en onvoorzien	67,0	179,7	934,8	1 821,0	4 952,8	8 342,2	11 978,6
Totaal	67,0	179,7	934,8	1 821,0	4 952,8	8 342,2	11 978,6

BATEN-LASTEN DIENSTEN

1. Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (aCBG)

1.1 Inleiding

Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) bestaat uit een College en een secretariaat dat is ondergebracht in een agentschap (aCBG). Het College is een organisatie met een zelfstandige bevoegdheid (zelfstandig bestuursorgaan (ZBO)). De uitvoeringsorganisatie ter ondersteuning van het CBG is een agentschap van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Naast de taken voor het CBG ondersteunt het agentschap tevens het ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit (LNV) bij de uitvoering van veterinaire geneesmiddelenbeoordeling door de Commissie Registratie Diergeneesmiddelen (CRD) en -bewaking en de directie Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie (VGP) van het ministerie van VWS bij de beoordeling van nieuwe voedingsmiddelen.

De belangrijkste taken op basis van de Nederlandse Geneesmiddelenwet (2007), de Diergeneesmiddelenwet en Europese Verordeningen zijn voor het CBG:

- Verstrekken, handhaven en schorsen van handelsvergunningen op basis van de beoordeling van werkzaamheid, risico's en kwaliteit;
- Vaststellen van de afleverstatus humaan, dus het bepalen of het geneesmiddel uitsluitend op recept, uitsluitend via de apotheek, via de drogist of in de vrije verkoop verkrijgbaar mag zijn;
- Vaststellen van de afleverstatus veterinair, dus het bepalen of het diergeneesmiddel uitsluitend door een dierenarts mag worden toegediend, afgeleverd mag worden door dierenarts of apotheker, op recept afgeleverd mag worden door dierenarts, apotheker of vergunninghouder, of vrij verkrijgbaar is;
- Geneesmiddelenbewaking;
- Geven van wetenschappelijk advies in het kader van geneesmiddelontwikkeling.

De meest up-to-date informatie over de organisatiestructuur, collegeleden en achtergrondinformatie over processen en procedures vindt men op de CBG-website: www.cbg-meb.nl.

1.2 Begroting van baten en lasten 2010

Tabel 1.1: Begroting van baten en lasten (bedragen x € 1 000)	
	2010
Baten	
Opbrengst moederdepartement	178
Opbrengst overige departementen	500
Opbrengst derden	38 550
Rentebaten	400
Totaal baten	39 628
Lasten	
Apparaatskosten	37 010
– <i>Personele kosten</i>	18 957
– <i>Materiële kosten</i>	18 053
ZBO College	725
Afschrijvingskosten	1 900
Totaal lasten	39 635
Saldo van baten en lasten	– 7

Toelichting op de begroting van baten en lasten

Tabel 1.2: Verdeling productgroepen opbrengst derden (bedragen x € 1 000)	
Beoordelen van nationale aanvragen	3 700
Beoordelen van Europese aanvragen: centraal	3 400
Beoordelen van Europese aanvragen: MRP	2 300
Beoordelen DCP's	12 500
Beoordelen van homeopathische aanvragen, kruiden en nieuwe voedingsmiddelen	50
Jaarvergoedingen	12 800
Bureau Diergeneesmiddelen	3 800
Opbrengst derden	38 550

- **Beoordelen van nationale aanvragen**
Het beoordelingsproces van een nationale aanvraag betreft de aanvraag van een handelsvergunning voor een nieuw op de Nederlandse markt te brengen geneesmiddel. De handelsvergunning wordt door het CBG afgegeven. Het betreffende geneesmiddel komt alleen in Nederland op de markt.
- **Beoordelen van Europese aanvragen: centraal**
Om een Europese handelsvergunning voor een geneesmiddel van de Europese Commissie toegekend te krijgen, moet de fabrikant de centrale procedure volgen. De fabrikant kan dan een handelsvergunning krijgen die in alle EU-lidstaten geldig is. De coördinatie van de centrale procedure berust bij het Europese geneesmiddelenagentschap (EMA).
- **Beoordelen van Europese aanvragen: MRP (Mutual Recognition Procedure)**
In een MRP-procedure heeft een ander EU-lidstaat een handelsvergunning verleend. Het CBG beoordeelt of deze geneesmiddelen, op basis van het beoordelingsrapport van de andere lidstaat, toegelaten kunnen worden op de Nederlandse markt.

- **Beoordelen DCP's (Decentrale Procedures)**

Een Decentrale Procedure kan door de fabrikant worden gebruikt om een handelsvergunning in meerdere lidstaten te verkrijgen als nog in geen enkel land een handelsvergunning is verkregen. De fabrikant kan een EU-lidstaat vragen om het beoordelingsproces te verrichten. Deze lidstaat wordt dan Referentieland (RMS). Na het beoordelingsproces starten de overige lidstaten een MRP-procedure.

- **Beoordeling van homeopathische aanvragen, kruiden en nieuwe voedingsmiddelen**

Het CBG verricht beoordelingswerkzaamheden voor homeopathische geneesmiddelen, kruiden en nieuwe voedingsmiddelen. Nieuwe voedingsmiddelen zijn voedingsmiddelen of voedsel ingrediënten die voor 15 mei 1997 niet in significante mate in de Europese gemeenschap voor de menselijke voeding zijn gebruikt.

- **Jaarvergoedingen**

Voor het op de markt brengen van een geneesmiddel moet door de registratiehouder jaarlijks een vergoeding worden betaald. De tarieven zijn gebaseerd op het Besluit registratie geneesmiddelen (BRG) en het Besluit vergoedingen wet op de geneesmiddelenvoorziening. De tarieven zijn kostendekkend vastgesteld.

- **Bureau Diergeneesmiddelen**

Het Bureau Diergeneesmiddelen beoordeelt en verleent vergunningen voor de productie en distributie van diergeneesmiddelen.

Naast opbrengsten van derden ontvangt het aCBG van het moederdepartement een bedrag van € 178 000 ter dekking van de kosten van het Bureau Nieuwe Voedingsmiddelen. Het Bureau Diergeneesmiddelen verricht voor het ministerie van LNV beleidsondersteunende activiteiten. Hiervoor is een bedrag begroot van € 500 000.

In de materiële kosten is een bedrag begrepen van € 4 miljoen in verband met de kosten van herhuisvesting.

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

1.3 Doelmatigheid

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

Tabel 1.3: Key performance indicatoren			
	2008	Begroot 2009	Begroot 2010
Aantal zaken per fte (om de efficiency van de productie inzichtelijk te maken)	100	119	124
Uurtarieven (om de kostenefficiency aan te tonen). Deze indicator zal een gemiddelde zijn over alle functies waarbij naar het primaire proces exclusief onderzoekskosten gekeken zal worden.	€ 95	€ 98	€ 99
Aantal en aard van klachten (om inzicht te krijgen in de geleverde kwaliteit van de productie)	7 klachten, waarvan 3 gegrond verklaard	–	15 klachten, waarvan 10 gegrond verklaard

Toelichting

De stijging van het gemiddelde uurtarief wordt voornamelijk veroorzaakt door hogere afschrijvingslasten van immateriële vaste activa en extra kosten in verband met de verwachte verhuizing.

2. Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG)

2.1 Inleiding

Sinds 1 januari 2003 is het CIBG een baten-lastendienst. De kerntaken van het CIBG ten behoeve van zorgaanbieders, burgers en bedrijven zijn:

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

De organisatie bestaat nu nog uit een staf en twee ondersteunende afdelingen en acht uitvoerende units. In 2009 is een reorganisatietraject gestart waarbij een nieuw besturingsmodel wordt ingevoerd en de indeling van de organisatie wordt gewijzigd. In de begroting is met deze ontwikkelingen nog geen rekening gehouden.

Meer informatie over de organisatie en taken van het CIBG vindt men op de CIBG-website: www.cibg.nl.

2.2 Begroting van baten en lasten 2010

Tabel 2.1: Begroting van baten en lasten (bedragen x € 1 000)	
	2010
Baten	
Opbrengst opdrachtgevers VWS	22 478
Opbrengst derden	2 581
Rentebaten	10
Totaal baten	25 069
Lasten	
Apparaatskosten	23 785
– <i>Personele kosten</i>	15 666
– <i>Materiële kosten</i>	8 119
Rentelasten	59
Afschrijvingskosten	1 213
Totaal lasten	25 057
Saldo van baten en lasten	12

Toelichting op de begroting van baten en lasten

Naast de opbrengsten op basis van opdrachten vanuit de beleidsdirecties van VWS ontvangt het CIBG ook opbrengsten (baten) van burgers en bedrijven voor het verrichten van verschillende (wettelijke) registratie-activiteiten en verleende vergunningen en ontheffingen tegen door het departement vastgestelde tarieven alsmede de verkoop van medicinale cannabis.

Tabel 2.2: Opbrengst (bedragen x € 1 000)		
	Opdrachtgevers VWS	Derden
RIBIZ (Registratie en Informatie Beroepen In de Zorg)	3 167	1 030
Farmatec (Farmacie en Medische Technologie)	1 109	1 250
BMC (Bureau Medicinale Cannabis)	130	266
Donorregister	3 699	
UZI-register (Unieke Zorgverleners Identificatie)	4 300	
SBVz (Sectorale Berichten Voorziening in de Zorg)	4 229	
Regionale Toetsingcommissies Euthanasie (RTE)	1 057	
Deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging pasgeborenen	82	
Register van Donoren Kunstmatige Bevruchting	98	
Databank Maatschappelijke Verantwoording	300	
Toelating Zorginstellingen	1 918	
Landelijke Verwijsindex Risicjongeren	447	
Patiënten-, Gehandicapten- en Ouderenorganisaties	1 942	
Kwaliteitsregister Paramedici		35
Totaal	22 478	2 581

2.3 Doelmatigheid

In de jaarverantwoording zal het daadwerkelijk gerealiseerde resultaat van een aantal afgesproken kwantitatieve en kwalitatieve prestatie-indicatoren (o.a. doorlooptijden, aantal klachten en bezwaarschriften, bereikbaarheid) in relatie tot het vorige boekjaar worden opgenomen.

Tabel 2.3: Verloop kostprijzen (in euro's) en prestatie-indicatoren van enkele producten			
	2008	Begroot 2009	Begroot 2010
RIBIZ			
Kostprijs beschikking BIG-register in €	130,00	147,00	147,00
Kostprijs vakbekwaamheidsverklaring in € ¹	1 927,00	4 668,00	4 668,00
Aantal klachten/bezwaar en beroep	12	10	10
RTE			
Kostprijs oordeel in €	498,00	526,67	526,67
Gerealiseerde doorlooptijd (wet. norm 42 dagen)	32 dagen	42 dagen	42 dagen
Donorregister			
Kostprijs registratie wilsbeschikkingen in €	6,73	8,00	8,00
Aantal klachten/bezwaar en beroep	1	0	0
Gerealiseerde doorlooptijd (wet. norm 42 dagen)	22 dagen	42 dagen	42 dagen
Farmatec			
Kostprijs vergunningen in € ²	1 353,38	1 775,00	1 775,00

Toelichting:

- ¹ De sterke daling (- 50%) van het aantal aanvragen voor een verklaring in relatie tot de relatief hoge vaste kosten en verschuiving van lasten heeft de kostprijs sterk doen stijgen.
- ² Op grond van de nieuwe Geneesmiddelenwet is het aantal soorten vergunningen en daarmee ook het volume sterk teruggebracht. Als gevolg daarvan is de kostprijs sterk gestegen.
- De kostprijsontwikkelingen worden daarnaast ook beïnvloed door onder andere gewijzigde productsamenstelling en doorberekening van hogere lasten door het kerndepartement.

3. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)

3.1 Inleiding

Sinds 1 januari 2004 is het RIVM een baten-lastendienst van het ministerie van VWS. Het RIVM bevordert door onderzoek, uitvoering en ondersteuning de publieke gezondheid en een schoon en veilig leefmilieu. De taken van het RIVM zijn erop gericht de publieke gezondheid, een gezond leefmilieu en de veiligheid van de leefomgeving te bevorderen. Kerntaak van het RIVM is het verrichten van onderzoek en het wereldwijd verzamelen van kennis. De uitkomsten daarvan dienen als beleidsondersteuning voor de overheid. Het RIVM voert onderzoek uit voor de ministeries van VWS, VROM, LNV en SZW, voor diverse inspecties en voor internationale organisaties zoals de Europese Unie, de WHO en de Verenigde Naties. Informatie over de resultaten van het RIVM-onderzoek zijn te vinden via de thematische ingangen van de website www.rivm.nl. Het RIVM vervult ook regiefuncties en verzorgt de landelijke coördinatie van preventie- en interventieprogramma's, zoals het Rijksvaccinatieprogramma (RVP).

3.2 Begroting van baten en lasten

Tabel 3.1: Begroting van baten en lasten (bedragen x € 1 000)			
	2008	2009	2010
Baten			
Opbrengst moederdepartement	121 102	119 575	117 440
– <i>Eigenaar</i>	13 578	13 150	13 144
– <i>Opdrachtgevers</i>	107 524	106 425	104 29 6
Opbrengst overige departementen	55 406	52 610	51 836
– <i>VROM</i>	50 010	49 680	48 686
– <i>LNV</i>	632	780	650
– <i>Overige departementen</i>	4 764	2 150	2 500
Opbrengst derden	144 967	166 868	170 205
Rentebaten	4 029	1 050	1 050
Vrijval voorzieningen	4 243	0	0
Totaal baten	329 747	340 103	340 531
Lasten			
Apparaatskosten	318 608	334 942	335 355
– <i>Personele kosten</i>	110 037	110 836	110 913
– <i>Materiële kosten</i>	208 571	224 106	224 442
Rentelasten	428	270	393
Afschrijvingskosten	5 559	4 891	4 783
Dotaties voorzieningen	8 819	0	0
Totaal lasten	333 414	340 103	340 531
Saldo van baten en lasten	– 3 667	0	0

Toelichting op de begroting van baten en lasten

De bedragen 2008 betreffen de gerealiseerde baten en lasten volgens de jaarrekening over 2008. De bedragen 2009 betreffen het geplande beloop. De omzetbedragen voor 2010 voor de primaire opdrachtgevers (VWS-eigenaar, VWS-opdrachtgevers, VROM en LNV) zijn ramingen op grond van de gerealiseerde omzetten in het komende jaar en thans bekende

Baten-lasten diensten

ontwikkelingen in het komende jaar. De overige omzetbedragen zijn gebaseerd op lopende en naar verwachting nog aan te gane contracten met overige opdrachtgevers.

De hoogte van de inkomsten is afhankelijk van overeenstemming tussen opdrachtgevers en RIVM over aard en omvang van de te verrichten activiteiten en – daarmee samenhangend – de in rekening te brengen kosten (zijnde uren x tarief plus directe projectgebonden kosten). De geraamde baten van VWS-eigenaar zijn hoofdzakelijk bestemd voor het strategisch onderzoek van het RIVM en als aanvullend huisvestingsbudget.

De geraamde baten van VWS-opdrachtgevers betreffen inkomsten die het RIVM op grond van lopende werkprogramma's en thans bekende ontwikkelingen verwacht te verkrijgen door opdrachtverlening door de beleidsdirecties van VWS, de IGZ en de VWA.

De geraamde baten van VROM en LNV volgen uit werkzaamheden die op het taakveld milieu worden uitgevoerd in opdracht van de beleidsdirecties van VROM en de VROM-Inspectie respectievelijk LNV.

Baten van derden verkrijgt het RIVM door het uitvoeren van werkzaamheden voor derden in Nederland en internationaal.

Uit de baten worden de lasten bestreden. De personele kosten bedragen circa € 111 miljoen, waarvan € 94,4 miljoen voor ambtelijk personeel en € 16,6 miljoen voor inhuur. De materiële kosten bedragen circa € 224 miljoen. De helft daarvan betreft uitvoeringskosten voor het Rijksvaccinatieprogramma (€ 114,8 miljoen).

In deze begroting zijn verwerkt de taakstellingen op grond van het Coalitieakkoord Balkenende IV, voor zover deze in euro's gekwantificeerd zijn. De taakstellingen worden grotendeels ingevuld via efficiëncymaatregelen waartoe de reële tarieven van het RIVM (dus los van algemene loon- en prijsontwikkelingen) worden verlaagd met 2% vanaf 2008, 4% vanaf 2009 en 6% vanaf 2010. De invulling van het restant van de totale aan het RIVM opgelegde taakstelling van 10% in 2011 zal naar verwachting plaatsvinden via uitplaatsing van taken. De kosten van deze uitplaatsings-trajecten zijn nog niet bekend en derhalve niet in de begroting opgenomen.

3.3 Doelmatigheid

Doelstelling bij de instelling als baten-lastendienst is geweest dat het RIVM door resultaatgericht management aantoonbaar doelmatiger gaat werken. Doelmatigheid heeft betrekking op het verband tussen de ingezette middelen en de door de dienst geleverde hoeveelheid producten en diensten. Het gaat om de verhouding tussen prijs en kwaliteit. Indicator voor de efficiency is het gewogen uurtarief. De uurtarieven worden jaarlijks door de eigenaar vastgesteld. De hoogte van de tarieven wordt bepaald door onder meer de ontwikkeling van de loonkosten, de materiële kosten (waaronder de huren die de Rijksgebouwendienst in rekening brengt) en het aantal te declareren uren per medewerker.

Tabel 3.2: Ontwikkeling doelmatigheid bedrijfsvoering Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Begroot 2009	Begroot 2010
Uurtarief								
Gewogen uurtarief in €	108,94	107,20	106,10	103,90	103,90	105,15	106,60	108,04
Ontwikkeling uurtarief (2003=100)	100,0	98,4	97,4	95,4	95,4	96,5	97,9	99,2
Taakstellingen (verwerkt in uurtarief)								
Efficiencytaakstelling Balkenende I in %		- 2%	- 1%	- 1%				
Efficiencytaakstelling Balkenende II in %		- 1%	- 1%	- 1%	- 2%			
Efficiencytaakstelling Balkenende IV in %						- 2%	- 2%	- 2%
Exploitatieresultaat in k €	-	0	4 721	122	1 928	- 3 667	0	0

Toelichting

De stijging in de jaren 2009 en 2010 ten opzichte van het voorgaande jaar hangt samen met de stijgende personele kosten op grond van het CAO-akkoord Rijk 2007 en de stijging van de materiële kosten. Het gewogen uurtarief 2010 betreft het door het RIVM voorgestelde voorlopige tarief.

4. Nederlands Vaccin Instituut (NVI)

4.1 Inleiding

Het NVI heeft als missie: de Nederlandse bevolking beschermen tegen infectieziekten door vaccins te leveren voor vaccinatie onder normale en bijzondere omstandigheden. Het NVI heeft een drietal kerntaken:

- Levering van vaccins voor de Nederlandse vaccinvoorziening (NVV);
- Onderzoek en ontwikkeling op het terrein van vaccins voor de NVV;
- Voorhanden hebben van actuele kennis over vaccins en vaccinatie.

Meer informatie over de organisatie en taken van het NVI vindt men op de NVI-website: www.nvi-vaccin.nl.

Op 10 februari 2009 heeft de minister zijn besluit over de toekomst van het NVI per brief aan de Tweede Kamer medegedeeld. Dat besluit markeert de start van een transitieproces, dat grote impact zal hebben op het NVI in zowel het lopende jaar 2009 als het begrotingsjaar 2010. In onderstaande begroting is met de grotendeels nog onbekende financiële effecten hiervan nog niet of nauwelijks rekening gehouden.

In deze NVI-begroting is nog geen rekening gehouden met de kosten van de griepandemie.

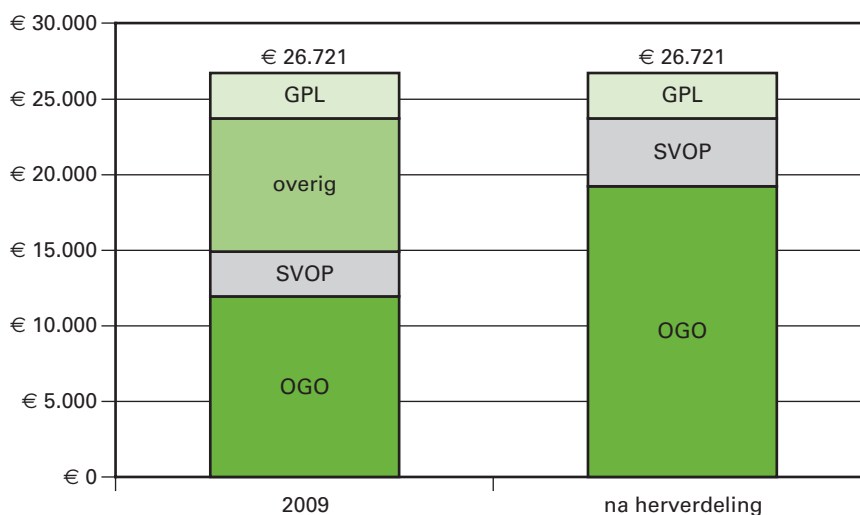
4.2 Begroting van baten en lasten

Tabel 4.1: Begroting van baten en lasten (bedragen x € 1 000)			
	2008	2009	2010
Baten			
Opbrengst moederdepartement	43 086	49 100	41 520
Opbrengst Rijksvaccinatieprogramma	57 134	98 300	72 300
Opbrengst derden	39 556	45 500	48 594
Buitengewone baten	125	1 300	0
Totaal baten	139 901	194 200	162 414
Lasten			
Apparaatskosten	131 909	188 300	156 914
– <i>Personele kosten</i>	24 868	26 500	25 500
– <i>Materiële kosten</i>	56 914	72 300	66 964
– Aangekocht product Rijksvaccinatieprogramma	50 127	89 500	64 450
Rentelasten	1 251	2 000	2 500
Afschrijvingskosten	3 207	6 000	7 000
Buitengewone lasten	6 130	0	0
Totaal lasten	142 497	196 300	166 414
Saldo van baten en lasten	– 2 596	– 2 100	– 4 000

Toelichting op de begroting van baten en lasten

Het NVI genereert zijn opbrengsten door bijdragen van het moederdepartement, omzet uit belevering van het Rijksvaccinatieprogramma en werken voor derden.

- De opbrengst moederdepartement bestaat onder andere uit de opbrengsten voor het uitvoeren van de Opdrachtgeversovereenkomst (OGO), het Strategisch Vaccin Onderzoeksprogramma (SVOP) en (de bijdrage aan de vaste kosten van) het Gemeenschappelijk Proefdier-Laboratorium (GPL). De bedragen voor de OGO en het SVOP zijn gebaseerd op de uitkomsten van het verbeterde kostprijsmodel op basis van integrale kosten. In onderstaande grafiek is de hieruit voortvloeiende budgetverdeling met ingang van 2009 weergegeven (bedragen x € 1 000);



- De opbrengst moederdepartement in 2010 omvat naast een reguliere bijdrage van € 26,7 miljoen een bijdrage voor doorlopende vaste kosten (€ 8,0 miljoen) en € 6,8 miljoen aan additionele opbrengsten opgenomen voor o.a. het onderzoeksproject RSV (uit het Fonds economische structuurversterking). In 2009 is sprake van tijdelijke compensatie voor het aanschaffen van BMR (€ 2,1 miljoen) en een vergoeding voor het uitvoeren van een extra project (griep pandemie) van ca. € 5,0 miljoen;
- De fluctuatie in de opbrengst RVP heeft onder meer te maken met de invoering van het HPV-vaccin in het Rijksvaccinatieprogramma en het uitvoeren van een inhaalcampagne;
- De opbrengst derden vertoont een stijgende lijn. Dit wordt enerzijds verklaard door het uitvoeren van een aantal grote extern gefinancierde onderzoeksprojecten en anderzijds door een hogere omzet polio. Ook de opbrengst voor het uitvoeren van de griepcampagne is (nog) onder opbrengst derden opgenomen (vanwege de rol van de SNPG);
- De buitengewone bate 2009 betreft een fiscale meevaller (vpb-teruggave uit voorgaande jaren).

Het NVI ontvangt compensatie voor vaste kosten van het productieapparaat, voor zover dat niet (meer) voor het RVP wordt benut. Het effect van het definitief stopzetten van de BMR-productie is hierin nog niet meegenomen; dit verklaart ook het negatieve saldo in 2009 respectievelijk 2010. Voor het vraagstuk van de onderbenutting van de productiecapaciteit zal in het kader van de transitie een structurele oplossing moeten worden gevonden.

De grootste kostenposten zijn materiële kosten, aangekocht product RVP en personele kosten.

- De fluctuatie in de materiële kosten wordt verklaard door het tijdelijk uitvoeren van extra projecten die ook tijdelijke extra kosten met zich meebrengen;
- De fluctuatie in de kosten aangekocht product RVP heeft te maken met de invoering van het HPV-vaccin (zie ook opbrengst RVP);
- De raming van de personele kosten is in 2010 met € 1 miljoen verlaagd ten opzichte van de verwachting 2009. Dit zal enerzijds worden opgelost door het natuurlijke verloop van het personeelbestand, anderzijds wordt een daling van de externe inhuur in 2010 verwacht. Beide effecten veronderstellen dat, vooruitlopend op de invulling van de personele taakstelling in het kader van de transitie, vacatures niet meer worden ingevuld en dat er sprake is van een hogere interne mobiliteit.

De rentelasten en afschrijvingskosten zijn de resultante van het meerjarige investeringsprogramma; ook dit zal in het kader van de transitie worden herijkt.

4.3 Doelmatigheidsparagraaf

Het NVI meet de doelmatigheid via de productiviteit per medewerker. Als nulmeting geldt de realisatie van 2008 die uitkwam op 75%. Voor 2009 is de doelstelling een productiviteit die hoger is dan 80%. De verwachting is dat medewerkers in het kader van het transitietraject meer aan (om)scholing gaan doen, wat ten koste van de productiviteit gaat. De verwachting is dat daardoor de productiviteit in 2010 op het niveau van 2008 zal liggen: 75%.

Tabel 4.2: Ontwikkeling productiviteit per medewerker			
	2008	Begroot 2009	Begroot 2010
Productiviteit per medewerker	75%	80%	75%

5. Rijksinstelling voor gesloten jeugdzorg Den Engh

5.1 Inleiding

Sinds 1 februari 2009 is Den Engh een baten-lastendienst. In 2009 is de tijdelijke status toegekend (kamerstuk 31 914, nr. 1) en is het vervolgtraject naar een definitieve status ingezet. Den Engh is een voormalige rijksinrichting binnen de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het ministerie van Justitie, die per genoemde datum is omgevormd tot een gesloten jeugdzorg instelling. De primaire opdrachtgever van Den Engh is het ministerie voor Jeugd en Gezin. Omdat het een rijksinstelling betreft en het ministerie van VWS de beheersfuncties voor Jeugd en Gezin uitvoert, ressorteert de instelling onder het ministerie van VWS.

Den Engh richt zich op het opvoeden en behandelen van jongeren met (meervoudige) gedragsproblemen, met als doel het verminderen van probleemgedrag en het bieden van een reëel toekomstperspectief. De huidige behandelcapaciteit bedraagt 168 plaatsen. In 2010 zal het aantal behandelplaatsen worden uitgebreid naar 202 plaatsen door nieuwbouw op de locatie Ossendrecht. De capaciteit zal dan bestaan uit 120 plaatsen in Den Dolder (hoofdlocatie), 64 plaatsen in Ossendrecht en 18 plaatsen op een tweetal opleidingschepen.

Meer informatie over de organisatie en taken van het Den Engh vindt men op de website: www.den-engh.nl.

5.2 Begroting van baten en lasten

Tabel 5.1: Begroting van baten en lasten (bedragen x € 1 000)	
	2010
Baten	
Opbrengst Jeugd en Gezin	28 045
Opbrengst overige departementen	630
Overige opbrengsten	25
Totaal baten	28 700
Lasten	
Apparaatskosten	26 727
– <i>Personele kosten</i>	<i>18 066</i>
– <i>Materiële kosten</i>	<i>8 661</i>
Afschrijvingskosten	1 220
Rentelasten	111
Dotatie voorzieningen	543
Totaal lasten	28 700
Saldo van baten en lasten	0

Toelichting begroting van baten en lasten

Den Engh ontvangt vanuit Jeugd en Gezin een drietal bijdragen:

- Een bijdrage voor exploitatielasten (gesloten jeugdzorg);
- Een vaste bijdrage voor kapitaallasten (huur en service, rente en afschrijving);
- Incidentele bijdragen vanwege bijzondere omstandigheden als Rijksinrichting (o.a. opbouw FLO-voorziening en transitiekosten).

Daarnaast voert Den Engh een ESF-project (Europees Sociaal Fonds) uit in het kader van Workwise (arbeidstoeileiding van gedetineerde jongeren). Het onderwijs dat de jongeren ontvangen wordt bekostigd vanuit middelen van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (OCW). Voor het ESF project fungeert OCW als co-financier.

Het aantal fte stijgt van 230 fte in 2009 naar 274 fte in 2010. Deze toename komt voort uit de uitbreiding van de capaciteit in Ossendrecht. Ook de materiële kosten zullen hierdoor stijgen.

De dotatie voor de voorziening betreft de medewerkers die vanwege een bezwarende functie gebruik maken van de FLO (functioneel leeftijds-ontslag) regeling. Deze bedragen (loonkosten tot aan pensioenleeftijd van 65 jaar) worden ineens bij aanvang van het FLO ten laste van het resultaat aan de voorziening toegevoegd.

5.3 Doelmatigheid

Den Engh bevindt zich in de procedure naar een definitieve status van een baten-lastendienst. Op dit moment zijn er nog geen doelmatigheidsindicatoren benoemd met betrekking tot de gesloten jeugdzorg. In het «Startdocument baten-lastendienstvorming rijksinstelling Den Engh» is afgesproken dat de kandidaatsdienst vanuit het kwaliteitskader gesloten jeugdzorg in 2010 doelmatigheidsindicatoren heeft opgesteld. De indicatoren dienen SMART gedefinieerd te worden en gekoppeld te worden aan een norm.

De transitie van een jeugdgevangenis in Justitie-verband naar een relatief zelfstandige jeugdzorginstelling is een omvangrijk proces, zowel qua bedrijfsvoering, behandeling en huisvesting. Daarnaast is er veel inspanning nodig om te voldoen aan het streefbeeld jeugdzorg plus (zoals de certificering via Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector, het terugbrengen van de behandel groepsgrootte naar maximaal 10 per groep en het regionaal werken) en om de instroom en doorstroom van jongeren op de juiste wijze te regelen met behoud van voldoende bezetting.

Financiële verbetering is mogelijk door efficiencylagen te maken binnen alle primaire en secundaire processen, door het kostenbewustzijn te verbeteren en door het vergroten van de behandelcapaciteit en het zorgaanbod.

De invoering van een ander (gedifferentieerd) kostprijsstelsel prijs (p) x hoeveelheid (q) per product/dienst realisatie, zal leiden tot een transparantere kostenstructuur.

6. Rijksinstelling voor gesloten jeugdzorg De Lindenhorst

6.1 Inleiding

Sinds 1 februari 2009 is De Lindenhorst een baten-lastendienst. In 2009 is de tijdelijke status toegekend en is het vervolgtraject naar een definitieve status ingezet (kamerstuk 31 914, nr. 1). De Lindenhorst is een voormalige rijksinrichting binnen de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het ministerie van Justitie, die per genoemde datum is omgevormd tot een gesloten jeugdzorg instelling. De primaire opdrachtgever van De Lindenhorst is het ministerie voor Jeugd en Gezin. Omdat het een rijksinstelling betreft en het ministerie van VWS de beheersfuncties voor Jeugd en Gezin uitvoert, ressorteert de instelling onder het ministerie van VWS.

De Lindenhorst is een gespecialiseerde jeugdzorg instelling en heeft als kerntaak het bieden van optimale bescherming en intensieve behandeling aan meisjes met ernstige gedragsproblemen.

Meer informatie over de organisatie en taken van De Lindenhorst vindt men op de website: www.delindenhorst.nl.

6.2 Begroting van baten en lasten

Tabel 6.1: Begroting van baten en lasten (bedragen x € 1 000)	
	2010
Baten	
Opbrengst Jeugd en Gezin	9 897
Opbrengst overige departementen	691
Opbrengst derden	26
Totaal baten	10 615
Lasten	
Apparaatskosten	9 628
– <i>Personele kosten</i>	6 055
– <i>Materiële kosten</i>	3 198
– <i>Kosten OCW i.h.k.v. ESF</i>	375
Rentelasten	21
Afschrijvingskosten	120
Dotatie voorzieningen	845
Totaal lasten	10 615
Saldo van baten en lasten	0

Toelichting begroting van baten en lasten

Baten

De Lindenhorst ontvangt vanuit Jeugd en Gezin een drietal bijdragen:

- Een bijdrage voor exploitatielasten (gesloten jeugdzorg);
- Een vaste bijdrage voor kapitaalslasten (huur en service, rente en afschrijving);
- Incidentele bijdragen vanwege bijzondere omstandigheden als Rijksinrichting (o.a. opbouw FLO voorziening en transitiekosten).

Baten-lasten diensten

Daarnaast voert De Lindenhorst een ESF-project (Europees Sociaal Fonds) uit in het kader van Workwise (arbeidstoeleiding van gedetineerde jongeren).

Het onderwijs dat de jongeren ontvangen wordt bekostigd vanuit middelen van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (OCW).

Lasten

De dotatie voor de voorziening betreft de medewerkers die vanwege een bezwarende functie gebruik maken van de FLO (functioneel leeftijds-ontslag) regeling. Deze bedragen (loonkosten tot aan pensioenleeftijd van 65 jaar) worden ineens bij aanvang van het FLO ten laste van het resultaat aan de voorziening toegevoegd.

6.3 Doelmatigheid

De Lindenhorst bevindt zich in de procedure naar een definitieve status van een baten-lasten dienst. Op dit moment zijn er nog geen doelmatigheidsindicatoren benoemd met betrekking tot de Gesloten Jeugdzorg. In het «Startdocument baten-lastendienstvorming rijksinstelling De Lindenhorst» is afgesproken dat de kandidaatsdienst vanuit het kwaliteitskader gesloten jeugdzorg in 2010 doelmatigheidsindicatoren heeft opgesteld. De indicatoren dienen SMART gedefinieerd te worden en gekoppeld te worden aan een norm.

De visie van De Lindenhorst is gericht op een zo lang als nodig en zo kort als mogelijk verblijf van het meisje in de geslotenheid. De Lindenhorst heeft door de kleinschaligheid een relatief hoge kostprijs per capaciteitsplaats. De doelmatigheid zal gericht zijn op een kortere verblijfsduur met dezelfde kwaliteit.

De transitie van een jeugdinrichting in Justitie-verband naar een relatief zelfstandige jeugdzorginstelling is een omvangrijk proces, zowel qua bedrijfsvoering, behandeling en huisvesting. Daarnaast is er veel inspanning nodig om te voldoen aan het streefbeeld jeugdzorg plus (zoals de certificering via Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector en het regionaal werken) en om de instroom en doorstroom van jongeren op de juiste wijze te regelen met behoud van voldoende bezetting. Financiële verbetering is mogelijk door efficiencylagen te maken binnen alle primaire en secundaire processen, door het kostenbewustzijn te verbeteren en door het vergroten van de behandelcapaciteit en het zorgaanbod.

De invoering van een ander (gedifferentieerd) kostprijsstelsel prijs (p) x hoeveelheid (q) per product/dienst realisatie, zal leiden tot een transparantere kostenstructuur.

BEDRIJFSVOERINGSPARAGRAAF

De ontwikkeling van de bedrijfsvoering kan niet los gezien worden van departementale en interdepartementale bundeling en samenwerking, onder meer als gevolg van het programma Vernieuwing Rijksdienst. De VWS-bedrijfsvoering zal meer en meer inspelen op en profiteren van de in te voeren rijksbrede kaders en deze vertalen naar concernbrede acties. Delen van uitvoerende (productie)werkzaamheden en diensten worden buiten het departement geplaatst of gebundeld ondergebracht in samenwerkingsverbanden met andere ministeries. Om deze trajecten te kunnen begeleiden zal de VWS-bedrijfsvoering zich op het terrein van regie ontwikkelen.

In de bedrijfsvoeringsparagraaf wordt ingegaan op de onderwerpen in de bedrijfsvoering die specifiek in 2010 aan de orde zullen zijn.

Personele ontwikkeling

Ook in 2010 wordt gewerkt aan de realisatie van de personele taakstelling in het kader van het project Vernieuwing Rijksdienst. In het komend jaar loopt het ritme van deze taakstelling aanzienlijk op. Waar in 2008 12,5% en in 2009 25% van de einddoelstelling gehaald moest worden, bedraagt dit percentage in 2010 50%. De resultaten uit 2008 en 2009 bieden een goed vertrekpunt voor het realiseren van deze doelstelling in 2010.

De gewenste personeelsreductie wordt in de eerste plaats bereikt door de mobiliteit van de medewerkers te vergroten. Daarnaast zal het personeel flexibeler worden ingezet door werkzaamheden meer horizontaal te organiseren en meer te werken in programma's en projecten. Medewerkers waarvoor binnen VWS het loopbaanperspectief dreigt te verdwijnen, zullen praktische ondersteuning krijgen bij het verkennen van de externe arbeidsmarkt. Bovendien worden initiatieven, ontwikkeld in het kader van het project «Ambtenaar van de toekomst» bij VWS ingezet.

Voor de versobering bedrijfsvoering zal het ministerie van VWS aansluiten bij de initiatieven die rijksbreed worden ontwikkeld.

Informatisering

In het voorjaar 2010 komt de geactualiseerde visie van VWS op de concernbrede inzet van I en IT ten behoeve van het primaire proces gereed, die aansluit op de rijksbrede agenda voor I en IT. De visie onderscheidt drie domeinen:

1. I en IT in de bedrijfsvoering (o.a. P-direkt)
2. Informatiemanagement in het primair proces (Informatie transparant, herinrichting financiële informatievoorziening en de informatiseringsagenda)
3. I en IT in het beleidsveld van VWS

In 2010 start de uitvoering van de implementatiestrategie van VWS voor het gebruik van open standaarden en open source. Bovendien worden de taken en medewerkers van het semi-statisch archief van het kernministerie in de loop van 2010 ondergebracht bij de nieuw te vormen archieforganisatie voor de rijksdienst.

Ook zal VWS de CIO-rol (chief information officer) invullen. In 2010 zullen stappen worden genomen om het financiële systeem van VWS te vervangen. Dit project wordt samen met de ministeries van Financiën, VROM en SZW uitgevoerd.

Bedrijfsvoeringsparagraaf

Inhuur externen

Om de uitgaven van inhuur externen te beheersen is het sturingsinstrument externe inhuur ontwikkeld. Dit instrument gaat uit van een vaste verhouding tussen de uitgaven inhuur externen en de loonkosten van het ambtelijk personeel. De uitgaven inhuur externen zullen worden teruggebracht naar 13%.

Duurzaam inkopen

In het kabinet is afgesproken dat in 2010 voor 100% duurzaam zal worden ingekocht. Voor circa 45 productgroepen zijn de duurzaamheidseisen en wensen inmiddels vastgesteld. VWS zal in 2009 de nodige maatregelen nemen, zoals het opstellen van werkinstructies, om de doelstelling te kunnen realiseren.

Subsidiebeheer

In 2009 is de doorlichting naar de bestaande subsidiepraktijk afgerond en is een vervolgproject van start gegaan. In 2010 worden de verbeterpunten uit het project en het rijksbrede «Kader financieel beheer rijkssubsidies» verder geïmplementeerd. Binnen het vervolgproject staan het uniformeren en stroomlijnen van het subsidieproces centraal (kamerstuk 31 700 XVI, nr. 141 en kamerstuk 31 865, nr. 5).

Huisvesting

Voor de gezamenlijke huisvesting van de bestuursdepartementen van VWS en SZW in de Resident wordt momenteel in samenwerking met SZW gewerkt aan een visiedocument dat als basis dient voor verdere plannen en realisatie vanaf 2010. De verhuizing van het bestuursdepartement van SZW is voorzien in 2013. Gelet op deze en andere ontwikkelingen is afgesproken een integraal en meerjarig VWS-huisvestingsbeleid voor het hele concern te ontwikkelen. Dit traject zal begeleid worden door een huisvestingscoördinator, die in 2009 is aangesteld.

FINANCIËEL BEELD ZORG

1. Inleiding

In dit hoofdstuk staan de premiegefinancierde zorguitgaven centraal. Voor deze zorguitgaven geldt een ander regime dan voor de begrotingsgefinancierde uitgaven, namelijk het Budgettair Kader Zorg (BKZ). In deze bijlage wordt het BKZ en de uitgaven die daaronder vallen in samenhang en totaliteit behandeld.

Paragraaf 2 beschrijft de definitie van het BKZ en de uitgavenbegrippen. De gebruikte informatiebronnen komen in paragraaf 3 aan de orde. De ontwikkeling van de uitgaven onder het BKZ worden in paragraaf 4 behandeld. Daar is tevens een totaaloverzicht opgenomen van de maatregelen en beleidsvoornemens zoals die in de artikelen zijn genoemd. De financiering van de zorguitgaven en de ontwikkeling van de premies Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en Zorgverzekeringswet (Zvw) worden in paragraaf 5 behandeld.

2. BKZ en uitgavenbegrippen

Het kabinet heeft in het coalitieakkoord afspraken vastgelegd over het financieel kader 2008–2011. Er zijn drie uitgavenkaders afgesproken, het kader rijksbegroting in enge zin (RBG-eng), het kader sociale zekerheid en arbeidsmarkt (SZA) en het budgettair kader zorg (BKZ). Deze uitgavenkaders staan ook wel bekend als de ijklijnen en zijn vastgelegd in reële termen. Daarbij is de afspraak gemaakt dat de uitgavenkaders gaandeweg het jaar aangepast worden aan de ontwikkeling van de prijs nationale bestedingen (pNB). Ieder voorjaar wordt deze prijsaanpassing voor het dan lopende jaar definitief vastgesteld.

Uitgaven die vallen onder het BKZ zijn de zorguitgaven die behoren tot het verzekerde pakket van de AWBZ en de Zvw. Daarnaast vallen onder het BKZ ook de bedragen die in het gemeentefonds beschikbaar zijn gesteld voor de zorgkosten die gemeenten door de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) dragen. Deze bedragen staan niet op de VWS-begroting, maar op de begroting van het gemeentefonds. Verder vallen de kosten van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en de opleidingskosten voor de erkende medische en tandheelkundige specialismen en voor een aantal medische specialisaties onder het BKZ. Deze kosten worden vanuit de begroting gefinancierd en respectievelijk onder artikel 43 en 42 van de VWS-begroting verantwoord. Ten slotte zijn er bedragen voor zorguitgaven gereserveerd op de begroting van het ministerie van Financiën die vallen onder het BKZ, dit zijn onder andere loon- en prijsbijstellingen. Al deze uitgaven samen worden de BKZ-uitgaven genoemd.

De BKZ-uitgaven worden ook wel naar de voornaamste financieringsbron premiegefinancierde (zorg)uitgaven of premie-uitgaven genoemd. In werkelijkheid worden deze uitgaven niet alleen gefinancierd uit de premieheffing AWBZ en Zvw, maar ook uit rijksbijdragen en eigen betalingen van de zorgconsumenten.

De BKZ-uitgaven verminderd met deze eigen betalingen worden de netto-BKZ-uitgaven genoemd. De netto-BKZ-uitgaven zijn de collectief gefinancierde zorguitgaven. Deze netto-BKZ-uitgaven worden getoetst aan het door het kabinet vastgestelde BKZ (uitgavenplafond). Voor de BKZ-uitgaven inclusief de eigen betalingen wordt de term bruto-BKZ-uitgaven gehanteerd.

3. Gebruikte informatiebronnen

De financiële informatievoorziening in de zorg komt tot stand door getrapte aanlevering. Verzekeraars, instellingen en individuele beroepsbeoefenaren leveren gegevens aan de zogenoemde gegevensleveranciers; financieringscijfers aan het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en de budgetgegevens aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Deze leveren op hun beurt geaggregeerde gegevens aan VWS.

College voor Zorgverzekeringen

De gegevens die het CVZ verstrekt over de AWBZ zijn voornamelijk gebaseerd op de bevoorschotting door het Centraal Administratiekantoor (CAK). Een klein deel van de financieringscijfers is gebaseerd op rapportages van de zorgkantoren.

Over de Zvw zijn voor de begrotingsvoorbereiding sinds het Jaarverslag 2008 en de Eerste suppletore begroting 2009 geactualiseerde gegevens ontvangen op basis van de jaarstaten van de zorgverzekeraars.

Nederlandse Zorgautoriteit

Voor de gebudgetteerde sectoren (waaronder ziekenhuizen en AWBZ-instellingen die zorg in natura leveren) ontvangt VWS informatie over de budgetontwikkeling van de NZa. Ten opzichte van het VWS Jaarverslag 2008 en de Eerste suppletore begroting 2009 zijn geactualiseerde gegevens ontvangen over de budgetontwikkeling in 2008 en voorgaande jaren. De budgetten over 2008 zijn gebaseerd op de gemaakte afspraken tussen zorgverzekeraars/zorgkantoren en zorgaanbieders. Daarnaast zijn de budgetten over de voorgaande jaren geactualiseerd aan de hand van de definitieve nacalculaties die hebben plaatsgevonden.

Informatie in het Financieel beeld zorg

Voor de bepaling van de uitgaven onder het BKZ zijn in eerste instantie de financieringscijfers van belang. Dit zijn CVZ gegevens over de schadelast in het kader van de Zvw en de AWBZ.

Ten aanzien van de gebudgetteerde ziekenhuissectoren wordt hiervan afgeweken en zijn de budgetten van de NZa gebruikt om de uitgavenontwikkeling van het A-segment te monitoren. Daarnaast is op basis van de jaarverslagen van de ziekenhuizen een voorlopige inschatting gemaakt van de kosten van de dbc's met vrije prijzen, het B-segment. Deze kosten maken geen onderdeel meer uit van de budgetten.

Schadelastgegevens laten met betrekking tot de ziekenhuissectoren ten opzichte van de budgetten een substantiële overdekking zien. Aangezien voor de gebudgetteerde ziekenhuissectoren voor het A-segment geldt dat de financiering via de dbc-declaraties dient ter dekking van het budget en een eventuele overdekking van de budgetten door verrekening ongedaan gemaakt wordt, wordt voor de gebudgetteerde ziekenhuissectoren voor het A-segment ervan uitgegaan dat de financiering gelijk is aan de budgetten. Voor het B-segment geldt dat de schadelastgegevens, voor het jaar 2008, pas eind van het jaar 2009 een meer definitief karakter krijgen. Hierdoor is in de ontwerpbegroting 2010 – op basis van de gegevens 2008 – geen aanpassing van het ziekenhuiskader mogelijk.

Ook voor de geneeskundige ggz door instellingen vormt de informatie van de NZa over de budgetontwikkeling de basis voor de in dit Financieel Beeld Zorg opgenomen informatie.

Relatie tussen budgetten en financiering

De financieringscijfers betreffen de schadelast in het kader van de Zvw en de AWBZ bij verzekeraars en zorgkassen zoals het Zorgverzekeringsfonds (ZVF) en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ). 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 naar boven of beneden bijgesteld in het kader van de nacalculatie. Wanneer financieringsachterstanden of voorsprongen zijn opgetreden, worden deze vervolgens door aanpassing van de voorschotten (bij de AWBZ) of via verrekenarieven of door verrekeningen (bij de ziekenhuiszorg) weggewerkt. Het gevolg van het wegwerken van financieringsachterstanden of voorsprongen is dat de ontwikkeling van de uitgaven van verzekeraars en de zorgkassen onder invloed staat van dit soort financieringsschommelingen.

4. Ontwikkeling van de uitgaven onder het BKZ

In tabel 1 is te zien hoe het BKZ voor het jaar 2010 sinds het coalitieakkoord (gepresenteerd in de ontwerpbegroting 2008) is aangepast en hoe de netto-BKZ-uitgaven zich verhouden tot het kader. Het BKZ is vastgesteld in het coalitieakkoord. Tijdens de kabinetsperiode verandert het kader in principe niet meer, afgezien van ijklijnmutaties (verschuivingen van uitgaven tussen de verschillende kaders), nominale bijstellingen en technische bijstellingen. Het BKZ wordt aangepast aan de ontwikkeling van de pNB. Hierdoor beweegt het kader mee met een hogere of lagere prijsontwikkeling. Sinds het opstellen van het coalitieakkoord is de verwachte prijsontwikkeling licht gedaald, waardoor het kader lager uitvalt. Daarnaast is het kader naar beneden aangepast als gevolg van ijklijnmutaties en technische bijstellingen. In het aanvullende beleidsakkoord heeft het kabinet daarnaast vastgelegd dat vanaf de begroting 2009 de uitgavenkaders ook gecorrigeerd worden voor macro-economische ontwikkelingen. Hiermee wordt de werking van de automatische stabilisatoren versterkt. Voor het BKZ houdt dit in dat het kader aangepast wordt aan het verschil tussen de ontwikkeling van de pNB en de daadwerkelijke ontwikkeling van de lonen en prijzen in de zorg. Als gevolg van al deze ontwikkelingen is het kader voor 2010 € 1 265 miljoen lager dan in de ontwerpbegroting 2008. De mutaties in de bruto-BKZ-uitgaven en -ontvangsten leiden per saldo tot een verlaging van de netto-BKZ-uitgaven met € 1 922 miljoen. Hiervan is bijna een miljard het gevolg van een daling van de verwachte loon- en prijsontwikkeling in de zorg. Daarnaast dalen de zorguitgaven omdat het BKZ vanaf 2010 een bijdrage levert aan de budgettaire problematiek op andere begrotingen. In totaal zijn voor 2010 de netto-uitgaven € 656 miljoen meer gedaald dan het kader. Voor 2010 is er dan ook sprake van een onderschrijding van het kader van € 656 miljoen.

Tabel 1 Ontwikkeling van het BKZ 2010 (bedragen x € 1 000 000)

	Bruto-BKZ- uitgaven	BKZ- ontvangsten (Eigen betalingen)	Netto-BKZ- uitgaven	BKZ	Overschrijding (+)/ Onderschrijding (-)
	a	b	c=a-b	d	e=c-d
Stand VWS ontwerpbegroting 2008	62 057	3 377	58 681	58 681	
Stand VWS ontwerpbegroting 2009	61 293	3 047	58 246	58 686	- 440
Stand VWS ontwerpbegroting 2010	59 734	2 975	56 759	57 416	- 656
<i>Mutatie</i>	- 2 323	- 401	- 1 922	- 1 265	- 656

Bron: VWS

4.1. Ontwikkeling BKZ-uitgaven en -ontvangsten 2009 t/m 2014

Tabel 2 laat vanaf de stand ontwerpbegroting 2009 de ontwikkeling van de BKZ-uitgaven en -ontvangsten zien. Waar in de begroting van 2009 de wijzigingen uit het laatst afgesloten jaar (jaarverslag) en het lopende jaar (Eerste suppletore begroting) gesaldeerd werden weergegeven, zijn nu alle grote mutaties vanaf de ontwerpbegroting 2009 zichtbaar.

Financieel Beeld Zorg

Tabel 2 Mutaties in de bruto-BKZ-uitgaven en ontvangsten sinds de ontwerpbegroting 2009 (bedragen x € 1 000 000)						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Bruto-BKZ-uitgaven stand VWS ontwerpbegroting 2009	58 009,6	61 292,9	65 003,9	69 378,8	73 803,9	
<i>Productieontwikkelingen, mee- en tegenvallers</i>						
a. Actualisatie zorguitgaven 2008 en doorwerking	838,4	804,9	804,5	804,8	804,8	
<i>Maatregelen en beleidsaanpassingen</i>						
b. Preferentiebeleid en verlopen patenten	- 370,0	- 495,0	- 545,0	- 545,0	- 545,0	
c. Tegenvaller receptregelvergoeding, aflopen transitieakkoord en volume (gebruik) geneesmiddelen	223,2	531,8	565,5	565,5	565,5	
d. (pseudo-)WW-premie	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0	
e. Wijziging voorcalculatie	- 67,4	- 53,3	- 55,7	- 58,1	- 59,8	
f. Besparingsverlies niet-indexeren huisartsen	37,0	9,0	6,0	3,0	2,0	
g. Maatregelen medisch specialisten		- 375,0	- 375,0	- 375,0	- 375,0	
h. Tariefmaatregel ggz		- 119,0	- 119,0	- 119,0	- 119,0	
i. Wet geneesmiddelenprijzen	- 12,5	- 72,5	- 80,0	- 80,0	- 80,0	
j. Doelmatig voorschrijven		- 127,0	- 110,0	- 110,0	- 110,0	
k. Aanpassing inschrijftarief		- 60,0	- 60,0	- 60,0	- 60,0	
l. Beloning doelmatig voorschrijven			120,0	60,0	60,0	
m. Zelfverwijzers		- 48,0	- 117,0	- 117,0	- 117,0	
n. Tariefmaatregel alle vrije beroepsbeoefenaren		- 57,5	- 94,3	- 94,3	- 94,3	
o. Pakketuit-/opname		- 3,3	- 3,3	- 3,3	- 3,3	
p. Aanpak topinkomens			- 27,0	- 27,0	- 27,0	
q. Sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten	44,0					
r. Ramingsbijstelling PGB	- 50,0	- 60,0	- 60,0	- 60,0	- 60,0	
s. Vermogensinkomensbijtelling	- 40,0	- 70,0	- 70,0	- 70,0	- 70,0	
t. Invulling taakstelling best practices		- 91,0	- 91,0	- 91,0	- 91,0	
u. Inzet reserve AWBZ knelpunten		- 113,0	- 19,0	- 18,0	- 20,0	
v. Ontbureaucratisering AWBZ			- 50,0	- 50,0	- 50,0	
w. Ramingsbijstelling tariefsmaatregelen AWBZ	- 60,0	- 60,0	- 60,0	- 60,0	- 60,0	
x. Prikkelwerking Wmo			- 50,0	- 50,0	- 50,0	
<i>Technische en macro-economische mutaties</i>						
y. Macro loon- en prijsbijstelling	- 531,8	- 1 362,7	- 2 009,9	- 2 835,1	- 3 709,5	
z. IJklijnmutaties	- 100,9	80,7	96,2	106,3	108,1	
aa. Diverse mutaties	17,4	152,4	106,9	100,7	103,7	
bb. Financieringsschuif	- 21,0					
<i>Totaal mutaties</i>	<i>- 63,6</i>	<i>- 1 558,5</i>	<i>- 2 267,1</i>	<i>- 3 152,5</i>	<i>- 4 026,8</i>	
Bruto-BKZ-uitgaven stand VWS ontwerpbegroting 2010	57 946,0	59 734,4	62 736,8	66 226,3	69 777,1	73 506,2
BKZ-ontvangsten stand VWS ontwerpbegroting 2009						
I. Vermogensinkomensbijtelling	- 40,0	- 70,0	- 70,0	- 70,0	- 70,0	
II. Wtcg	5,0	10,0	10,0	11,0	11,0	
III. IJklijnmutaties	- 7,2	- 11,4	- 5,3	- 3,9	- 2,6	
<i>Totaal mutaties</i>	<i>- 42,2</i>	<i>- 71,4</i>	<i>- 65,3</i>	<i>- 62,9</i>	<i>- 61,6</i>	
BKZ-ontvangsten stand VWS ontwerpbegroting 2010	2 951,3	2 975,2	3 260,9	3 409,1	3 577,2	3 747,9
Netto-BKZ-uitgaven stand VWS ontwerpbegroting 2009	55 016,1	58 246,3	61 677,7	65 906,8	70 165,1	
Netto-BKZ-uitgaven stand VWS ontwerpbegroting 2010	54 994,7	56 759,2	59 475,9	62 817,2	66 199,9	69 758,3

Bron: VWS

Uitgaven

a. Actualisatie zorguitgaven 2008 en doorwerking

Op basis van de gegevens van NZa en CVZ zijn de uitgaven 2008 geactualiseerd. Uit deze actualisatie volgt per saldo voor 2010 een tegenvaller van € 804,9 miljoen. Deze bestaat voornamelijk uit tegenvallers bij de medisch specialisten (€ 375 miljoen), ZBC-s (€ 30 miljoen), geneeskundige ggz (€ 185 miljoen), fysiotherapie (€ 55 miljoen), zorg in natura door AWBZ-instellingen (€ 234 miljoen) en meevallers bij de hulpmiddelen (€ 40 miljoen) en grensoverschrijdende zorg (€ 66 miljoen).

b. Preferentiebeleid en verlopen patenten

Geraamde opbrengsten van het preferentiebeleid en hogere besparingen dan geraamd als gevolg van het verlopen van octrooien van geneesmiddelen.

c. Tegenvaller receptregelvergoeding, aflopen transitieakkoord en volume (gebruik) geneesmiddelen

Dit betreft de gevolgen van de door de NZa vastgestelde receptvergoedingsregel voor apothekers, de gevolgen van het aflopen van het transitieakkoord geneesmiddelen per 2010 en de verwachte stijging van het gebruik van geneesmiddelen.

d. (pseudo-)WW-premie

Overheidswerkgevers waaronder academische ziekenhuizen zijn eigen risicodragers voor de WW. Zij gebruikten de WW-werknemerspremie ter gedeeltelijke dekking van de WW-lasten. Met ingang van 2009 is het tarief WW werknemerspremie echter op nul gezet, waardoor de academische ziekenhuizen deze inkomst verliezen. Voor het vervallen van deze inkomst worden zij gecompenseerd.

e. Wijziging voorcalculatie

Wijziging van de voorcalculatie van de loon- en prijsindexatie cure.

f. Besparingsverlies niet indexeren huisartsen

Nieuwe cijfers van het CPB hebben geleid tot een aanpassing van de geraamde opbrengst van het niet indexeren van de huisartsentarieven. Daarnaast was bij het niet indexeren 2009 abusievelijk geen rekening gehouden met de gewijzigde voor- en nacalculatiesystematiek.

g. Maatregelen Medisch specialisten

Ter redressering van de overschrijding bij de medisch specialisten worden verschillende maatregelen genomen. In de eerste plaats wordt de compensatiefactor voor de ondersteunende specialisten aangepast. De in 2005 ingeschatte compensatiefactoren zijn niet meer representatief en hebben geleid tot een onbedoeld hogere beloning dan was voorzien. Daarnaast worden de normtijden per specialisme herzien op basis van een nieuwe rondrekening. Tenslotte worden tarieven generiek neerwaarts bijgesteld.

h. Tariefmaatregel ggz

Om de overschrijding van de zorguitgaven te mitigeren worden de tarieven in de gehele geneeskundige ggz neerwaarts bijgesteld.

i. Wet geneesmiddelenprijzen

Dit betreft een aanpassing van de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp) en het onder de Wgp brengen van injectables.

j. Doelmatig voorschrijven

Dit betreft de geraamde opbrengst van het doelmatiger voorschrijven van geneesmiddelen door huisartsen. Voor 2010 en 2011 gaat het daarbij met name om het meer voorschrijven van generieke varianten van maagzuurremmers en cholesterolverlagers.

k. Aanpassing inschrijftarief

Het gaat hier om een korting op het inschrijftarief die door de NZa aan de huisartsen zal worden opgelegd.

l. Beloning doelmatig voorschrijven

Dit betreft het bedrag waarmee huisartsen worden beloond voor het realiseren van doelmatig voorschrijfgedrag.

m. Zelfverwijzers

In de acute basiszorg wordt toegewerkt naar integrale bekostiging. In 2010 wordt een eerste stap gezet om het mogelijk te maken dat substitutie van ziekenhuizen naar huisartsenposten kan plaatsvinden. Hiermee wordt tegemoet gekomen aan de behoefte van ziekenhuizen en huisartsenposten om te integreren. Integratie van spoedeisende hulpposten van ziekenhuizen met huisartsenposten is wenselijk vanwege een relatief groot aantal zelfverwijzers dat naar de spoedeisende hulp gaat, waarvan een groot deel huisartsgeneeskundig geholpen had kunnen worden. Daarnaast wordt er strenger op toegezien dat specialistische zorg die gedeclareerd wordt voor patiënten zonder verwijzing niet langer wordt vergoed. Dit zorgt ervoor dat er een prikkel is om met een zorgvraag eerst naar een zorgverlener in de eerstelijnszorg te gaan, waardoor het beroep op de tweedelijnszorg afneemt.

n. Tariefmaatregel alle vrije beroepsbeoefenaren

VWS zal voor alle vrije beroepsbeoefenaren (medisch specialisten, huisartsen, kraamzorg, verloskundigen etc.) het inkomensgerelateerde kostenbestanddeel van de tarieven voor de tweede helft van 2009 en voor heel 2010 niet indexeren.

o. Pakketuit-/opname

Op basis van het Pakketadvies 2009 van het CVZ wordt het Mandibulair repositie apparaat (een hulpmiddel voor het ademhalingsstelsel) in het basispakket opgenomen en wordt de vergoeding van Acetylcysteïne (slijmoplossend middel) per 1 januari 2010 uit het verzekerde pakket gehaald.

p. Aanpak topinkomens

In de Tweede Kamer hebben de minister van BZK en de vakministers vorig jaar verduidelijkt hoe zij het advies van de commissie-Dijkstal over de normering en de maximering van de inkomens van de topfunctionarissen in de semipublieke sector willen gaan uitwerken in wetgeving (zie dossiernummer TK 28 479). Die wetgeving zal ook betrekking hebben op de zorgsector. Indien de opbrengst van deze maatregel onvoldoende is, zal een andere maatregel worden ingezet om de opbrengst te bereiken.

q. Sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten

In het kader van de ZZP invoering zijn bij het CIBG 4000 aanvragen ingediend voor nieuwe plaatsen «sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten» (SGLVG)-verblijf. Om een budgettair neutrale

invoering te waarborgen zullen vanaf 2010 de ZZP tarieven binnen de gehandicaptenzorg worden aangepast. In 2009 zijn er echter macromeerkosten.

r. Ramingsbijstelling PGB

Door het CVZ wordt op basis van de halfjaarcijfers een lagere instroom van het aantal budgethouders in 2009 verwacht dan geraamd. Dit levert een meevaller van € 50 miljoen incidenteel en € 60 miljoen structureel (vanaf 2010) op.

s. Vermogensinkomensbijstelling

Structurele doorwerking in 2010 en latere jaren van de effecten van het amendement de Vries bij de begroting 2009 over de vermogensinkomensbijstelling (VIB).

t. Invulling taakstelling best practices

In 2008 is de intramurale capaciteit sneller toegenomen dan geraamd. De doorwerking hiervan wordt gedekt door een ophoging van de taakstelling best practices. Voor het bedrag van de totale taakstelling wordt de contracteerruimte gekort. Zorgkantoren zullen scherp inkopen door voor goed presterende instellingen hogere tarieven te hanteren dan voor minder presterende instellingen. Op deze wijze worden best practices beloond.

u. Inzet reserve AWBZ knelpunten

Er is een bedrag gereserveerd voor eventuele knelpunten in de contracteerruimte en het PGB subsidieplafond.

v. Ontbureaucratisering AWBZ

Er is een programma gestart om de uitvoering van de zorgprocessen te verbeteren en de bureaucratie terug te dringen. Voor de begroting 2011 moeten deze maatregelen nader zijn uitgewerkt.

w. Ramingsbijstelling tariefsmaatregelen AWBZ

Dit betreft een eerder wel doorgevoerde maar niet structureel geboekte tariefswijziging bij de ondersteunende begeleiding.

x. Prikkelwerking Wmo

De mogelijkheden tot het inbouwen van meer doelmatigheidsprikkels in de Wmo en tot het afromen van de doelmatigheidswinst zullen in overleg met de fondsbeheerders worden onderzocht. Indien de opbrengst van deze maatregelen onvoldoende is worden andere maatregelen ingezet om de opbrengst van € 50 miljoen te bereiken.

y. Macro loon- en prijsbijstelling (MEV 2010)

De raming van de loon- en prijsbijstelling is aangepast op basis van de Macro Economische Verkenning 2010 van het Centraal Planbureau (CPB).

z. IJklijnmutaties

Deze post is het saldo van diverse mutaties tussen het BKZ en de andere uitgavenkaders (RGB-eng en SZA). De meest omvangrijke daarvan betreft de mutatie in het kader van het aanvullend koopkrachtpakket op de (tot het BKZ behorende) Wtcg. De raming van de kosten van de forfaits wordt op de VWS-begroting per 2010 verhoogd met € 135 miljoen. Verder is er compensatie voor het niet uitvoeren van de VIB bij de vaststelling van de eigen bijdragen in de AWBZ en doet zich met name een aantal overhevelingen naar de VWS-begroting voor, o.a. voor middelen voor het

stagefonds, uitvoerings- en beheerskosten CAK en de financiering van enkele stichtingen. Daarnaast is een gedeelte van de reserve AWBZ knelpunten ingezet voor de gevolgen van de AWBZ ombuigingen op de begrotingen van andere departementen (OCW, JenG en VWS).

aa. Diverse mutaties

Deze post is het saldo van verschillende mutaties.

bb. Financieringsschuif

Er is sprake van een zeker tijdsverloop tussen het moment dat de NZa de productieafspraken van partijen heeft ontvangen en de verwerking daarvan in de budgetten en de bevoorschotting van de instellingen. Als gevolg daarvan is het gebruikelijk dat de financiering binnen een jaargrens afwijkt van de uitgaven (budgetten) in dat jaar. Zo ontstaan zogeheten financieringsachterstanden of -voorsprongen. Deze verschillen worden in het daaropvolgende jaar verrekend. Tussen de jaren doen zich daardoor incidentele financieringsschuiven voor. Over meerdere jaren gezien volgt de financiering echter altijd de uitgaven.

In 2008 laat de actualisatie van de financiering een grotere bijstelling zien dan de actualisatie van de uitgaven: in 2008 is er meer gefinancierd dan op grond van de uitgaven verwacht zou worden. Dit levert een voorsprong in de financiering op. In 2009 vindt hiervoor verrekening plaats. Tevens zijn de uitgaven 2008 naar boven bijgesteld en zijn de uitgaven in de jaren daarvoor geactualiseerd: deze toename van de budgetten moet achteraf nog gefinancierd worden. Hier is sprake van een achterstand in de financiering. Ook dit wordt verrekend in 2009.

Beide effecten samen leiden tot een financieringsschuif van € -21,0 miljoen in 2009.

Ontvangsten

I. Vermogensinkomensbijtelling

Structurele doorwerking in 2010 en latere jaren van de effecten van het amendement de Vries bij de begroting 2009 over de vermogensinkomensbijtelling (VIB). Door het niet invoeren van de VIB met ingang van 1 juli 2009 bij de vaststelling van de eigen bijdragen in de AWBZ, treedt er een tegenvaller bij de ontvangsten op van structureel € 80 miljoen. Voor 2009 bedraagt deze tegenvaller € 40 miljoen. Een van de maatregelen die genomen is voor de compensatie van deze tegenvaller is de verhoging van de maximale eigen bijdrage in de AWBZ voor de relatief hoge inkomens (boven de € 40 000). Vanaf 1 januari 2010 is de opbrengst hiervan € 10 miljoen.

II. Wtcg

Bij het invoeren van de Wtcg is bij de berekening van de korting op de eigen bijdrage rekening gehouden met de invoering van de VIB. Nu de VIB niet doorgaat wordt de berekende korting neerwaarts bijgesteld.

III. JKlijnmutaties

Dit is het saldo van diverse kleine mutaties tussen het BKZ en de andere uitgavenkaders (RBG-eng en SZA).

4.2 Beschikbare middelen per artikel

In tabel 3 worden de relevante BKZ-uitgaven op artikelniveau gepresenteerd. Door middel van de financieringsachterstand en een niet kader relevante mutatie wordt de aansluiting gemaakt tussen de Zorguitgaven

Financieel Beeld Zorg

(zie betreffende (beleids)artikelen) en het financieringsniveau van het bruto-BKZ, de uitgaven van de zorgverzekeraars en de zorgkassen. De financieringsachterstand ontstaat bij de gebudgetteerde sectoren (zoals de zorg in natura geleverd door AWBZ-instellingen) onder andere door een verschil tussen de budgetten en de financiering door de zorgverzekeraars en zorgkantoren. De niet kader relevante mutatie betreft een mutatie uit het aanvullend coalitieakkoord (kamerstuk 31 070, nr. 24). Daar zijn door het kabinet middelen beschikbaar gesteld ter stimulering van de bouw in de zorg. Het gaat om een bedrag van € 160 miljoen voor de cure en de care (totaal € 320 miljoen).

Tabel 3 Verdeling van de zorguitgaven per artikel (bedragen x € 1 000 000)						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Volksgezondheid	108,5	107,8	107,4	107,4	107,4	107,4
Gezondheidszorg	32 567,8	33 346,8	34 421,6	34 432,5	34 472,8	34 480,5
Langdurige zorg	22 532,4	22 484,6	23 062,0	23 368,2	23 452,0	23 454,3
Maatschappelijke ondersteuning	177,8	178,0	178,1	178,3	178,3	178,3
Nominaal en onvoorzien	179,7	934,8	1 821,0	4 952,8	8 342,2	11 978,6
Wmo (gemeentefonds)	1 532,0	1 626,6	1 626,6	1 626,6	1 626,6	1 672,5
Opleidingsfonds (begroting VWS)	838,4	839,7	851,5	856,2	860,6	865,2
Wtcg (begroting VWS)		499,3	511,5	518,1	525,9	530,9
Begrotingsgefinancierde BKZ-uitgaven	30,4	36,8	157,1	186,2	211,3	238,5
Zorguitgaven ontwerpbegroting 2010	57 967,0	60 054,4	62 736,8	66 226,3	69 777,1	73 506,2
Financieringsachterstand	- 21,0					
Niet kaderrelevant	- 320,0					
Bruto-BKZ-uitgaven stand VWS ontwerpbegroting 2010	57 946,0	59 734,4	62 736,8	66 226,3	69 777,1	73 506,2

Bron: VWS

Tabel 4 geeft de ontwikkeling aan van de zorguitgaven op de beleidsartikelen. De ontwikkeling tussen 2008 en 2009 respectievelijk 2009 en 2010 is daarbij onderverdeeld naar de oorzaak van de ontwikkeling: volume, nominaal of technisch.

Tabel 4 – Horizontale uitgavenontwikkeling beleidsartikelen (bedragen x € 1 000 000)									
	2008	volume	nominaal	technisch	2009	volume	nominaal	technisch	2010
Volksgezondheid	112,1	0,2	1,6	- 5,4	108,5	0,2	- 0,1	- 0,8	107,8
Gezondheidszorg	31 069,3	933,3	612,7	- 47,5	32 567,8	498,4	191,1	89,5	33 346,8
Langdurige zorg	21 147,7	855,9	588,4	- 59,6	22 532,4	-208,4	151,9	8,7	22 484,6
Maatschappelijke ondersteuning	171,7	0,5	5,6	0,0	177,8	0,0	0,2	0,0	178,0

Bron: VWS

De volumeontwikkeling 2009–2010 is lager dan die in 2008–2009. Dit is met name het saldo van de jaarlijkse autonome volumeontwikkeling van de zorguitgaven, de tegenvallers uit de actualisatie van de zorguitgaven 2008 en de doorwerking naar latere jaren en daarbij behorende kostenbeperkende maatregelen. Uit de actualisatie volgt per saldo een structurele overschrijding van circa € 800 miljoen. De kostenbeperkende maatregelen – welke een neerwaarts volume effect hebben – kunnen pas

in het jaar 2010 genomen worden. Dit geldt voor de gezondheidszorg o.a. voor de medisch specialisten en geneeskundige ggz. Bij de langdurige zorg gaat het voornamelijk om de overschrijding bij de AWBZ-instellingen die zorg in natura leveren. Tevens levert bij langdurige zorg de vorig jaar aangekondigde en in 2009 gestarte maatregel «functies begeleiding en behandeling» in 2010 substantiële besparingen op. Daarnaast heeft het kabinet besloten da alle departementen een bijdrage leveren aan het toplossen van de rijksbrede budgettaire problematiek. Hiervoor heeft VWS extra maatregelen getroffen, voor 2010 optellend tot € 0,2 miljard.

De nominale ontwikkeling 2008–2009 betreft vooral de jaarlijkse aanpassing van de uitgaven aan loon- en prijsontwikkeling in 2009. Aangezien de loon- en prijsontwikkeling 2010 bij het verschijnen van het Centraal economisch plan (CEP) van het CPB wordt vastgesteld (maart 2010), is deze nog niet aan de beleidsartikelen toegedeeld en daarom ook niet in deze tabel terug te vinden. De nominale ontwikkeling 2009–2010 betreft met name de door het kabinet beschikbaar gestelde middelen ter stimulering van de bouw in de zorg. Deze middelen dragen eraan bij dat instellingen de financiering van hun bouwplannen eerder rond kunnen krijgen.

De technische ontwikkeling 2008–2009 en 2009–2010 is vooral te verklaren door de mutaties tussen het BKZ en de andere uitgavenkaders (RBG-eng en SZA).

5. Financiering van de zorguitgaven

De financiering van de bruto BKZ-uitgaven laat zich in een aantal categorieën uitsplitsen. Tabel 5 geeft deze verdeling voor het jaar 2010 in cijfers weer.

Tabel 5 Financiering bruto BKZ- uitgaven (bedragen x € miljard)	
	2010
AWBZ	21,8
Zvw	32,3
Eigen betaling AWBZ	1,5
Eigen betaling Zvw	1,5
Overheid (opleidingsfonds/Wtgcg)	1,4
Overheid (gemeentefonds)	1,6
Bruto-BKZ-uitgaven stand VWS ontwerpbegroting 2010¹	60,1

Bron: VWS

¹ Inclusief de «niet kader relevante» mutatie uit het aanvullend coalitieakkoord. Daar zijn door het kabinet middelen beschikbaar gesteld ter stimulering van de bouw in de zorg. Het gaat om een bedrag van € 320 miljoen.

Zorgverzekeringswet

De belangrijkste uitgavenpost die resulteert uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) is natuurlijk het betalen van zorgkosten voor verzekerden door zorgverzekeraars (zie tabel 6). Daarnaast maken verzekeraars beheerskosten om de wet uit te voeren. Ook zijn er rechtstreekse betalingen van het zorgverzekeringsfonds (uitgaven in het kader van internationale verdragen en de academische component).

Ter dekking van deze uitgaven worden er inkomensafhankelijke bijdragen geïnd, wordt er een nominale premie geheven, wordt er een rijksbijdrage verstrekt ter dekking van de fictieve premielast van kinderen en wordt er

door burgers zelf bijgedragen aan de zorgkosten via het eigen risico. Ook zijn er nog overige baten van het zorgverzekeringsfonds. Dit betreft rentebaten en de premieervangende bijdrage van niet-ingezetenen en gemoedsbezwaarden.

Tabel 6 Uitgaven en inkomsten Zvw (bedragen x € 1 miljard)			
	2008	2009	2010
Uitgaven ten laste van de macropremielast ¹			
– Zorguitgaven verzekeraars	30,2	31,6	32,9
– Rechtstreekse uitgaven zorgverzekeringsfonds	0,8	0,8	0,8
– Beheerskosten/saldi verzekeraars	1,3	1,8	1,6
– Totaal	32,3	34,2	35,3
Inkomsten			
– Inkomensafhankelijke bijdrage	17,1	16,7	17,5
– Nominale premie	13,5	13,8	14,1
– Rijksbijdrage kinderen	2,1	2,1	2,1
– Eigen betalingen	1,4	1,4	1,5
– Overige baten zorgverzekeringsfonds	0,0	0,0	0,0
– Totaal	34,1	34,0	35,2

¹ BKZ relevant zijn hiervan de zorguitgaven van de verzekeraars (exclusief de bouwimpuls uit het stimuleringspakket) plus de uitgaven in verband met internationale verdragen (afgerond samen 33,6 miljard in 2010).

Het zorgverzekeringsfonds

De Zvw wordt uitgevoerd door verzekeraars. Naast de individuele verzekeraars is er een zorgverzekeringsfonds (ZVF). Dit fonds ontvangt de inkomensafhankelijke bijdrage en de rijksbijdrage voor kinderen (zie tabel 7). Uit het ZVF ontvangt elke verzekeraar een bedrag ter gedeeltelijke dekking van de zorguitgaven. Dit bedrag houdt rekening met het risicoprofiel van de verzekerden bij die verzekeraar. Daarnaast ontvangen verzekeraars uit het ZVF een vergoeding voor de beheerskosten van verzekerde kinderen. Uit het ZVF vinden rechtstreekse betalingen plaats op grond van internationale verdragen, subsidies en de zogenaamde academische component van academische ziekenhuizen.

De uitgaven van het ZVF stijgen van 2009 op 2010 met € 0,7 miljard. Dit hangt vrijwel geheel samen met de hogere bijdrage aan de verzekeraars ter dekking van zorgkosten. Via deze hogere bijdrage wordt circa de helft van de kostenstijging van verzekeraars (van € 1,3 miljard) opgevangen. Het andere deel wordt opgevangen via hogere nominale premies. De inkomensafhankelijke bijdrage groeit van 2009 op 2010 met € 0,8 miljard. Via deze groei worden zowel de hogere uitgaven van het fonds als de verbetering van het saldo van het ZVF mogelijk gemaakt. Daaraan wordt ook een beperkte bijdrage geleverd door de hogere rijksbijdrage, die de ontwikkeling van de nominale premie en het aantal kinderen volgt. Ten opzichte van de cijfers die zijn gemeld in de begroting 2009 is het vermogenssaldo van het ZVF per ultimo 2009 met € 0,5 miljard neerwaarts bijgesteld. Dit is het gevolg van thans hoger ingeschatte uitgaven in 2008 en 2009 (€ 0,3 miljard), thans lager ingeschatte inkomensafhankelijke bijdragen in 2009 (€ 0,3 miljard) en thans hogere ingeschatte inkomensafhankelijke bijdragen 2008 (€ 0,1 miljard). Per saldo resulteert er naar huidige inschatting een vermogenssaldo van € 0,0 miljard. Er hoeft daardoor dus ook geen tekort of overschot te worden weggewerkt in de premies 2010.

De verzekeraars

Verzekeraars ontvangen uit het ZVF een bijdrage ter gedeeltelijke dekking van de zorgkosten die zij moeten betalen. Verder ontvangen ze eigen betalingen van verzekerden. Het bedrag dat een verzekeraar uit het ZVF ontvangt is zodanig dat hij – rekeninghoudend met zijn verzekerdenpopulatie en een gemiddeld kostenpatroon – per premiebetalende verzekerde een gelijk bedrag op zijn zorgkosten tekort komt. Dit bedrag is de zogenaamde nominale rekenpremie. Verzekeraars dienen echter ook hun beheerskosten en exploitatiesaldi te dekken. Dit kunnen zij alleen door een opslag te leggen op de rekenpremie; de opslagpremie. In die opslag kunnen verzekeraars ook winsten en verliezen uit het verleden, afwijkende inschattingen ten aanzien van de zorguitgaven of risicoopslagen verwerken. In de ramingen is verondersteld dat het exploitatiesaldo bij de verzekeraars € 0,3 miljard bedraagt in 2010. De opbrengst van het eigen risico neemt in de tijd licht toe vanwege de indexatie van de hoogte van het eigen risico.

Tabel 7 Exploitatie en premiestelling Zvw (bedragen x € 1 000 000)			
	2008	2009	2010
ZORGVERZEKERINGSFONDS			
Uitgaven	17 312,1	18 908,1	19 582,0
– Uitkering aan verzekeraars voor zorg	16 325,9	17 905,2	18 559,5
– Uitkering voor beheerskosten kinderen	174,9	176,9	177,1
– Rechtstreekse uitgaven ZVF	811,4	826,0	845,4
Inkomsten	19 148,1	18 753,8	19 518,3
– Inkomensafhankelijke bijdrage	17 113,9	16 705,4	17 461,6
– Rijksbijdrage kinderen	2 071,7	2 080,7	2 132,6
– Bijdrage verz. met meerjarig hoge kosten	– 87,6	– 92,1	– 100,2
– Overige baten	50,1	59,7	23,5
Exploitatiesaldo	1 835,9	– 154,3	– 63,7
Vermogen Zorgverzekeringsfonds	– 399,1	– 553,4	– 617,2
Vermogensnorm ¹	– 600,0	– 600,0	– 600,0
Vermogenssaldo Zorgverzekeringsfonds	200,9	46,6	– 17,2
INDIVIDUELE VERZEKERAARS			
Uitgaven	31 413,2	33 295,1	34 382,7
– Zorg	30 179,0	31 612,6	32 871,5
– Beheerskosten/exploitatiesaldi	1 234,2	1 682,5	1 511,2
Inkomsten	31 413,2	33 295,1	34 382,7
– Uitkering van ZVF voor zorg	16 325,9	17 905,2	18 559,5
– Uitkering voor beheerskosten kinderen	174,9	176,9	177,1
– Nominale rekenpremie	12 454,8	12 251,3	12 763,6
– Nominale opslagpremie	1 065,7	1 513,6	1 334,1
– Eigen risico	1 391,9	1 448,1	1 548,4

¹ Het feitelijk vermogen van het zorgverzekeringsfonds wordt vanaf 2008 negatief beïnvloed door een zuiver boekhoudkundige post. Dit betreft de verschuiving in de financiële verantwoording van de kosten van handelingen in jaar t+1 bij DBC's in de GGZ die geopend zijn in jaar t. Deze kosten werden voor de introductie van DBC's op jaar t+1 geboekt en sinds de introductie van DBC's op jaar t, terwijl er in de werkelijkheid verder niets gebeurt. Deze verschuiving is niet relevant voor het EMU-saldo en het BKZ. Via de vermogensnorm van -600 miljoen wordt voorkomen dat deze boekhoudkundige verschuiving wel premieconsequenties heeft.

Bron: VWS

De nominale premies en inkomensafhankelijke bijdragen

Voor 2010 komt de inkomensafhankelijke bijdrage uit op 7,05%, de nominale premie wordt geraamd op € 1 085. Voor beide onderdelen betekent dit een lichte stijging ten opzichte van 2009.

De verhouding tussen de inkomensafhankelijke bijdrage en de nominale premie is vastgelegd in de wet; beide bedragen 50% van de macropremielast. De ene helft bevat louter de inkomensafhankelijke bijdrage, de andere 50% van de macropremielast bestaat uit de nominale premies die verzekeraars innen, de rijksbijdrage ter vervanging van premies voor kinderen, en de eigen betalingen. De eigen betalingen betreffen vanaf 2008 de betalingen in verband met het eigen risico gecorrigeerd voor de compensatie van het eigen risico voor langdurig zieken.

De belangrijkste oorzaak van de stijging van de premies is dat de zorguitgaven sneller groeien dan het aantal premie betalers en het premieplichtig inkomen. Dit effect leidt tot een stijging van de nominale premie van bijna € 40 en tot een stijging van de inkomensafhankelijke bijdrage met circa 0,1%-punt. Daarnaast zijn er enkele andere kleine effecten. De nominale premie wordt overigens vastgesteld door de verzekeraars en het gemiddelde kan dus ook anders uitkomen dan op de nu geraamde bedragen.

Naast de verhouding tussen de inkomensafhankelijke bijdrage en de nominale premies, is ook in de wet vastgelegd dat, indien deze verhouding niet 1 op 1 is, er een correctie plaatsvindt in het volgende jaar. In alle jaren dat de Zvw bestaat hebben de verzekeraars hun nominale premie lager vastgesteld dan verwacht in de respectievelijke begrotingen. Ook de inkomensafhankelijke bijdrage brengt naar huidig inzicht in dezelfde jaren, met uitzondering van het jaar 2008, minder op dan verwacht in de respectievelijke begrotingen (zij het in beperktere mate dan de nominale premie). Per saldo leidt dit er toe dat er in de jaren 2006 tot en met 2009 € 0,6 miljard minder is opgehaald via het nominale deel dan met de inkomensafhankelijke bijdrage (in 2006 tot en met 2008 cumulatief € 1,1 miljard minder nominaal en in 2009 € 0,5 miljard meer nominaal). Het cumulatieve verschil van € 0,6 miljard wordt in de volgende vier jaren gecorrigeerd. Daartoe wordt de inkomensafhankelijke bijdrage gedurende de jaren 2010–2013 zo vastgesteld dat deze iets minder dan 50% van de macropremielast opbrengt, zodat uiteindelijke over de periode 2006–2013 de verhouding tussen het nominale deel en de inkomensafhankelijke bijdrage weer in evenwicht is. Praktisch gezien leidt de correctie tot een raming waarin de nominale premies (plus rijksbijdrage en eigen risico) in 2010 € 0,15 miljard hoger zijn dan de inkomensafhankelijke bijdrage. In 2009 bedraagt het nominale deel naar huidige inschatting € 0,5 miljard meer dan het inkomensafhankelijke deel. Het verschil tussen beide delen neemt van 2009 op 2010 dus af. Hierdoor groeit het inkomensafhankelijke aandeel en daalt het nominale aandeel. Dit heeft een neerwaarts effect op de nominale premie van ruim € 10 en een opwaarts effect op de inkomensafhankelijke bijdrage van 0,05%.

In het ZVF wordt voor 2009 nu een negatief exploitatiesaldo voorzien van € 0,2 miljard. Voor 2010 is het verwachte negatieve saldo € 0,1 miljard. Deze verbetering van het saldo van het ZVF heeft een opwaarts effect op de premies. Bij de individuele verzekeraars wordt uitgegaan van een beperkte verslechtering van het exploitatiesaldo. Per saldo hebben deze twee bijstellingen een marginaal effect op de premies.

Vanwege de indexatie stijgt het verplichte eigen risico van € 155 in 2009 naar € 165 in 2010. Het gemiddelde bedrag dat verzekerden zelf moeten betalen zal daardoor met ruim € 5 stijgen. De nominale premie kan daardoor met dat bedrag dalen.

Tabel 8 Premieoverzicht			
	2008	2009	2010
Zvw			
Inkomensafhankelijke bijdrage normaal (in %)	7,20	6,90	7,05
Inkomensafhankelijke bijdrage verlaagd (in %)	5,10	4,80	4,95
Nominale rekenpremie ¹	970	947	983
Nominale opslagpremie (gemiddeld) ²	83	117	103
Nominale premie totaal (gemiddeld) ²	1 053	1 064	1 085
Premiekorting in collectieve polissen	44	39	38
Nominale premie excl. korting collectieve polissen (gem)	1 097	1 103	1 123
Eigen risico (gemiddeld) ²	103	106	111
Standaardpremie ¹	1 200	1 209	1 235
Nominale premie totaal 18-	0	0	0
Verplicht eigen risico ¹	150	155	165
Compensatie verzekerden met meerjarig hoge kosten ¹	47	49	54

¹ Jaarbedragen in Euro

² Jaarbedragen in Euro; dit betreft een raming.

Bron: VWS

De zorgtoeslag

De zorgtoeslag waarborgt dat geen enkel huishouden een groter deel van zijn inkomen aan ziektekostenpremie hoeft te betalen dan wat aan de hand van deze wet als aanvaardbaar wordt berekend. De lasten die daar boven uit stijgen komen in aanmerking voor compensatie via de zorgtoeslag. Maatgevend voor de premielasten zijn in het kader van de zorgtoeslag niet de feitelijke, door de burger betaalde premies, maar de standaardpremie. Deze is bepaald als het gemiddelde van de premies die worden betaald in de markt, vermeerderd met het gemiddelde bedrag dat een verzekerde aan eigen risico betaalt¹. Voor de zorgtoeslag 2010 wordt in deze begroting uitgegaan van de raming van de standaardpremie zoals opgesteld door het CPB in de MEV 2010. Deze raming voor 2010 bedraagt € 1235. Dit komt overeen met de eerder genoemde raming van de nominale premie van € 1085 plus het geraamde gemiddelde eigen risico van € 111 plus een correctie van € 38 voor de premiekorting in collectieve polissen. De belastingdienst/toeslagen ontvangt voordat de zorgtoeslag feitelijk wordt uitgekeerd een geactualiseerde inschatting van de hoogte van de nominale premie nadat de verzekeraars hun premie bekend hebben gemaakt.

¹ Er wordt gerekend met het gemiddeld eigen risico dat een verzekerde betaalt die geen vergoeding krijgt in verband met meerjarig hoge kosten.

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

Tabel 9 Exploitatie en premiestelling AWBZ (bedragen x € 1 000 000)			
	2008	2009	2010
ALGEMEEN FONDS			
Uitgaven ¹	21 998,4	23 106,6	23 326,3
– Zorgaanspraken en subsidies	22 818,1	22 893,7	23 118,9
– Beheerskosten	180,3	212,9	207,9
Inkomsten	21 893,5	19 260,9	21 073,2
– Procentuele premie	15 533,0	12 833,6	14 870,4
– Eigen bijdragen	1 675,1	1 587,3	1 518,2
– Rijksbijdrage	11,5	11,6	11,8
– BIKK	4 774,3	4 896,4	4 863,3
– Overige baten	– 100,4	– 68,0	– 190,5
Exploitatiesaldo	– 104,9	– 3 845,6	– 2 253,1
Vermogen Algemeen Fonds	– 911,0	– 4 756,7	– 7 009,7
Vermogensnorm ²	1 113,2	1 406,4	1 311,3
Vermogenssaldo	– 2 024,3	– 6 163,1	– 8 321,0
Procentuele premie (in %)	12,15	12,15	12,15

¹ De uitgaven van € 23,3 miljard in 2010 in deze tabel betreft de optelling van de posten AWBZ plus Eigen betaling AWBZ uit tabel 5.

² Bij het AFBZ geldt dat de afdracht van de premies met een grotere vertraging plaatsvindt dan de uitgaven. Daardoor is het feitelijke kassaldo van het AFBZ negatief bij een vermogen van nul. Beoogd is dat het normvermogens zo is vastgesteld dat bij een vermogenssaldo van nul een kassaldo van nul bij het fonds resulteert.

De uitgaven in het kader van de AWBZ worden gefinancierd uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ). Deze uitgaven worden gedekt door premie-inkomsten, eigen bijdragen, de «BIKK». Een positief of negatief saldo beïnvloedt de hoogte van het vermogen van het AFBZ, dat wordt aangehouden in Rijks schatkist. Het exploitatiesaldo van het AFBZ telt mee in het EMU-saldo en vermogenssaldi beïnvloeden de hoogte van de overheidsschuld.

Onder uitgaven worden in tabel 9 verstaan de zorgaanspraken, de AWBZ-subsidies en de beheerskosten die worden gefinancierd uit het AFBZ. Het betreft dus ook uitgaven die gefinancierd worden uit eigen bijdragen. Ten aanzien van de AWBZ-premie is niet besloten tot bijstellingen. De premie blijft dus 12,15%. De premieopbrengst wordt naast de ontwikkeling van het premiepercentage en het premieplichtig inkomen ook beïnvloed door nog met de belastingdienst te verrekenen bedragen uit oude jaren. Omdat er in 2010 naar huidige verwachting minder hoeft te worden terugbetaald aan de belastingdienst stijgen de premie-inkomsten meer dan de uitgaven, wat leidt tot een dalend exploitatietekort. Via de Bijdrage in de Kosten van Kortingen (BIKK) worden de volksverzekeringsfondsen gecompenseerd voor een premiederving die resulteerde uit de herziening van het belastingstelsel in 2001. De BIKK volgt de ontwikkeling van de heffingskortingen en het aandeel van de AWBZ-premie in de eerste schijf.

In 2008 en 2009 wordt nu een negatief exploitatiesaldo voorzien van € 0,1 respectievelijk € 3,8 miljard. Dat is in 2008 fors beter en in 2009 fors

slechter dan voorzien in de Ontwerpbegroting 2009. Dit is vooral het gevolg van de verwerking van met de belastingdienst te verrekenen bedragen uit oude jaren. In 2009 komt de premieopbrengst (en daarmee het saldo) hierdoor € 1,4 miljard lager uit. De premies komen in 2009 daarnaast € 0,6 miljard lager uit vanwege lagere premieplichtige inkomens (als gevolg van de economische crisis). Deze laatste verslechtering maakt deel uit van de zogenaamde «automatische stabilisatoren». Dat betekent dat op belasting- en premietegenvallers in tijden van economische neergang niet wordt gereageerd met bezuinigingen of verhogingen van premiepercentages, omdat die de economische neergang nog zullen verslechteren.

In 2010 resulteert een negatief saldo van € 2,3 miljard. Dat saldo is voor € 0,7 miljard negatief vertekend door nabetalingen.

VERDIEPINGSHOOFDSTUK

Het verdiepingshoofdstuk bestaat uit een cijfermatig overzicht (begroting en/of premie) per artikel. Bij ieder artikel wordt eerst de opbouw van de stand vanaf de ontwerpbegroting 2009 tot aan de stand ontwerpbegroting 2010 opgenomen. Daarna worden de belangrijkste nieuwe mutaties toegelicht.

Begrotingsuitgaven

De mutaties van de begrotingsuitgaven zijn toegelicht voor zover de kasbedragen in 2010 beleidsmatig relevant zijn.

Premie-uitgaven

De mutaties in de premie-uitgaven sinds het jaarverslag 2008 en de 1e suppletore wet 2009 zijn toegelicht. Zonodig worden ook één of meer belangrijke mutaties uit het jaarverslag 2008 en de 1e suppletore wet 2009 genoemd en inhoudelijk toegelicht.

Voor een beknopt premiebeeld wordt u verwezen naar de bijlage Financieel beeld zorg.

Bij de premie-uitgaven geven de premietabellen voor de betreffende artikelen een overzicht van de premie-uitgaven en de financiering van die uitgaven.

Deze tabellen zijn verdeeld in drie blokken:

- De opbouw van de uitgavenstand sinds de VWS-begroting 2008 (A);
- Het financieringsblok (B);
- Het blok met de aansluiting tussen het financieringsniveau en het netto-BKZ (C).
 - A. De uitgaven in dit blok omvatten niet alleen mutaties die het resultaat zijn van politieke prioriteitenstelling (zowel intensive-ringen als maatregelen) of autonome ramingsbijstellingen (bijv. loon- en prijsbijstellingen), herschikkingen en technische mutaties, maar ook mutaties die voortkomen uit de evaluatie van de uitgaven tot en met het jaar 2008.
 - B. Het financieringsblok geeft aan op welke wijze de uitgaven gefinancierd worden in het desbetreffende jaar. De financiering kan op diverse manieren plaatsvinden, namelijk via:
 - De AWBZ;
 - De Zvw;
 - De eigen betalingen AWBZ;
 - De eigen betalingen Zvw.

In verschillende tabellen is sprake van een «mutatie financieringsachterstand». Deze mutatie wordt ook wel financieringsschuif genoemd en is te verklaren uit het verschijnsel dat de uitgaven en de financiering niet gelijk behoeven te zijn. Bij een financiering die lager is dan de uitgaven is sprake van een financieringsachterstand. Is de financiering hoger dan de uitgaven, dan is sprake van een financieringsvoorsprong. Een financieringsachterstand kan ontstaan in gebudgetteerde sectoren, onder andere als het vastgestelde budget (de uitgaven) niet geheel gedekt is door declaraties (financiering). Bij een financieringsvoorsprong is het tegenovergestelde het geval. De achterstand of voorsprong wordt in volgende jaren ingelopen door aanpassing van de tarieven.

- C. Voor de zorg is een budgettair uitgavenplafond vastgesteld, het Budgettair Kader Zorg. De uitgaven die aan dit kader worden

Verdiepingshoofdstuk

getoetst, zijn de netto BKZ-uitgaven, dat wil zeggen de bruto BKZ-uitgaven verminderd met de BKZ-ontvangsten (eigen betalingen van cliënten).

Beleidsartikel 41: Volksgezondheid

Begroting

Opbouw uitgaven x € 1 000						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Stand ontwerpbegroting 2009	602 970	634 673	622 109	620 535	617 129	617 129
Mutatie NvW 2009	0	0	0	0	0	0
Mutatie amendement 2009	0	0	0	0	0	0
Mutatie 1e suppletore begroting 2009	- 10 803	34 192	36 223	15 093	4 446	3 554
Nieuwe mutaties	283 503	10 832	9 727	5 333	4 157	2 791
Stand ontwerpbegroting 2010	875 670	679 697	668 059	640 961	625 732	623 474

Opbouw ontvangsten x € 1 000						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Stand ontwerpbegroting 2009	21 223	20 223	15 623	15 623	15 623	15 623
Mutatie 1e suppletore begroting 2009	1 430	1 430	0	0	0	0
Nieuwe mutaties	0	0	0	0	0	0
Stand ontwerpbegroting 2010	22 653	21 653	15 623	15 623	15 623	15 623

Verdiepingshoofdstuk

Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties (bedragen x € 1 000)						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Loonbijstelling tranche 2009, kader R	14 087	14 444	14 173	14 137	14 054	14 054
Loonbijstelling tranche 2009, kader N (Abortusklinieken)	263	263	236	263	263	263
Prijsbijstelling tranche 2009, kader N (Abortusklinieken)	57	57	57	57	57	57
Taakstelling begroting		- 17 000	- 17 000	- 22 000	- 22 000	- 22 000
Extrapolatie 2014 Screeningsprogramma. Verhoging van het budget om in te kunnen spelen op demografische en technologische ontwikkelingen bij screeningsprogramma's. Jaarlijkse verhoging met 3% is naar analogie van BKZ-extrapolatie.	0	0	0	0	0	4 729
Mexicaanse griep Reservering voor uitgaven ter beheersing van de Nieuwe Influenza A. Het gaat om uitgaven in verband met de aanschaf en toediening van vaccins, distributie van antivirale middelen, alsmede voorlichting en communicatie	262 000					
Overboeking van het ministerie van LNV voor de bijdrage VWA – productmanagement	0	3 380	3 100	3 100	3 100	3 100
Overheveling vanuit artikel 98. Budgetverdeling in verband met het nieuwe kostprijsmodel. Door de invoering van het kostprijsmodel is de financieringsystematiek met betrekking het NVI gewijzigd. Gevolg is dat een aantal posten, dat eerst vanuit het eigenaarsbudget (Strategisch onderzoek) werd gefinancierd, nu vanuit het opdrachtgeversbudget wordt gefinancierd.	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500

Verdiepingshoofdstuk

Premie

Toelichting belangrijke nieuwe mutaties (bedragen x € 1 000 000)							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
A. Opbouw uitgaven vanaf ontwerp-begroting 2009							
Uitgavenniveau stand ontwerp-begroting 2009	114,1	107,4	106,7	106,3	106,3	106,3	106,3
Mutaties Jaarverslag 2008/1e SW – 2009	- 2,0						
Nieuwe mutaties	0,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Uitgavenniveau stand ontwerp-begroting 2010	112,1	108,5	107,8	107,4	107,4	107,4	107,4
B. Financiering							
AWBZ	107,8	93,2	107,8	107,4	107,4	107,4	107,4
Mutatie financieringsachterstand	4,3	15,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
C. Aansluiting op Budgettair Kader Zorg							
Bruto BKZ-uitgaven	107,8	93,2	107,8	107,4	107,4	107,4	107,4
BKZ-ontvangsten	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Netto BKZ-uitgaven	107,8	93,2	107,8	107,4	107,4	107,4	107,4

Toelichting belangrijke nieuwe mutaties (bedragen x € 1 000 000)							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op nominaal en onvoorzien. Daar staat de raming voor 2009–2014. De tranche 2009 wordt nu toebedeeld aan de sectoren (onder gelijkmatige verlaging van artikel 99).		1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1

Beleidsartikel 42: Gezondheidszorg

Begroting

Opbouw uitgaven (x € 1 000)						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Stand ontwerpbegroting 2009	7 170 217	7 725 789	8 138 415	8 514 657	8 994 060	8 994 060
Mutatie NvW 2009	100 000	102 000	104 040	106 121	108 243	108 243
Mutatie amendement 2009	0	0	0	0	0	0
Mutatie 1e suppletore begroting 2009	252 757	408 848	292 561	159 366	25 823	257 242
Nieuwe mutaties	- 296 328	- 764 632	- 618 779	- 494 639	- 397 787	- 230 669
Stand ontwerpbegroting 2010	7 226 646	7 472 005	7 916 237	8 285 505	8 748 339	9 128 876

Opbouw ontvangsten (x € 1 000)						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Stand ontwerpbegroting 2009	32 942	40 784	26 859	6 806	6 806	6 806
Mutatie 1e suppletore begroting 2009	32 001	36 378	31 679	16 600	13 900	13 900
Nieuwe mutaties	0	0	8 100	- 2 340	2 495	- 4 680
Stand ontwerpbegroting 2010	64 943	77 162	66 638	21 066	23 201	16 026

Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties (bedragen x € 1 000)						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Loonbijstelling tranche 2009, kader R	12 902	12 651	13 050	12 814	12 320	12 320
Loonbijstelling tranche 2009, kader Z (Opleidingfonds)	19 574	20 005	20 163	20 272	20 374	20 374
Prijsbijstelling tranche 2009, kader Z (Opleidingfonds)	2 834	2 896	2 919	2 935	2 949	2 949
Taakstelling begroting	0	- 26 329	- 24 351	- 9 517	- 20 200	- 20 200
Taakstelling begroting, kader Z (Opleidingfonds)	0	- 10 000	- 5 000	- 5 000	- 5 000	- 5 000
Extrapolatie 2014, kader Z (Opleidingfonds). Verhoging van het budget om het ingezette beleid te kunnen voortzetten bij het Opleidingfonds.	0	0	0	0	0	4 729
Bijstelling van de uitgavenraming Zorgtoeslag n.a.v. actuele ramingen van het CPB (de MEV)	- 317 952	- 762 132	- 623 373	- 510 890	- 382 919	- 237 980
Enveloppe middelen: maatschappelijke innovatie. Dit betreft de overboeking van de middelen voor de Maatschappelijke Innovatie Agenda Gezondheid (tranche 2009) die op de aanvullende post van het ministerie van Financiën stonden gereserveerd.	0	8 000	8 000	8 000	8 000	8 000
Overboeking naar de premie voor bijdrage aan de medisch specialisten. Betreft doorsluizen door zorgverzekeraars van de gelden voor kwaliteitsbeleid medisch specialisten.	- 10 150	- 10 150	- 10 150	- 10 150	- 10 150	- 10 150

Verdiepingshoofdstuk

Premie

Toelichting belangrijke nieuwe mutaties (bedragen x € 1 000 000)							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
A. Opbouw uitgaven vanaf ontwerp-begroting 2009							
Uitgavenniveau stand ontwerp-begroting 2009	30 722,8	31 595,9	32 784,3	33 998,3	34 063,6	34 102,3	34 102,3
Mutaties Jaarverslag 2008/1e SW – 2009	- 26,7	473,6	- 59,8	- 53,0	- 59,0	- 59,0	- 53,0
Nieuwe mutaties	373,2	498,3	622,3	476,3	427,9	429,5	431,2
Uitgavenniveau stand ontwerp-begroting 2010	31 069,3	32 567,8	33 346,8	34 421,6	34 432,5	34 472,8	34 480,5
B. Financiering							
AWBZ	179,2	184,1	191,7	198,6	198,7	198,7	198,7
Zvw	30 923,4	32 354,9	33 155,1	34 223,0	34 233,8	34 274,1	34 281,8
Mutatie financieringsachterstand	- 33,3	28,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
C. Aansluiting op Budgettair Kader Zorg¹							
Bruto BKZ-uitgaven	31 102,6	32 539,0	33 346,8	34 421,6	34 432,5	34 472,8	34 480,5
BKZ-ontvangsten	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Netto BKZ-uitgaven	31 102,6	32 539,0	33 346,8	34 421,6	34 432,5	34 472,8	34 480,5

¹ Inclusief de «niet kader relevante» mutatie uit het aanvullend coalitieakkoord. Daar zijn door het kabinet middelen beschikbaar gesteld ter stimulering van de bouw in de zorg.

Toelichting belangrijke nieuwe mutaties (bedragen x € 1 000 000)							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Op basis van de gegevens van de NZa en het CVZ zijn de uitgaven geactualiseerd. Uit deze actualisatie volgt per saldo een meevaller van € 78,6 mln in 2010. Deze bestaat voornamelijk uit een lagere – dan bij de Eerste suppletore begroting 2009 aangekondigde – tegenvaller (€ 75 mln) bij de medisch specialisten, een meevaller bij de grensoverschrijdende zorg (€ 5,5 mln) en een tegenvaller bij de overige curatieve zorg (€ 9,9 mln).	373,2	- 78,6	- 78,6	- 78,6	- 78,6	- 78,6	- 78,6
Ter redressering van de overschrijding bij de medisch specialisten worden verschillende maatregelen genomen. In de eerste plaats wordt de compensatiefactor voor de ondersteunende specialisten aangepast. De in 2005 ingeschatte compensatiefactoren zijn niet meer representatief en hebben geleid tot een onbedoeld hogere beloning dan was voorzien. Daarnaast worden de normtijden per specialisme herzien op basis van een nieuwe rondrekening. Tenslotte worden tarieven generiek neerwaarts bijgesteld.			- 375,0	- 375,0	- 375,0	- 375,0	- 375,0

Verdiepingshoofdstuk

Toelichting belangrijke nieuwe mutaties (bedragen x € 1 000 000)							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Geraamde opbrengsten van het preferentiebeleid en hogere besparingen dan geraamd als gevolg van het verlopen van octrooien van geneesmiddelen. Bij de Eerste suppletore begroting 2009, is voor 2009 reeds € -350 mln en structureel € -400 mln verwerkt.		- 20,0	- 95,0	- 145,0	- 145,0	- 145,0	- 145,0
Dit betreft de gevolgen van de door de Nza vastgestelde receptvergoedingsregel voor apothekers, de gevolgen van het aflopen van het transitieakkoord geneesmiddelen per 2010 en de verwachte stijging van het gebruik van geneesmiddelen. Bij de Eerste suppletore begroting 2009, is reeds € 223,2 mln verwerkt.			308,6	342,3	342,3	342,3	342,8
Dit betreft een aanpassing van de Wgp en het onder de Wgp brengen van injectables. Bij de Eerste suppletore begroting 2009, is voor 2009 reeds € - 12,5 mln en structureel € - 50 mln verwerkt.			- 22,5	- 30,0	- 30,0	- 30,0	- 30,0
Op basis van het Pakketadvies 2009 van het CVZ wordt de vergoeding van Acetylcysteïne (slijmoplossend middel) per 1 januari 2010 uit het verzekerde pakket gehaald.			- 7,0	- 7,0	- 7,0	- 7,0	- 7,0
Op basis van het Pakketadvies 2009 van het CVZ wordt het Mandibulair repositie apparaat (een hulpmiddel voor het ademhalingsstelsel) in het basispakket opgenomen.			3,7	3,7	3,7	3,7	3,7
VWS zal voor alle vrije beroepsbeoefenaren (medisch specialisten, huisartsen, kraamzorg, verloskundigen etc.) het inkomensgerelateerde kostenbestanddeel van de tarieven voor de tweede helft van 2009 en voor heel 2010 niet indexeren.			- 57,5	- 94,3	- 94,3	- 94,3	- 94,3
Dit betreft de geraamde opbrengst van het doelmatiger voorschrijven van geneesmiddelen door huisartsen. Voor 2010 en 2011 gaat het daarbij met name om het meer voorschrijven van generieke varianten van maagzuurremmers en cholesterolverlagers.			- 127,0	- 110,0	- 110,0	- 110,0	- 110,0
Het gaat hier om een korting op het inschrijftarief die door de NZa aan de huisartsen zal worden opgelegd.			- 60,0	- 60,0	- 60,0	- 60,0	- 60,0
Dit betreft het bedrag waarmee huisartsen worden beloond voor het realiseren van doelmatig voorschrijfgedrag.				120,0	60,0	60,0	60,0

Verdiepingshoofdstuk

Toelichting belangrijke nieuwe mutaties (bedragen x € 1 000 000)							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
In de acute basiszorg wordt toegewerkt naar integrale bekostiging. In 2010 wordt een eerste stap gezet om het mogelijk te maken dat substitutie van ziekenhuizen naar huisartsenposten kan plaatsvinden. Hiermee wordt tegemoet gekomen aan de behoefte van ziekenhuizen en huisartsenposten om te integreren. Integratie van spoedeisende hulpposten van ziekenhuizen met huisartsenposten is wenselijk vanwege een relatief groot aantal zelfverwijzers dat naar de spoedeisende hulp gaat, waarvan een groot deel huisartsgeneeskundig geholpen had kunnen worden. Daarnaast wordt er strenger op toegezien dat specialistische zorg die gedeclareerd wordt voor patiënten zonder verwijzing niet langer wordt vergoed. Dit zorgt ervoor dat er een prikkel is om met een zorgvraag eerst naar een zorgverlener in de eerstelijnszorg te gaan, waardoor het beroep op de tweedelijnszorg afneemt.			- 48,0	- 117,0	- 117,0	- 117,0	- 117,0
Om de overschrijding van de zorguitgaven te mitigeren worden de tarieven in de gehele geneeskundige ggz neerwaarts bijgesteld.			- 119,0	- 119,0	- 119,0	- 119,0	- 119,0
Overheidswerkgevers waaronder academische ziekenhuizen zijn eigen risicodragers voor de WW. Zij gebruikten de WW-werknemerspremie ter gedeeltelijke dekking van de WW-lasten. Met ingang van 2009 is het WW-tarief werknemerspremie echter op nul gezet waardoor de academische ziekenhuizen deze inkomst verliezen. Voor het vervallen van deze inkomst worden zij gecompenseerd. Het betreft hier een ijklijnmutatie voor de met de OCW-begroting samenhangende uitgaven academische ziekenhuizen.		- 4,1	- 4,1	- 4,2	- 4,2	- 4,2	- 4,2
Ten behoeve van de introductie van de chronische keten dbc's, worden de kosten m.b.t. diabetes van artikel 99 naar artikel 42 overgeheveld.			67,0	67,0	67,0	67,0	67,0
In het aanvullend coalitieakkoord zijn aanvullende middelen beschikbaar gekomen ter stimulering van de bouw in de zorg. Deze middelen dragen eraan bij dat instellingen de financiering van hun bouwplannen eerder rond kunnen krijgen. In latere jaren wordt een besparing bereikt.			160	- 2,5	- 2,5	- 2,5	- 2,5

Verdiepingshoofdstuk

Toelichting belangrijke nieuwe mutaties (bedragen x € 1 000 000)							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Deze mutatie betreft een ijklijnmutatie van de VWS-begroting naar het BKZ voor kwaliteitsbeleid door medisch specialisten. Tot en met 2007 zaten deze middelen eveneens in het BKZ, toen als onderdeel van het uurtarief medisch specialisten (€ 0,50). In 2008 zijn deze middelen voor één jaar via een VWS-subsidieregeling verstrekt.		10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2
De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op nominaal en onvoorzien. Daar staat de raming voor 2009–2014. De tranche 2009 wordt nu toebedeeld aan de sectoren (onder gelijkmatige verlaging van artikel 99).		565,8	584,9	608,1	631,7	633,3	634,5

Beleidsartikel 43: Langdurige zorg

Begroting

Opbouw uitgaven (x € 1 000)						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Stand ontwerpbegroting 2009	5 408 616	5 825 953	5 869 707	5 863 802	5 923 196	5 923 196
Mutatie NvW 2009	0	129 457	132 439	134 343	136 365	136 365
Mutatie amendement 2009	0	0	0	0	0	0
Mutatie 1e suppletore begroting 2009	93 577	10 887	- 127 865	- 236 120	- 282 184	- 276 492
Nieuwe mutaties	117 826	24 588	- 13 325	43 779	67 851	90 027
Stand ontwerpbegroting 2010	5 620 019	5 990 885	5 860 956	5 805 804	5 845 228	5 873 096

Opbouw ontvangsten x € 1 000						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Stand ontwerpbegroting 2009	0	0	0	0	0	0
Mutatie 1e suppletore begroting 2009	0	0	0	0	0	0
Nieuwe mutaties	0	0	0	0	0	0
Stand ontwerpbegroting 2010	0	0	0	0	0	0

Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties (bedragen x € 1000)						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Loonbijstelling tranche 2009, kader R	10 319	10 536	9 792	6 933	6 931	6 932
Loonbijstelling tranche 2009, kader Z (Forfaits Chronisch Zieken en Gehandicapten)	0	8 153	8 367	8 477	8 586	8 586
Prijsbijstelling tranche 2009, kader Z (Forfaits Chronisch Zieken en Gehandicapten)	0	1 180	1 211	1 227	1 243	1 243
Taakstelling begroting	0	- 5 652	- 9 459	- 5 781	- 5 804	- 6 109
Extrapolatie 2014, kader Z (Forfaits Chronisch Zieken en Gehandicapten). Verhoging van het budget, naar aanleiding van Nota van Wijziging op begroting 2009, om het ingezette beleid te kunnen voortzetten.	0	0	0	0	0	5 000
Bijstelling van de Rijksbijdrage in de kosten van kortingen (BIKK) n.a.v. de actuele ramingen van het CPB (de MEV)	39 900	- 26 300	- 6 900	12 800	32 700	32 700
Per 1 januari is de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (WTCG) ingevoerd. Uit nadere analyse is gebleken dat het aantal rechthabende op forfaits hoger is dan waarmee was gerekend in de begroting 2009. In verband hiermee is de raming van de kosten van de forfaits met structureel € 20 miljoen verhoogd.	0	20 000	20 000	20 000	21 000	21 000

Verdiepingshoofdstuk

Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties (bedragen x € 1000)						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Per 1 januari is de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (WTCG) ingevoerd. Onderdeel daarvan is de introductie van een nieuwe fiscale regeling specifieke zorgkosten en een tegemoetkoming specifieke zorgkosten (TSZ) voor personen die wegens verzilveringsproblemen geen gebruik kunnen maken van de fiscale regeling. De raming van zowel de nieuwe fiscale regeling als de TSZ is geactualiseerd en beter op elkaar aangesloten. Dit leidt tot een bijstelling van de raming van de TSZ.	0	32 000	23 000	23 000	23 000	23 000
Per 1 januari is de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (WTCG) ingevoerd. Onderdeel daarvan is de introductie van een nieuwe fiscale regeling specifieke zorgkosten en een tegemoetkoming specifieke zorgkosten (TSZ) voor personen die wegens verzilveringsproblemen geen gebruik kunnen maken van de fiscale regeling. De raming van zowel de nieuwe fiscale regeling als de TSZ is geactualiseerd en beter op elkaar aangesloten. Dit leidt tot een bijstelling van de raming van de TSZ.	0	- 60 880	- 21 101	- 21 505	- 21 913	- 22 325
De tegemoetkoming buitengewone uitgaven (TBU) kende in 2008 een forse overschrijding. Uit nadere analyse daarvan blijkt dat in 2009 en 2010 ook hogere uitgaven bij deze regeling zijn te verwachten. De TBU is per 2009 afgeschaft in het kader van de WTCG. Op grond van een nadere analyse van de vertragingen in de afwikkeling van de TBU zijn de ramingen voor de TBU vanaf 2011 op nul gesteld, wat leidt tot meevallers in 2011 en latere jaren.	48 062	38 101	- 45 800	- 9 000	- 9 000	0
Kasschuif naar aanleiding van de motie Hamer, onder andere het programma Zichtbare Schakel. Het doel van dit programma is het verbeteren van een integrale aanpak tussen wonen, zorg en welzijn. Te beginnen in de 40 aandachtswijken. Voor de jaren 2009–2012 wordt vanuit het programma-ministerie van WWI jaarlijks € 10 miljoen beschikbaar gesteld. Als gevolg van aanloop in de planning ontstaat in de jaren 2009–2012 een onderbesteding en in het jaar 2013 een knelpunt van € 11,9 miljoen. Door middel van deze kasschuif kan dit knelpunt in 2013 worden opgevangen.	- 6 808	- 1 743	- 1 685	- 1 622	11 858	0
Overboeking van het ministerie van WWI voor de uitvoering van de motie Hamer, onder andere het programma Zichtbare Schakel.	10 000	10 000	10 000	10 000	0	0

Verdiepingshoofdstuk

Premie

Toelichting belangrijke nieuwe mutaties (bedragen x € 1 000 000)							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
A. Opbouw uitgaven vanaf ontwerp-begroting 2009							
Uitgavenniveau stand ontwerp-begroting 2009	20 859,0	21 780,5	21 749,4	22 546,3	22 830,1	22 904,8	22 904,8
Mutaties Jaarverslag 2008/1e SW – 2009	222,7	173,3	160,9	160,9	160,9	160,9	160,9
Nieuwe mutaties	66,0	578,6	574,3	354,8	377,2	386,3	388,6
Uitgavenniveau stand ontwerp-begroting 2010	21 147,7	22 532,4	22 484,6	23 062,0	23 368,2	23 452,0	23 454,3
B. Financiering							
AWBZ	21 539,7	22 555,5	22 484,6	23 062,0	23 368,2	23 452,0	23 454,3
Particuliere verzekering	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mutatie financieringsachterstand	- 393,4	- 23,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
C. Aansluiting op Budgettair Kader Zorg¹							
Bruto BKZ-uitgaven	21 541,1	22 555,5	22 484,6	23 062,0	23 368,2	23 452,0	23 454,3
BKZ-ontvangsten	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Netto BKZ-uitgaven	21 541,1	22 555,5	22 484,6	23 062,0	23 368,2	23 452,0	23 454,3

¹ Inclusief de «niet kader relevante» mutatie uit het aanvullend coalitieakkoord. Daar zijn door het kabinet middelen beschikbaar gesteld ter stimulering van de bouw in de zorg.

Toelichting belangrijke nieuwe mutaties (bedragen x € 1 000 000)							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Op basis van de gegevens van de NZa en het CVZ zijn de uitgaven geactualiseerd. Uit deze actualisatie volgt ten opzichte van de Eerste suppletore begroting 2009 een tegenvaller van € 34,1 mln in 2010. Deze bestaat uit een tegenvaller bij de AWBZ-instellingen die zorg in natura leveren (€ 30,6 mln) en de boven budgettaire vergoedingen (€ 3,5 mln).	66,0	59,6	34,1	24,9	24,9	24,9	24,9
In het kader van de ZZP invoering zijn bij het CIBG 4000 aanvragen ingediend voor nieuwe plaatsen SGLVG-verblijf. Om een budgettair neutrale invoering te waarborgen zullen vanaf 2010 de ZZP tarieven binnen de gehandicaptenzorg worden aangepast. In 2009 zijn er echter macromeerkosten.		44,0					
Dit betreft een eerder wel doorgevoerde maar niet structureel geboekte tariefswijziging bij de ondersteunende begeleiding. Bij de Eerste suppletore begroting 2009, is reeds € 40 mln verwerkt.		- 20,0	- 20,0	- 20,0	- 20,0	- 20,0	- 20,0

Verdiepingshoofdstuk

Toelichting belangrijke nieuwe mutaties (bedragen x € 1 000 000)							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
In 2008 is de intramurale capaciteit sneller toegenomen dan geraamd. De doorwerking hiervan wordt gedekt door een ophoging van de taakstelling van de best practices. Voor het bedrag van de totale taakstelling wordt de contracteerruimte gekort. Zorgkantoren zullen scherp inkopen door voor goed presterende zorginstellingen hogere tarieven te hanteren dan voor minder goed presterende instellingen. Op deze wijze worden best practices beloond.			- 91,0	- 91,0	- 91,0	91,0	- 91,0
Door het CVZ wordt op basis van de halfjaarcijfers een lagere instroom van het aantal budgethouders in 2009 verwacht dan geraamd. Dit levert een meevaller van € 50 mln incidenteel en € 60 mln structureel (vanaf 2010) op.		- 50,0	- 60,0	- 60,0	60,0	- 60,0	- 60,0
In het aanvullende coalitieakkoord zijn aanvullende middelen beschikbaar gekomen ter stimulering van de bouw in de zorg. Deze middelen dragen eraan bij dat instellingen de financiering van hun bouwplannen eerder rond kunnen krijgen. In latere jaren wordt een besparing bereikt.			160	- 2,5	- 2,5	- 2,5	- 2,5
Er is een programma gestart om de uitvoering van de zorgprocessen te verbeteren en de bureaucratie terug te dringen. Voor de begroting 2011 moeten deze maatregelen nader zijn uitgewerkt.				- 50,0	- 50,0	- 50,0	- 50,0
In de Tweede Kamer hebben de minister van BZK en de vakministers vorig jaar verduidelijkt hoe zij het advies van de commissie-Dijkstal over de normering en de maximering van de inkomens van de topfunctionarissen in de semipublieke sector willen gaan uitwerken in wetgeving (zie dossiernummer TK 28 479). Die wetgeving zal ook betrekking hebben op de zorgsector. Indien de opbrengst van deze maatregel onvoldoende is, zal een andere maatregel worden ingezet om de opbrengst te bereiken.				- 10,0	- 10,0	- 10,0	- 10,0
De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op nominaal en onvoorzien. Daar staat de raming voor 2009–2014. De tranche 2009 wordt nu toebedeeld aan de sectoren (onder gelijkmatige verlaging van artikel 99).		547,4	573,5	574,2	596,8	605,9	608,2

Beleidsartikel 44: Maatschappelijke ondersteuning

Begroting

Opbouw uitgaven (x € 1 000)						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Stand ontwerpbegroting 2009	601 493	600 890	597 217	595 628	595 628	595 628
Mutatie NvW 2009	0	0	0	0	0	0
Mutatie amendement 2009	0	0	0	0	0	0
Mutatie 1e suppletore begroting 2009	- 3 314	- 8 225	- 9 932	- 9 314	- 9 282	- 9 282
Nieuwe mutaties	13 172	- 288 594	- 285 310	- 286 538	- 286 615	- 285 615
Stand ontwerpbegroting 2010	611 351	304 071	301 975	299 776	299 731	300 731

Opbouw ontvangsten (x € 1 000)						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Stand ontwerpbegroting 2009	0	0	0	0	0	0
Mutatie 1e suppletore begroting 2009	0	0	0	0	0	0
Nieuwe mutaties	0	0	0	0	0	0
Stand ontwerpbegroting 2010	0	0	0	0	0	0

Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties (bedragen x € 1000)						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Loonbijstelling tranche 2009, kader R	13 324	13 303	13 230	13 185	13 187	13 187
Loonbijstelling voor de enveloppe middelen Beschermd en Weerbaar, die op de aanvullende post van het ministerie van Financiën stonden gereserveerd	0	49	49	49	49	49
Taakstelling begroting	0	- 3 600	- 5 983	- 7 435	- 7 514	- 6 514
Overboeking naar het Gemeentefonds. De Brede Doeluitkering «Maatschappelijke Opvang» wordt vanaf 2010 een decentralisatieuitkering en wordt overgeheveld naar het Gemeentefonds	0	- 289 211	- 289 211	- 289 211	- 289 211	- 289 211
Enveloppe middelen Maatschappelijke Stage	0	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500
Overboeking naar het Gemeentefonds van de enveloppe middelen Maatschappelijke Stage	0	- 2 500	- 2 500	- 2 500	- 2 500	- 2 500
Overboeking naar het Gemeentefonds. De Brede Doeluitkering «Gezond in de stad» wordt vanaf 2010 een decentralisatieuitkering en wordt overgeheveld naar het Gemeentefonds	0	- 5 000	- 5 000	- 5 000	- 5 000	- 5 000
Enveloppe middelen Beschermd en Weerbaar	0	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000
Kasschuif compensatiemiddelen verdeelsleutel Maatschappelijke Opvang	0	- 4 000	0	0	0	0

Verdiepingshoofdstuk

Premie

Toelichting belangrijke nieuwe mutaties (bedragen x € 1 000 000)							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
A. Opbouw uitgaven vanaf ontwerp-begroting 2009							
Uitgavniveau stand ontwerp-begroting 2009	172,2	172,3	172,5	172,6	172,8	172,8	172,8
Mutaties Jaarverslag 2008/1e SW – 2009	- 0,5	15,0					
Nieuwe mutaties	0,0	- 9,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5
Uitgavniveau stand ontwerp-begroting 2010	171,7	177,8	178,0	178,1	178,3	178,3	178,3
B. Financiering							
AWBZ	171,7	177,8	178,0	178,1	178,3	178,3	178,3
Mutatie financieringsachterstand	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
C. Aansluiting op Budgettair Kader Zorg							
Bruto BKZ-uitgaven	171,7	177,8	178,0	178,1	178,3	178,3	178,3
BKZ-ontvangsten	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Netto BKZ-uitgaven	171,7	177,8	178,0	178,1	178,3	178,3	178,3

Toelichting belangrijke nieuwe mutaties (bedragen x € 1 000 000)							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Voor weglek van de pakketmaatregel per 1 januari 2009 is er in 2009 een bedrag van € 50 mln beschikbaar gesteld. € 15 mln hiervan gaat naar MEE, voor kortdurende ondersteuning van cliënten die hun recht op begeleiding uit de AWBZ verliezen. Deze middelen worden via de VWS-begroting aan MEE toegekend middels een projectsubsidie.		- 15,0					
De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op nominaal en onvoorzien. Daar staat de raming voor 2009–2014. De tranche 2009 wordt nu toebedeeld aan de sectoren (onder gelijkmatige verlaging van artikel 99).		5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5

Verdiepingshoofdstuk

Beleidsartikel 46: Sport

Begroting

Opbouw uitgaven (x € 1 000)						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Stand ontwerpbegroting 2009	137 634	136 444	129 209	128 327	128 326	128 326
Mutatie NvW 2009	0	0	0	0	0	0
Mutatie amendement 2009	0	0	0	0	0	0
Mutatie 1e suppletore begroting 2009	- 24 283	- 632	1 250	0	0	0
Nieuwe mutaties	3 379	8 374	6 491	- 1 536	- 1 370	- 1 277
Stand ontwerpbegroting 2010	116 730	144 186	136 950	126 791	126 956	127 049

Opbouw ontvangsten (x € 1 000)						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Stand ontwerpbegroting 2009	870	870	870	870	870	870
Mutatie 1e suppletore begroting 2009	0	0	0	0	0	0
Nieuwe mutaties	0	0	0	0	0	0
Stand ontwerpbegroting 2010	870	870	870	870	870	870

Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties (bedragen x € 1 000)						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Loonbijstelling tranche 2009, kader R	3 279	3 251	3 075	3 089	3 089	3 088
Taakstelling begroting	0	- 700	- 2 350	- 4 365	- 4 365	- 4 365
Overboeking vanuit de premie voor de uitvoering van de pilots Beweegkuur. De besluitvorming over de opname van de Beweegkuur in het verzekerde pakket heeft nog niet plaats gevonden. De lopende pilots worden vanuit de begroting voortgezet. De binnen de premie gereserveerde middelen voor de jaren 2010 en 2011 worden overgeheveld naar de begroting.	0	5 900	5 900	0	0	0

Beleidsartikel 47: Oorlogsgetroffenen en herinneringen WO II

Begroting

Opbouw uitgaven (x € 1 000)						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Stand ontwerpbegroting 2009	389 961	370 326	353 459	340 149	327 506	327 506
Mutatie NvW 2009	0	0	0	0	0	0
Mutatie amendement 2009	0	0	0	0	0	0
Mutatie 1e suppletore begroting 2009	- 3 522	- 11 598	- 14 638	- 17 240	- 20 327	- 35 817
Nieuwe mutaties	11 360	10 517	10 541	10 141	9 762	9 762
Stand ontwerpbegroting 2010	397 799	369 245	349 362	333 050	316 941	301 451

Opbouw ontvangsten (x € 1 000)						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Stand ontwerpbegroting 2009	0	0	0	0	0	0
Mutatie 1e suppletore begroting 2009	0	0	0	0	0	0
Nieuwe mutaties	0	0	0	0	0	0
Stand ontwerpbegroting 2010	0	0	0	0	0	0

Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties (bedragen x € 1 000)						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Loonbijstelling tranche 2009, kader R	11 360	10 817	10 341	9 941	9 562	9 562
Taakstelling begroting	0	- 1 000	- 1 000	- 1 000	- 1 000	- 1 000

Niet-beleidsartikel 98: Algemeen

Begroting

Opbouw uitgaven (x € 1 000)						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Stand ontwerpbegroting 2009	310 236	295 781	286 244	279 559	280 617	280 617
Mutatie NvW 2009						
Mutatie amendement 2009						
Mutatie 1e suppletore begroting 2009	28 519	4 164	2 833	2 392	1 318	1 318
Nieuwe mutaties	4 488	3 774	1 525	2 554	2 675	2 675
Stand ontwerpbegroting 2010	343 243	303 719	290 602	284 505	284 610	285 143

Opbouw ontvangsten (x € 1 000)						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Stand ontwerpbegroting 2009	4 080	4 080	4 080	4 080	4 080	4 080
Mutatie 1e suppletore begroting 2009	2 010	0	0	0	0	0
Nieuwe mutaties	644	0	0	0	0	0
Stand ontwerpbegroting 2010	6 734	4 080	4 080	4 080	4 080	4 080

Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties (bedragen x € 1 000)						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Loonbijstelling tranche 2009, kader R	7 000	6 669	6 493	6 295	6 333	6 333
Extrapolatie 2014, eigenaarsbudget RIVM. Verhoging van het budget om het ingezette beleid te kunnen voortzetten. Bij de stelselwijziging rijks-huisvesting is het RIVM een structurele compensatie toegekend. Deze compensatie is naar analogie van de stelselwijziging vastgesteld op een bedrag van in totaal € 11,7 miljoen structureel vanaf het jaar 2014.	0	0	0	0	0	4 019
Extrapolatie 2014, huisvestingsbudget. Bij de najaarswerkzaamheden heeft de minister van Financiën een melding gemaakt van een aanpassing van de normbudgetten voor rijkshuisvesting. Dit is de laatste van drie aanpassingen in huisvestingbudgetten zodat het budget per formatieplaats voor alle departementen gelijk is in 2014. Tot een geleidelijke ingroei is besloten bij de introductie van het rijkshuisvestingstelsel in 1999. De verwerking hiervan heeft bij de Voorjaarsnota plaatsgevonden.	0	0	0	0	0	- 3 181
Budgetherverdeling in verband met een nieuw kostprijsmodel. Door de invoering van het kostprijsmodel is de financieringsystematiek met betrekking tot het NVI gewijzigd. Gevolg is dat een aantal posten, dat eerst vanuit het eigenaarsbudget op artikel 99 (Strategisch Onderzoek NVI) werd gefinancierd, nu vanuit het opdrachtgeversbudget op artikel 41 (Bijdrage aan NVI) wordt gefinancierd.	- 3 500	- 3 500	- 3 500	- 3 500	- 3 500	- 3 500

Niet-beleidsartikel 99: Nominaal en onvoorzien

Begroting

Opbouw uitgaven (x € 1 000)						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Stand ontwerpbegroting 2009	- 38 055	- 40 073	- 41 597	- 9 699	- 7 314	- 7 314
Mutatie NvW 2009	- 17 824	- 43 058	- 43 297	- 33 297	- 33 297	- 33 297
Mutatie amendement 2009	0	0	0	0	0	0
Mutatie 1e suppletore begroting 2009	108 801	134 146	138 572	138 856	139 808	141 148
Nieuwe mutaties	- 94 999	- 97 870	- 104 746	- 125 389	- 109 463	- 119 875
Stand ontwerpbegroting 2010	- 42 077	- 46 855	- 51 068	- 29 529	- 10 266	- 19 338

Opbouw ontvangsten (x € 1 000)						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Stand ontwerpbegroting 2009	0	0	0	0	0	0
Mutatie 1e suppletore begroting 2009	0	0	0	0	0	0
Nieuwe mutaties	0	4 200	4 900	4 900	4 900	4 900
Stand ontwerpbegroting 2010	0	4 200	4 900	4 900	4 900	4 900

Verdiepingshoofdstuk

Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties (bedragen x € 1 000)						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Loonbijstelling tranche 2009, kader R	- 71 251	- 70 629	- 69 085	- 66 167	- 65 205	- 65 205
Loonbijstelling tranche 2009, kader N (Abortusklinieken).	- 263	- 263	- 263	- 263	- 263	- 263
Loonbijstelling tranche 2009, kader Z (Opleidingfonds)	- 19 574	- 20 005	- 20 163	- 20 272	- 20 374	- 20 374
Loonbijstelling tranche 2009, kader Z (Forfaits Chronisch Zieken en Gehandicapten)	0	- 8 153	- 8 367	- 8 477	- 8 586	- 8 586
Loonbijstelling tranche 2009 (corrigerend deel programma-ministerie J&G)	- 52 900	- 55 561	- 56 851	- 57 401	- 57 660	- 57 660
Prijsbijstelling tranche 2009, kader N (Abortusklinieken)	- 57	- 57	- 57	- 57	- 57	- 57
Prijsbijstelling tranche 2009, kader Z (Opleidingfonds en Forfaits Chronisch Zieken en Gehandicapten)	- 2 834	- 4 076	- 4 130	- 4 162	- 4 192	- 4 192
Taakstelling begroting. Betreft de extra ombuiging die op artikel 99 wordt geboekt voor de nadere invulling (dekking) aan de interne herschikkingen op de VWS-begroting zoals voorgesteld in de uitvoeringsbrief en de resterende rijksbrede uitvoeringsproblematiek uit het aanvullende beleidsakkoord	0	64 281	65 143	55 098	65 883	65 188
Taakstelling pro-rato, opgelegd door het ministerie van Financiën naar aanleiding van de financiële crisis	0	- 16 500	- 25 400	- 25 400	- 25 400	- 25 400
Taakstelling ter dekking van de begrotingsproblematiek	0	- 47 713	- 39 701	- 13 577	682	2 827
Taakstelling versoering bedrijfsvoering. Aandeel van VWS in de rijksbrede taakstelling versoering bedrijfsvoering rijksdienst. Om besparingen te realiseren worden rijksbreed initiatieven genomen op de terreinen inkoop, huisvesting, facilitair, personeel en organisatie en ICT		- 302	- 1 065	- 1 932	- 3 863	- 14 385

Verdiepingshoofdstuk

Premie

Toelichting belangrijke nieuwe mutaties (bedragen x € 1 000 000)							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
A. Opbouw uitgaven vanaf ontwerp-begroting 2009							
Uitgavenniveau stand ontwerp-begroting 2009	93,0	1964,7	3 564,7	5 220,9	9 204,2	13 472,7	13 472,7
Mutaties Jaarverslag 2008/1e SW – 2009	- 25,8	- 623,0	- 1 342,2	- 1 935,1	- 2 730,4	- 3 571,6	- 3 571,6
Nieuwe mutaties	- 0,2	- 1 162,0	- 1 287,7	- 1 464,8	- 1 521,0	- 1 558,4	2 077,5
Uitgavenniveau stand ontwerp-begroting 2010	67,0	179,7	934,8	1 821,0	4 952,8	8 342,2	11 978,6
B. Financiering							
AWBZ	- 1 675,1	- 1 491,3	- 1 154,0	- 984,3	230,6	1 543,7	2 951,7
Eigen betaling AWBZ	1 675,1	1 587,3	1 518,2	1 713,3	1 765,0	1 835,4	1 908,5
Eigen betalingen Zvw	1 310,7	1 364,0	1 457,0	1 547,6	1 644,1	1 741,8	1 839,4
Zvw	- 1 243,7	- 1 280,3	- 886,4	- 455,6	1 313,1	3 221,3	5 279,6
Mutatie financieringsachterstand	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
C. Aansluiting op Budgettair Kader Zorg							
Bruto BKZ-uitgaven	67,0	179,7	934,8	1 821,0	4 952,8	8 342,2	11 978,6
BKZ-ontvangsten	2 985,8	2 951,3	2 975,2	3 260,9	3 409,1	3 577,2	3 747,9
Netto BKZ-uitgaven	- 2 918,8	- 2 771,6	- 2 040,4	- 1 439,9	1 543,7	4 765,0	8 230,7

Toelichting belangrijke nieuwe mutaties (bedragen x € 1 000 000)							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Op basis van de gegevens van de NZa en het CVZ zijn de uitgaven geactualiseerd. Uit deze actualisatie volgt per saldo een meevaller van € 41,8 mln in 2010.	- 0,2	- 42,2	- 41,8	- 33,0	- 32,7	- 32,7	- 32,7
De raming van de loon- en prijsbijstelling is aangepast op basis van de meest recente macro-economische inzichten in de Macro Economische Verkenning 2010 van het Centraal Planbureau (CPB).			- 43,2	- 100,2	- 128,4	- 155,6	- 185,7
Voor de jaren na deze kabinetsperiode wordt groei per jaar gereserveerd. Dit betreft de reservering voor 2014.							3 670,0
Indexatie n.a.v. het SCP advies over het Wmo budget huishoudelijke hulp 2010, van april 2009.			- 60,2	- 60,2	- 60,2	- 60,2	- 60,2
Tegenvaller indexatie Wmo.			11,0	11,0	11,0	11,0	11,0
De mogelijkheden tot het inbouwen van meer doelmatigheidsprikkels in de Wmo en tot het afromen van de doelmatigheidswinst zullen in overleg met de fondsbeheerders worden onderzocht. Indien de opbrengst van deze maatregelen onvoldoende is worden andere maatregelen ingezet om de opbrengst van 50 mln te bereiken.				- 50,0	- 50,0	- 50,0	- 50,0

Verdiepingshoofdstuk

Toelichting belangrijke nieuwe mutaties (bedragen x € 1 000 000)							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
In de Tweede Kamer hebben de minister van BZK en de vakministers vorig jaar verduidelijkt hoe zij het advies van de commissie-Dijkstal over de normering en de maximering van de inkomens van de topfunctionarissen in de semipublieke sector willen gaan uitwerken in wetgeving (zie dossiernummer TK 28 479). Die wetgeving zal ook betrekking hebben op de zorgsector. Indien de opbrengst van deze maatregel onvoldoende is, zal een andere maatregel worden ingezet om de opbrengst te bereiken.				- 17,0	- 17,0	- 17,0	- 17,0
Ten behoeve van de introductie van de chronische keten dbc's, worden de kosten m.b.t. diabetes van artikel 99 naar artikel 42 overgeheveld.			- 67,0	- 67,0	- 67,0	- 67,0	- 67,0
De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op nominaal en onvoorzien. Daar staat de raming voor 2009–2014. De tranche 2009 wordt nu toebedeeld aan de sectoren (onder gelijkmatige verlaging van artikel 99).		- 1 119,8	- 1 165,0	- 1 188,9	- 1 235,1	- 1 245,8	- 1 249,3

Toelichting belangrijke nieuwe ontvangsten mutaties (bedragen x € 1 000 000)							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Voor de jaren na deze kabinetsperiode wordt groei per jaar gereserveerd. Dit betreft de reservering voor 2014.							170,7

INZICHT IN DE AWBZ

Jaarlijks ontvangt de Kamer een veelheid van informatie over de AWBZ. De Kamer heeft verzocht om een selectie van deze informatie over de AWBZ te bundelen en overzichtelijk te presenteren. Op basis van een inventarisatie van de beleidsmatige betekenis zal hieronder op de volgende thema's een samenvattend overzicht worden gegeven van de stand van zaken en de ontwikkelingen in de langdurige zorg:

- Beroep op de AWBZ (indicaties);
- Toegankelijkheid van de AWBZ;
- Gebruikers van de AWBZ;
- AWBZ-uitgaven;
- Het AWBZ-zorgaanbod.

Het betreft een eerste samenvattend overzicht. In de toekomst zal deze presentatie worden uitgebreid met een samenvattend overzicht op onder meer het belangrijke thema kwaliteit van zorg.

1. Beroep op de AWBZ

Een AWBZ-indicatiebesluit geeft recht op AWBZ-zorg. Het CIZ geeft deze indicatiebesluiten af. Daarnaast kunnen vanaf 1 januari 2005 (bij de invoering van de Wet op de jeugdzorg) ook de Bureaus Jeugdzorg een AWBZ-indicatie afgeven voor jeugdigen met een psychiatrische problematiek. In 2008 heeft het CIZ ruim 870 000 indicaties afgegeven. Daarmee stijgt het aantal afgegeven indicaties sinds 2006 met ruim 110 000; een stijging van 15%. Deze stijging vertaalt zich niet in een evenredige stijging van de AWBZ-uitgaven (zie onder 4), omdat het merendeel van de indicaties (75%) betrekking heeft op cliënten die al gebruik maken van AWBZ-zorg. Zij krijgen een herindicatie. Het aandeel herindicaties neemt in 2008 toe ten opzichte van eerdere jaren. Daarnaast heeft een beperkt deel van de jaarlijks afgegeven indicaties (maximaal 36 500) betrekking op cliënten die al AWBZ-zorg krijgen zonder daarvoor over een legitiem indicatiebesluit te beschikken. Ook deze groep doet geen extra beroep op de AWBZ-middelen.

De Bureaus Jeugdzorg gaven in 2007 bijna 41 500 indicaties af die recht geven op toegang tot de AWBZ. Dit is bijna 3 maal zoveel als in het startjaar 2005. Toen werden er bijna 14 500 indicaties afgegeven.

De groep 75+-ers met somatische beperkingen doet het meest een beroep op de AWBZ; ruim 40% van de indicaties wordt aan deze cliëntgroep gegeven. Het aandeel 75+-ers (somatisch en psychogeriatrisch) is de helft van het aantal afgegeven indicaties.

Tabel 1 schetst de ontwikkelingen in het beroep op AWBZ-zorg uitgesplitst naar cliëntgroep (op basis van CIZ-indicaties). Bij enkele cliëntgroepen doen zich verschuivingen voor die zouden kunnen duiden op een meer dan gemiddelde toename (zoals bij personen met een verstandelijke beperking of met een psychiatrische problematiek) en een beperkte afname van het beroep op AWBZ-zorg van personen met een psychogeriatrische beperking (o.a. dementie). Volgens het CIZ gaat het vooral om registratie-effecten en dienen er daarom geen conclusies aan te worden verbonden.

Tabel 1: Aantal CIZ-indicaties AWBZ (met en zonder verblijf) uitgesplitst naar cliëntgroep¹

Cliëntgroepen ²	2006	2007	2008	Ontwikkeling 2006–2008
Sector Verpleging en Verzorging				
Somatisch tot 75 jaar	189 036	205 299	203 012	13 976
Somatisch 75 en ouder	328 560	353 472	367 907	39 347
Personen met pg	71 280	64 532	69 587	- 1 693
<i>Totaal V&V:</i>	<i>588 876</i>	<i>623 303</i>	<i>640 506</i>	<i>51 630</i>
Sector Gehandicaptenzorg				
Personen met vg	63 118	66 173	91 667	28 549
Personen met lg/zg	34 050	30 935	42 071	8 021
<i>Totaal GZ:</i>	<i>97 168</i>	<i>97 108</i>	<i>133 738</i>	<i>36 570</i>
Sector Geestelijke gezondheidszorg				
Personen met psy	75 228	96 866	97 627	22 399
Totaal indicaties³	761 272	817 277	871 871	110 599

Bron: CIZ

Toelichting:

¹ Exclusief het aantal indicaties voor de functie Huishoudelijke Verzorging in 2006 en 2007.

² Afkortingen verwijzen naar de dominante grondslag (ofwel achtergronden) van de problematiek: pg (psychogeriatrisch), vg (verstandelijke beperkingen), lg (lichamelijke beperkingen), zg (zintuiglijke beperkingen), psy (psychiatrisch)

³ Exclusief indicaties aan personen met psychosociale problemen. In 2008 gaat het om ruim 19 000 indicaties (= 2,2% van het totale aantal CIZ-indicaties).

Indicaties voor zorg zonder verblijf

Het aantal CIZ-indicaties voor zorg zonder verblijf is met ruim 610 000 indicaties circa 70% van het aantal afgegeven indicaties in 2008. Dit aandeel blijft over de jaren min of meer gelijk. Indicaties voor dit type zorg hebben in 2008 een gemiddelde omvang van 11 uur zorg per week¹. Deze gemiddelde omvang is sinds 2006 met een 0,5 uur licht toegenomen. Tussen de verschillende cliëntgroepen bestaan grote verschillen. Zo krijgt een persoon met psychogeriatrische beperkingen (vooral dementie) gemiddeld ruim 24 uur per week toegewezen en dat is veruit het meest. Personen met psychiatrische stoornissen krijgen gemiddeld 8,5 uur. Dit is het minst.

Mede op basis van wijzigingen in het AWBZ-pakket zijn de volgende trends bij de extramurale zorg waar te nemen:

- Bij de functie persoonlijke verzorging stijgt het aantal indicaties, vooral als gevolg van een overheveling van een deel van de verpleegkundige handelingen naar deze functie op 1 april 2007. Daarnaast constateert het CIZ dat een deel van de stijging mogelijk ook is toe te schrijven aan de AWBZ-pakketmaatregel, die alleen in 2008 gold, waarbij personen met een somatische grondslag geen aanspraak meer hadden op individuele begeleiding (OB-alg)². Mogelijk heeft dit geleid tot een extra beroep op de functie persoonlijke verzorging. Vooral mensen met somatische beperkingen maken gebruik van de functie persoonlijke verzorging;
- Bij de functie verpleging is een daling waar te nemen als gevolg van de genoemde wijziging op 1 april 2007 en een verduidelijking van de aanspraak verpleging in de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2008. Ook hier maken vooral mensen met een somatische beperking gebruik van deze functie;

¹ Bij het bepalen van deze omvang is uitgegaan van het gemiddelde van de klassen van de extramurale functies (persoonlijke verzorging, verpleging en ondersteunende en activerende begeleiding). Aanvullend is elk geïndiceerd dagdeel in groepen aangeboden begeleiding als 4 uur geteld.

² Op 1 januari 2009 is deze maatregel vervangen door de AWBZ-pakketmaatregel Begeleiding.

- Het beroep op de functie ondersteunende begeleiding op individuele basis (OB-alg) stijgt verder in 2006 en 2007 om vervolgens in 2008 af te nemen. Deze daling in 2008 is het gevolg van de genoemde AWBZ-pakketmaatregel op 1 januari 2008. Deze maatregel is genomen om de sterke groei voor deze functie voor cliënten met een somatische beperking af te remmen. Deze groei is ingezet na de modernisering van de AWBZ in 2003. Ook bij de functie ondersteunende begeleiding in groepen (OB-dag) neemt het aantal indicaties in 2008 licht af. Op dit moment maken ouderen met somatische beperkingen en personen met psychiatrische en verstandelijke beperkingen het meest van deze functie gebruik;
- Voor de functie activerende begeleiding is zowel op individuele basis als in groepsverband een daling van het aantal indicaties waar te nemen. Vooral mensen met verstandelijke en zintuiglijke beperkingen maken gebruik van deze functie.

Op basis van een analyse van de indicatiestelling (aantal (her)indicaties en omvang van de indicaties) constateert de NZa dat het landelijke beeld van de indicatiestelling sinds medio 2007 relatief rustig is: de ingezette daling van de groei in 2007 is in 2008 voortgezet.

Indicaties voor zorg met verblijf

Het aantal CIZ-indicaties voor zorg met verblijf was in 2008 ruim 260 000 indicaties; circa 30% van het totaal aantal indicaties. De indicaties voor verpleging en verzorging vormen met bijna 200 000 daarvan veruit het grootste aantal. Sinds 1 juli 2007 worden indicaties voor zorg met verblijf in zorgzwaartepakketten (zpz's) afgegeven. De verdeling van de indicaties in 2008 is als volgt:

- Eén op de drie indicaties heeft betrekking op de lichtste vormen van zorg met verblijf (de pakketten zpz-VV 1 t/m 3).
- Bijna 40% heeft betrekking op de zwaardere vormen van zorg met verblijf (de pakketten zpz-VV 4 t/m 8).
- Eén op de vier indicaties wordt afgegeven voor pakket 9 met als inhoud revalidatiezorg (en dat is het meest).

2. Toegankelijkheid van de AWBZ

De toegankelijkheid van de AWBZ is over het algemeen goed geborgd¹. In de afgelopen jaren kreeg de overgrote meerderheid (in 2006: 85% en in 2007: 86%) van de cliënten met een (nieuwe) AWBZ-indicatie de zorg binnen de Treeknormen (van 6 of 13 weken). De kern van de wachtlijstproblematiek in de AWBZ spitst zich toe op een groep van circa 4 500 personen. Het gaat hierbij om personen die op 1 januari 2008 langer dan de Treeknorm moesten wachten op een plaats in een AWBZ-instelling en waarbij het zorgkantoor aangeeft dat de situatie problematisch is. Deze cliënten krijgen overbruggingszorg aangeboden. Het gaat om dementerende ouderen, jeugdigen met licht verstandelijke beperkingen met gedragsproblemen en/of meervoudige complexe stoornissen (autisme, verslaving) en personen met een meervoudige complexe problematiek (zoals oudere verstandelijk gehandicapten met psychiatrische problematiek).

¹ Zie ook de brief met als titel «Toegankelijkheid van de AWBZ (V&V en Gehandicaptenzorg)» van 15 juni 2009 (kamerstuk 30 597, nr. 75).

Tabel 2: Toegankelijkheid van de AWBZ		
	2006	2007
Aandeel personen geholpen binnen de Treeknormen	85%	86%
Aantal urgent wachtenden op 31 december	4 600	4 475

Bron: wachtlijstonderzoeken in opdracht van het ministerie van VWS.

3. Gebruikers van de AWBZ

Begin 2009 maken bijna 600 000 Nederlanders gebruik van de AWBZ. Het merendeel (86%) ontvangt zorg in natura. Daarvan verblijven circa 260 000 personen in een AWBZ-instelling en krijgen circa 250 000 personen AWBZ-zorg thuis. Daarnaast hebben 107 000 personen een persoonsgebonden budget. Een deel van deze groep (circa 20%) heeft een persoonsgebonden budget en ontvangt ook zorg in natura. In vergelijking met begin 2007 is het aantal gebruikers van de AWBZ met bijna 50 000 personen toegenomen. De populariteit van het persoonsgebonden budget is duidelijk zichtbaar. In de jaren 2006 tot en met 2008 is het aantal budgethouders van 65 000 naar 107 000 toegenomen; een toename van 42 000 personen. De sterke stijging van de groei van het aantal budgethouders doet zich vooral voor bij jeugdigen met psychiatrische beperkingen (via de bureaus Jeugdzorg) en jeugdigen met licht verstandelijke beperkingen, al dan niet gecombineerd met gedragsproblematiek. Zij maken vooral gebruik van de functies ondersteunende en activerende begeleiding.

Zoals geconstateerd bij het beroep op AWBZ-zorg daalt, vooral als gevolg van veranderingen in de AWBZ-aanspraken, het aantal gebruikers van verpleging en stijgt het aantal gebruikers van persoonlijke verzorging. Deze verandering, in combinatie met de grotere aantrekkingskracht van het persoonsgebonden budget, leidt begin 2009 in vergelijking met 2008 tot een lichte daling van het aantal cliënten met AWBZ-zorg zonder verblijf (in de vorm van zorg in natura). Verder is de trend dat het aantal bewoners van verpleeghuizen stijgt, onder een gelijktijdige daling van het aantal bewoners van verzorgingshuizen. Het aantal bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen blijft daarmee min of meer gelijk (circa 170 000 bewoners). Het aantal bewoners van gehandicaptenvoorzieningen groeit met circa 3 000. Deze groei hangt samen met de langere levensverwachting van personen met een verstandelijke beperking, een «verlate» instroom van volwassenen met een leeftijd boven de 30 jaar en een hogere instroom van jongvolwassenen en (dus jongvolwassenen) met een leeftijd tussen de 18 en 22 jaar vooral met licht verstandelijke beperkingen en aanvullende problematiek.

Tabel 3: Aantal gebruikers AWBZ-zorg (peildatum: begin januari)

Zorg in natura	2007	2008	2009	Ontwikkeling 2007-2009
1. Zorg zonder verblijf				
– Begeleiding (OB/AB)	120 000	120 000	125 000	5 000
– Persoonlijke verzorging	155 000	173 000	176 000	21 000
– Verpleging	123 000	104 000	80 000	– 43 000
– Behandeling ¹	10 000	10 000	10 000	0
<i>Totaal unieke cliënten</i>	238 000	252 000	250 000	12 000
2. Zorg met verblijf				
– Verpleeghuizen	67 000	68 000	71 000	4 000
– Verzorgingshuizen	103 000	101 000	98 000	– 5 000
– Gehandicapenzorg	66 000	67 000	69 000	3 000
– Ggz ²	23 000	23 000	22 000	– 1 000
<i>Totaal unieke cliënten</i>	259 000	259 000	260 000	1 000
Totaal zorg in natura (1 + 2)	497 000	511 000	510 000	13 000
Budgethouders	65 000	89 000	107 000	42 000
Totaal aantal AWBZ-gebruikers (exclusief dubbeltellingen)³	548 000	582 000	595 000	47 000

Bron: CVZ, CAK, NZa en ZZP-bronbestand

Toelichting:

¹ Exclusief ggz-cliënten in 2007.

² Exclusief ggz-cliënten die vanaf 1 januari 2008 onder de cure vallen.

³ Bij de indicatiestelling heeft een deel van de cliënten (21%) een voorkeur voor zowel een persoonsgebonden budget als zorg in natura uitgesproken (bron: ClZ).

Als de gebruikers van de AWBZ op een aantal achtergrondkenmerken worden gezien dan blijkt gelet op:

- *Leeftijd*: het merendeel (60%) 75 jaar of ouder is. Het aantal 75+ in verzorgings- of verpleeghuis is 130 000 personen; dat is 12% van het aantal Nederlanders van 75+.
- *Geslacht*: het merendeel vrouw is, namelijk 64% voor zorg met verblijf en 71% voor zorg zonder verblijf. Het aandeel vrouwen in de Nederlandse bevolking is 51%.
- *Inkomen*: het merendeel een laag inkomen heeft. Zo heeft volgens het CAK 70% van de gebruikers in 2004 een verzamelinkomen van minder dan € 20 000 op jaarbasis.
- *Land van herkomst*: 89% van de gebruikers van AWBZ-zorg autochtoon is, terwijl 82% van de Nederlanders (boven de 20 jaar) door het CBS als autochtoon wordt aangemerkt. Niet-westerse allochtonen zijn 3% van de AWBZ-gebruikers, terwijl zij 9% van de Nederlandse bevolking uitmaken. Bij westerse allochtonen zijn geen verschillen waarneembaar.

4. Uitgaven

De uitgaven aan de langdurige zorg zijn in 2008 € 21 miljard (zie tabel 4). Deze uitgaven zijn als volgt verdeeld:

- 79% heeft betrekking op de zorg in natura; 21% voor zorg zonder verblijf en 58% voor zorg met verblijf;
- 9% voor het persoonsgebonden budget;
- 10% voor kapitaallasten;
- 3% voor overige kosten, waaronder 1% voor beheerskosten (het gaat om uitvoeringskosten van de AWBZ) en 1% voor subsidies en overige kosten.

In tabel 4 wordt de uitgavenontwikkeling over de jaren 2006 t/m 2008 geschetst. Daarbij is het goed om op te merken dat de uitgaven in 2008 niet goed vergelijkbaar zijn met voorgaande jaren, vanwege de overheveling van de op genezing gerichte curatieve ggz-zorg vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2008. Met deze overheveling is een bedrag gemoeid van € 3 miljard. Door deze overheveling zijn vooral de uitgaven voor de (extramurale functie) behandeling en de ggz-verblijfsvoorzieningen afgenomen¹. Zonder deze overheveling zouden de uitgaven duidelijk zijn toegenomen. De belangrijkste vormen van AWBZ-zorg die verantwoordelijk zijn voor een sterke groei van de uitgaven zijn achtereenvolgens:

1. De uitgaven voor zorg met verblijf in verpleeghuizen en de sector gehandicaptenzorg zijn met ruim € 1,1 miljard toegenomen, vooral door een uitbreiding van het aantal voorzieningen. Daarnaast heeft dit kabinet extra geïnvesteerd in de kwaliteit van de verpleeghuissector. Daarvoor is in 2008 een bedrag van € 250 miljoen uitgetrokken.
2. De uitgaven voor het persoonsgebonden budget zijn fors toegenomen van ruim € 1,1 miljard in 2006 naar ruim € 1,6 miljard in 2008; een stijging van ruim € 0,5 miljard.
3. Een stijging van de uitgaven voor persoonlijke verzorging met € 0,3 miljard vooral als gevolg van een wijziging van de aanspraak.

Een groei van de uitgaven is voorzien. In deze kabinetsperiode is uitgegaan van een jaarlijkse groei van 2,5%.

Tabel 4: Overzicht uitgaven langdurige zorg (bedragen x € 1 miljoen)				
	2006	2007	2008 ²	Ontwikkeling 2006–2008
<i>Zorg in natura:</i>				
<i>1. Zorg zonder verblijf</i>				
Begeleiding (OB/AB)	1 906	1 967	2 013	107
Persoonlijke verzorging	1 175	1 268	1 484	309
Verpleging	764	777	633	- 131
Behandeling	1 208	1 687	253	- 955
Totaal zonder verblijf	5 053	5 699	4 383	- 670
<i>2. Zorg met verblijf</i>				
Verpleeghuizen	3 651	3 784	4 207	556
Verzorgingshuizen	3 134	3 287	3 328	194
Gehandicaptenzorg	3 295	3 625	3 841	546
Ggz	2 100	1 944	1 006	- 1 094
Totaal met verblijf	12 180	12 640	12 382	202
Totaal zorg in natura (1 +2)	17 233	18 339	16 765	- 468
Totaal PGB	1 110	1 333	1 661	551
Totaal zorgverlening	18 343¹	19 672	18 426	83
<i>Overige uitgaven:</i>				
Kapitaallasten	2 176	1 995	2 115	- 62
Beheerkosten	184	163	182	- 2
Subsidies	155	71	78	- 77
Overig	1 995	630	347	- 1 607
Totaal overige uitgaven	4 470	2 858	2 722	- 1 748
Totaal uitgaven	22 813	22 530	21 148	- 1 665

Bron: NZa, CVZ, VWS-begroting

¹ In mindere mate heeft dit ook tot minder uitgaven voor de functie Activerende begeleiding en het persoonsgebonden budget geleid.

Toelichting:

¹ Het gaat om de zorguitgaven, exclusief de functie Huishoudelijke Verzorging die per 1 januari 2007 is overgeheveld naar de Wmo. Hiermee was een bedrag gemoeid van € 1,2 miljard euro.

² Uitgaven over 2008 zijn nog niet definitief.

5. Het zorgaanbod

In 2007 zijn er bijna 1 000 zorginstellingen die AWBZ-zorg leveren (en daarvoor zijn toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi)). Het aantal zorginstellingen is (vooral vanwege fusies) in de sectoren verpleging en verzorging en de gehandicaptensector licht gedaald. Het aantal zorginstellingen in de sector geestelijke gezondheidszorg is daarentegen licht toegenomen. Van deze zorginstellingen is de grootte van de instelling, afgemeten aan de totale omzet in 2007, als volgt:

- 1 op de 3 zorginstellingen heeft een omzet tot € 8,8 miljoen en
- Bijna 30% van de zorginstellingen heeft een omzet tussen de € 8,8 – € 35 miljoen;
- Bijna 40% van de zorginstellingen heeft een omzet van meer dan € 35 miljoen.

Tabel 5: Ontwikkeling zorginstellingen naar sector ¹			
	2006	2007	Ontwikkeling
Sector Verpleging en Verzorging	742	721	- 21
Sector Gehandicapten verzorging	158	150	- 8
Sector Geestelijke gezondheidszorg	100	102	2

Bron: CBS

Toelichting:

¹ Gegevens over 2008 zijn nog niet beschikbaar.

ZBO'S EN RWT'S

In onderstaand overzicht worden de per ZBO/RWT aan de exploitatie gerelateerde uitvoeringskosten vermeld.

Bedragen x € 1 miljoen					
Artikel	Naam	ZBO	RWT	Begroting 2010	
Uit begrotingsmiddelen					
41	1.	Zorg Onderzoek Nederland/Medische Wetenschappen (ZonMW)	ZBO	RWT	1,9
41	2.	Keuringsinstanties op grond van de Warenwet	ZBO		–
42	3.	Registratiecommissies en opleidingscolleges KNMG, KNMP en NMT	ZBO		0,7
42	4.	Keuringsinstanties op grond van de Wet op de Medische Hulpmiddelen (KEMA)	ZBO		–
42	5.	Sociale Verzekeringsbank (onverzekerden Zorgverzekeringswet)	ZBO	RWT	4,0
43	6.	Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)	ZBO	RWT	133,2
44	7.	Sociale Verzekeringsbank (mantelzorgcompliment)	ZBO	RWT	3,0
44	8.	Argonaut	ZBO		1,5
47	9.	Pensioen- en Uitkeringsraad (PUR)	ZBO	RWT	24,8
47	10.	Commissie Algemene Oorlogsongevallenregeling Indonesië/SAIP	ZBO		2,5
47	11.	ZBO's Rechtsherstel (Sinti en Roma)	ZBO		0,1
98	12.	Centrale Commissie voor Mensgebonden Onderzoek (CCMO), inclusief Medisch Ethische Commissies (METC's)	ZBO		1,3
98	13.	Zorg ZBO's (NZa, CVZ, CBZ, CSZ)	ZBO	RWT	90,0
–	14.	College ter beoordeling van Geneesmiddelen	ZBO		
Uit premiemiddelen					
42	15.	Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS)	ZBO	RWT	5,0
42	16.	Zorgverzekeraars Zvw		RWT	177,1
42	17.	Uitvoeringskosten CAK, compensatieregeling eigen risico Zvw	ZBO		5,5
43	18.	Uitvoeringsorganen AWBZ inclusief CAK	ZBO	RWT	204,1

Toelichting:

- Keuringsinstanties op grond van de Warenwet. Het betreft 25 private organisaties die voor wat betreft de kwaliteit van werkzaamheden onder toezicht staan van de VWA. Zij ontvangen geen bijdrage uit de begroting van VWS.
- De Keuringsinstantie op grond van de Wet op de Medische Hulpmiddelen (KEMA) ontvangt geen bijdrage uit de begroting van VWS, maar wordt volledig gefinancierd door de industrie.
- Zie paragraaf baten-lastendiensten.
- Het betreft het functioneren van de Nederlandse Transplantatie Stichting als orgaancentrum, zoals vermeld in artikel 24 van de Wet op de Orgaandonatie. Totale verwachte uitgaven € 17,1 miljoen. Hiervan is € 5 miljoen geraamd voor bureaunkosten en € 12,1 miljoen voor de materiële kosten zoals transport, typering en uitnamekosten van organen en weefsels.

MOTIES

Aangenomen moties	Kamerstuk	Stand van zaken
Motie-Willemse-Van der Ploeg c.s. over het formuleren en accorderen van zorgvuldigheidseisen.	24 170, nr. 89	De Kamer zal in september 2009 een brief ontvangen met de aangepaste handreiking.
De nader gewijzigde motie-Wolbert over het bieden van kwalitatief goede basiszorg volgens vastgesteld zorgplan.	30 597, nr. 70	De Kamer zal voor het eind van 2009 nader geïnformeerd worden.
Motie-Jan de Vries/van Miltenburg over ontwerpen van een tijdelijke regeling voor kleinschalige woonvoorzieningen.	25 424 nr. 90	De Kamer zal hier in november 2009 over worden geïnformeerd.
Motie-Leijten over een quick scan door het rapid response team.	30 597, nr. 92	De quick scan wordt momenteel uitgevoerd. In het najaar 2009 zal de Kamer hierover worden geïnformeerd.
Motie-Wolbert over informatie over de wijze van hanteren van indicatienormen	30 597, nr. 93	De Kamer zal hierover in voorjaar 2010 geïnformeerd worden in de brief over voortgang pakketmaatregelen.
Motie-Wolbert over verplicht stellen dat dagopvang voor mensen met dementie slechts kan worden gestopt na huisbezoek in aanwezigheid van mantelzorger of zorgverlener	30 597, nr. 94	De Kamer wordt voorjaar 2010 geïnformeerd met de brief voortgang pakketmaatregelen.
Motie-Jan de Vries c.s. over een stappenplan om te komen tot een glasheldere AWBZ-polis.	30 597, nr. 82	De Kamer zal hier in het najaar 2009 over worden geïnformeerd.
Motie-Wolbert over de visie op de toekomst van het CIZ.	30 597, nr. 85	De Kamer zal in de eerste helft van 2010 een stappenplan ontvangen.
Motie-Van Miltenburg c.s. over een landelijk keurmerk voor homovriendelijke instellingen.	31 700 XVI, nr. 46	De Kamer zal hier in het najaar 2009 over worden geïnformeerd.
Motie-Wolbert/Sap over de omvang van contracten.	31 795, nr. 26	De Kamer zal hierover in oktober 2009 geïnformeerd worden in de vierde Voortgangsrapportage Wmo.
Gewijzigde motie-Wolbert c.s. over de gevolgen op de arbeidsmarkt van de wijziging van de Wmo.	31 795, nr. 28	Gestreefd wordt de Kamer in de eerste helft van 2010 de eerste resultaten te sturen.
Motie-Van Miltenburg over uitvoering van motie 30 131, nr. 95.	29 538, nr. 92	De Kamer zal in oktober 2009 over de vertegenwoordiging van het CIZ bij alle gemeentelijke zorgklokken worden geïnformeerd bij de voortgangsrapportage Wmo en de SCP-evaluatie.
Motie Aptroot/ Roefs over het ontwikkelen van instrumenten om de werking van kwaliteitseisen te beoordelen.	31 521, nr. 13	De Kamer zal eind oktober hierover 2009 worden geïnformeerd.
Motie-Sap c.s. over het aanspraak kunnen maken op diensten van de SVB voor Wmo-cliënten die kiezen voor een pgb.	31 795, nr. 30	De Kamer zal in oktober 2009 geïnformeerd worden in de vierde voortgangsrapportage Wmo.
Motie-Jan de Vries c.s. over een plan van aanpak gericht op het verminderen van de beleefde administratieve lasten met 25% in 2011.	31 200 XVI, nr. 78	De Kamer zal hierover in het najaar 2009 geïnformeerd worden middels een plan van aanpak.

Moties

Aangenomen moties	Kamerstuk	Stand van zaken
Motie-Jan de Vries c.s. over een plan van aanpak gericht op het behouden en versterken van de kracht van sportverenigingen.	31 200 XVI, nr. 76	De Kamer zal hierover in het najaar 2009 geïnformeerd worden middels een plan van aanpak.
Motie-Van Gerven over instemming met de invoering van het project «dbc's op weg naar transparantie».	29 248, nr. 86	De Kamer zal voor het einde van 2009 worden geïnformeerd.
Motie-Vietsch c.s. over duidelijkheid over de gebruikswaarde en de boekwaardeproblematiek.	29 248, nr. 89	De Kamer wordt in het najaar 2009 hierover geïnformeerd.
Motie-Zijlstra c.s. over een plan van aanpak met heldere prestatie-indicatoren.	29 248, nr. 90	De Kamer wordt in het najaar 2009 hierover geïnformeerd.
Motie-Van der Veen c.s. over onderbrengen van € 160 miljoen. «cure»- stimuleringsgelden in het Waarborgfonds Zorg.	29 248, nr. 92	De Kamer wordt in het najaar 2009 hierover geïnformeerd.
Motie-Zijlstra c.s. over invulling van de regelingen nadeelcompensatie en hardheidsclausule	29 248, nr. 91	De Kamer wordt in het najaar 2009 hierover geïnformeerd.
Motie-Van Gerven over niet uitbreiden van de vrije prijsvorming in het B-segment.	29 248, nr. 85	De Kamer wordt voor het einde van 2009 hierover geïnformeerd.
Motie-Sap c.s. over afronding van het RIVM-onderzoek binnen twee maanden.	27 295, nr. 139	De Kamer wordt in het najaar 2009 hierover geïnformeerd
Motie-Van der Vlies c.s. over een klein volwaardig ziekenhuis op Walcheren	27 295, nr. 140	De planning is de Kamer hierover voor januari 2010 te informeren.
De gewijzigde motie Sap c.s. over alternatieven voor dwangbehandeling.	25 763, nr. 17	Naar verwachting zullen eind 2009 alternatieven voor dwangbehandeling worden aangeboden aan de Kamer in de aanbiedingsbrief bij de eindrapportage over het project commissies verplichte ggz.
Motie-Schermers c.s. over loskoppelen van de bestaande functies van de bijsluiters (29 477, nr. 88)	29 477, nr. 98	De Kamer zal voor 2010 worden geïnformeerd.
Motie-Schermers c.s. over aanpak van gezondheidsproblemen die voortvloeien uit excessief alcoholgebruik van ouderen.	27 565, nr. 70	Opdracht voor onderzoek is uitgezet bij trimbos-instituut. Planning is de Kamer in het najaar 2009 een brief te sturen.
Motie-Wiegman-van Meppelen Scheppink over het opnemen van voedingszorg in dbc's en zorgzwaartepakketten.	31 532, nr. 8	De Kamer zal in het voorjaar 2010 worden geïnformeerd.
Motie-Ormel c.s. over instelling van een brede commissie dierproevenbeleid.	30 168, nr. 9	De Kamer zal voor november 2009 worden geïnformeerd.
Motie-Voordewind over inzichtelijk maken van bezwaren van leeftijdscontrole op afstand.	27 565, nr. 89	De Kamer zal in oktober 2009 worden geïnformeerd.
De gewijzigde motie-Leijten c.s. over ter beschikking stellen van de gegevens van de alcoholpoli's.	27 565, nr. 91	De Kamer zal in november 2009 worden geïnformeerd.
Motie-Schermers c.s. over de gezondheidsaspecten van vaste en vloeibare frituurvetten.	31 532, nr. 4	De Kamer zal eind 2009 worden geïnformeerd.
Motie-Van Gent over onderzoek naar de plekken waar comazuipen plaatsvindt.	27 565, nr. 87	De Kamer zal in november 2009 worden geïnformeerd.

Moties

Aangenomen moties	Kamerstuk	Stand van zaken
Motie-Voordewind over inventarisatie door gemeenten van keten binnen hun grenzen.	27 565, nr. 88	Uiterlijk begin 2010 zal de Kamer een brief ontvangen met de aan de gemeenten gevraagde inventarisaties hokken en keten.

TOEZEGGINGEN

Wat is toegezegd	Vindplaats	Stand van zaken
De Kamer zal worden geïnformeerd over de samenhang tussen gedwongen opname en zelfmoord, zo daar sprake van is.	AO Vermindering Suïcidaliteit d.d. 1 oktober 2009.	De Kamer zal in november 2009 worden geïnformeerd.
Binnenkort zal de Kamer worden geïnformeerd over het IGZ-onderzoek naar de marketing en reclame van het HPV-vaccin. Hierbij wordt de vraag betrokken in hoeverre de IGZ onderzoek doet en gedaan heeft naar dit soort overtredingen en in hoeverre dat in de komende jaren een prioriteit is.	AO HPV vaccinatie in het Rijksvaccinatieprogramma d.d. 9 december 2008.	Resultaten onderzoek worden verwacht. Daarna zal de Kamer zo snel mogelijk geïnformeerd worden.
De Kamer zal zo spoedig mogelijk geïnformeerd worden over het eventueel opnemen van het rijksvaccinatieprogramma in de Wet publieke gezondheid.	Behandeling Wetsvoorstel Publieke Gezondheid d.d. 15 mei 2008.	De Kamer zal eind 2009 geïnformeerd worden.
Nadere uitwerking van de lange termijn visie geneesmiddelen.	AO Geneesmiddelenbeleid d.d. 25 juni 2009.	De Kamer zal in oktober 2009 geïnformeerd worden.
De Kamer ontvangt de resultaten van het onderzoek van de IGZ naar de seeding trails in de tweede helft van 2008.	AO Stand van Zaken IGZ d.d. 13 februari 2009.	De Kamer zal begin 2010 geïnformeerd worden.
De minister zal de Tweede Kamer informeren over de uitkomsten van het aanvullende onderzoek dat de NZa uitvoert naar de effecten van het individuele preferentiebeleid op de praktijkkosten en inkoopvoordelen en apotheekehoudenden.	Brief over AO Geneesmiddelenbeleid 25 juni 2009; stand van zaken ontwikkelingen op het terrein van de farmacie d.d. 12 juni 2009.	VWS is in afwachting van de resultaten van het onderzoek.
Naast het in het regeerakkoord toegezegde onderzoek naar de psychosociale gevolgen van abortus, vindt er ook onderzoek plaats naar de psychosociale gevolgen van adoptie.	Debat over de Regeringsverklaring d.d. 1 maart 2007.	Uitkomst van deze onderzoeken is te verwachten tussen 2010 en 2015. Daarna wordt de Kamer geïnformeerd.
De minister zal kijken naar het verschil in accijns sigaretten en shag; dit mogelijk aanpakken als er gedragseffecten zijn.	AO tabak d.d. 3 juli 2007.	De Kamer wordt voor 2010 geïnformeerd.
Binnen enkele maanden zal de Kamer het onderzoek van de CCMO en de Inspectie voor Gezondheidszorg naar de probiotica-affaire in het UMCU ontvangen.	Mondelingen vragen van Agema over het bericht in de Telegraaf van 21 maart 2008 dat 40 tot 80 procent van de medische proefpersonen slecht op de hoogte is van de werkelijke doelstellingen van het onderzoek waar zij aan deelnemen d.d. 25 maart 2008.	Resultaten onderzoek worden verwacht. Daarna zal de Kamer zo snel mogelijk geïnformeerd worden.
Integrale drugsnota.	Debat drugsbeleid d.d. 6 maart 2009.	De nota zal in 2010 naar de Kamer worden gestuurd.
De Kamer zal worden geïnformeerd over de onderzoeksvragen in het onderzoek van de VU en het Erasmus MC (Euthanasie). Als de onderzoeksresultaten er aanleiding toe geven, zal de regering zich daarover beraden en zal de Kamer daarover worden geïnformeerd.	AO Evaluatiewet d.d. 19 maart 2008.	Resultaten onderzoek worden verwacht. Daarna zal de Kamer zo snel mogelijk geïnformeerd worden.

Toezeggingen

Wat is toegezegd	Vindplaats	Stand van zaken
Nadat in 2009 een verdere verfijning is aangebracht, zal in 2010 het nieuwe systeem worden geëvalueerd. Hierbij zullen in elk geval dezelfde vragen als bij de evaluatie van de no-claimteruggave worden betrokken. Hierbij wordt meegenomen de vraag of mensen naar de huisarts gaan in plaats van naar de spoedeisende hulp.	Behandeling wijziging Zorgverzekeringwet; vervanging no-claimteruggave door een verplicht eigen risico (31 094) d.d. 26 september 2007.	De evaluatie wordt in de zomer 2010 aan de Kamer aangeboden.
Rond de zomer zal de Kamer een reactie ontvangen op de uitvoeringstoets van de NZa inzake de mogelijkheid van één financiële ruimte binnen de AWBZ die zowel geldt voor de zorg in natura als voor het pgb.	Spoeddebat over pgb's d.d. 12 maart 2009.	De uitvoeringstoets is in het najaar 2009 gereed.
De Kamer zal nader worden geïnformeerd over de rapportage van de Stuurgroep Verantwoorde Zorg Gehandicapten over het meetinstrument.	AO Gehandicaptenzorg d.d. 12 december 2007.	Dit is meegenomen in de begroting 2010.
De IGZ voert onderzoek uit op het gebied van medische stralingstoepassingen met name radiologie, SGZ, HTA). Als de rapporten over deze onderwerpen klaar zijn, zal de minister de Tweede Kamer een integrale reactie geven op deze inspectierapporten.	Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 13 december 2007.	De verwachting is dat de rapporten in 2010 naar de Kamer worden gestuurd.
De staatssecretaris zal een beknopt onderzoek laten uitvoeren naar de gevolgen voor kinderen die dakloos zijn.	AO Maatschappelijke opvang d.d. 7 juni 2009.	Het onderzoek zal voor 2010 naar de Kamer worden gezonden.
Naar verwachting kan de Kamer begin 2010 voorstellen voor een Goedkeuringswet en Invoeringswet inzake de consequenties van het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap tegemoet zien.	Antwoorden op vragen over de Begroting VWS 2009 (2008Z05124) d.d. 24 oktober 2008.	De Kamer zal begin 2010 worden geïnformeerd.
De Tweede Kamer wordt geïnformeerd over de kwaliteitseisen inzake contractvervoer die vastgesteld zijn in de wet.	AO Taxi's d.d. 29 januari 2009.	De Kamer zal begin oktober worden geïnformeerd.
Kabinetsstandpunt op eindevaluatie Wmo- evaluatie, waarin de gegevens uit het derde deelrapport in verband worden gebracht met gegevens over het gemeentelijk beleid.	Derde tussenrapportage evaluatie Wmo d.d. 24 juni 2009.	In 2010 zal de Kamer hierover worden geïnformeerd.
Kamer informeren over het bondgenootschap met het bedrijfsleven om gezamenlijk de mogelijkheden voor mensen om als mantelzorg of vrijwilliger actief zijn te vergroten.	Antwoorden op vragen over de VWS-begroting 2008, (2008Z05124) d.d. 24 oktober 2008	De Kamer zal hierover eind oktober worden geïnformeerd in de vierde voortgangsrapportage Wmo.
De Kamer wordt geïnformeerd over hoeveel zzp-ers werkzaam zijn als huishoudelijke hulp in de Wmo.	AO Wmo kwaliteitskader huishoudelijke hulp d.d. 14 april 2009	De Kamer zal hierover eind oktober worden geïnformeerd in de vierde voortgangsrapportage Wmo.
De Kamer zal in de komende voortgangsrapportage worden geïnformeerd over de activiteiten van de Taakgroep handicap en lokale samenleving.	Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 24 oktober 2009.	De Kamer zal hierover eind oktober worden geïnformeerd in de vierde voortgangsrapportage Wmo.
De Kamer ontvangt een brief over de relatie tussen zorg, mantelzorg en vrijwilligerswerk.	Behandeling Wijziging Wet maatschappelijke ondersteuning; verstrekken van uitkering aan mantelzorgers d.d. 2 september 2008	De Kamer ontvangt in oktober 2009 de brief.
De Tweede Kamer ontvangt de EIZ-rapportage mede voorzien van een reactie inzake het onderzoek naar de verhouding tussen professionele zorg/beroepskrachten en mantelzorg.	AO Vrijwilligerswerk/Mantelzorg d.d. 20 maart 2008.	De Kamer zal in oktober 2009 hierover worden geïnformeerd.

Toezeggingen

Wat is toegezegd	Vindplaats	Stand van zaken
De Tweede Kamer ontvangt in januari 2010 het IGZ-rapport met resultaten van de quick scan. Deze scan kan worden gezien als een indruk van de kwaliteit en is een extra voorbereiding op de actieve toepassing van het kwaliteitsdocument vanaf 2010.	AO Wmo kwaliteitskader huishoudelijke hulp d.d. 14 april 2009.	Begin 2010 zal de Kamer het rapport ontvangen.
De Kamer zal worden geïnformeerd over de eerste uitkomsten van de richtlijn abortushulpverlening.	Afbreking zwangerschap/ levensbeëindiging bij pasgeborenen d.d. 19 maart 2009	De Kamer zal in het najaar 2009 worden geïnformeerd over de eerste resultaten.
Medio 2009 zal de Commissie medisch-wetenschappelijk onderzoek met minderjarigen advies uitbrengen, waarna een standpunt zal worden bepaald.	Antwoorden op vragen over de begroting van VWS d.d. 27 oktober 2008.	Najaar 2009 zal de commissie het advies aanbieden.
Wijziging van de Embryowet in navolging van Standpunt op de evaluatie Embryowet en het jaarverslag CCMO.	Gesprek met de commissie VWS/Jeugd en Gezin in de Eerste Kamer over de Embryo-wet d.d. 3 februari 2009.	Het wetsvoorstel kan naar verwachting in het eerste kwartaal van 2010 naar de Kamer worden gezonden
De Kamer zal worden geïnformeerd over de uitkomsten van een onderzoek naar de actuele en potentiële sportdeelname van mensen met een handicap en het op basis daarvan op te stellen actieplan.	Wetgevingsoverleg over onderdeel Sport van de begroting VWS d.d. 19 november 2008.	De onderzoeksresultaten worden in het najaar 2009 verwacht. Daarna zal de Kamer zo snel mogelijk worden geïnformeerd.
Nagaan of het mogelijk is om systematisch informatie te leveren over niet alleen de verwachte maar ook de werkelijke wachttijden in ziekenhuizen.	Wetgevingsoverleg over de financiële verantwoording over het jaar 2007 d.d. 16 juni 2009.	De Kamer zal hierover in het najaar van 2009 worden geïnformeerd.
De Kamer wordt komend voorjaar bericht over de uitkomsten van de pilots over hoe de commissies psychiatrische zorg het beste vorm kunnen worden gegeven.	AO Derde evaluatie Wet Bopz d.d. 2 oktober 2008.	De pilots zijn verlengd tot en met november 2009. De uitkomsten hiervan zullen begin 2010 naar de Tweede Kamer worden gestuurd.
De minister zal schriftelijk preciseren om welke ziekenhuizen het gaat die niet meer voor de beschikbaarheidstoeslag in aanmerking komen.	AO Bereikbaarheid ziekenhuiszorg/Ambulancezorg d.d. 3 juli 2008.	Deze wordt meegenomen in reactie op de uitvoeringstoets. Deze toets wordt eind 2009 verwacht.
De Kamer wordt tijdig bericht over de pakketmaatregel/ beslissing/pre-conceptiezorg/consult in afwachting van het RIVM-rapport en CVZ-besluit.	AO Ketenzorg/verloskundige zorg d.d. 9 oktober 2008.	In de Voortgangsrapportage II Zwangerschap en geboorte wordt de Kamer hierover geïnformeerd.
Verkenning mogelijkheden en belangen op gebied van preventie voor andere sectoren als scholen, werk/bedrijf, leefomgeving en buurt/wijken.	AO Kaderbrief 2007/2011 over preventiebeleid d.d. 5 november 2007.	De Kamer zal in november 2009 worden geïnformeerd.
Integrale reactie op microvoedingsstoffen.	Notaoverleg over de Voeding-nota d.d. 23 maart 2009.	De Kamer zal eind 2009 worden geïnformeerd.
De Kamer zal zo spoedig mogelijk worden geïnformeerd over de resultaten van het in kaart brengen van de verschillende leeftijdscontrolesystemen in supermarkten m.b.t. de verkoop van alcohol aan jongeren mede in relatie tot effectiviteit van de leeftijdscontrole door de caissières.	VAO Hokken en Keten, d.d. 20 mei 2009	Resultaten onderzoek worden verwacht. Daarna zal de Kamer zo snel mogelijk geïnformeerd worden.
Evaluatie van het nieuwe systeem. Nadat in 2009 een verdere verfijning is aangebracht, zal in 2010 het nieuwe systeem worden geëvalueerd.	Behandeling Wijziging Zorgverzekeringwet; vervanging no-claimeruggave door een verplicht eigen risico (31 094) d.d. 26 juni 2009,	De evaluatie wordt in 2010 aan de Kamer aangeboden.

Toezeggingen

Wat is toegezegd	Vindplaats	Stand van zaken
Certificering instelling borstvoedingsbeleid. Kijken naar mogelijkheden gedifferentieerde tarieven in ziekenhuizen en verloskundige praktijken.	Nota-overleg over de voedingsnota d.d. 23 maart 2009, d.d. 23 maart 2009.	De Kamer zal voor november 2009 worden geïnformeerd.
Vervallen ggz-vervoer voor psychogeriatrische patiënten die worden behandeld in ggz-instellingen.	AO Zorgverzekeringswet d.d. 2 juli 2009.	De Kamer wordt voor 2010 geïnformeerd.

AFKORTINGENLIJST

AAL	Ambiënt Assisted Living
aCBG	Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen
AFBZ	Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten
AOR	Algemene oorlogsongevallenregeling
A-topsporters	Topsporters op wereldniveau en olympisch niveau
AVO	Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek
Awb	Algemene wet bestuursrecht
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZR	AWBZ-brede zorgregistratie
BES-eilanden	Bonaire, Sint Eustatius en Saba
BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
BIKK	Bijdrage in de kosten van kortingen
BKZ	Budgettair Kader Zorg
BMC	Bureau Medicinale Cannabis
BMR	Bof, mazelen, rode hond
BOGIN	Bond van Generieke Geneesmiddelenfabrikanten in Nederland
Bopz (Wet –)	Wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen
BOS	Buurt, Onderwijs en Sport
BRG	Bureau registratie geneesmiddelen
Bsik	Besluit Subsidies Investerings Kennisinfrastructuur
BSN	Burgerservicenummer
BuiZa	Buitenlandse Zaken, ministerie van –
bv	Besloten vennootschap
BZK	Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, ministerie van –
CAK	Centraal Administratie Kantoor
CAO	Collectieve arbeidsovereenkomst
CAOR	Commissie Algemene Oorlogsongevallenregeling Indonesië
CBG	College ter Beoordeling van Geneesmiddelen
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg
CBOG	College Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg
CBRN	Chemische, biologische, radiologische of nucleaire middelen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CBZ	College bouw zorginstellingen
CCE	Centra voor Consultatie en Expertise
CCMO	Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek
CE-index	CliëntErvarings-index
CEG	Centrum voor Ethiek en Gezondheid
CGL	Centrum Gezond Leven
CIBG	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg, agentschap
CIO	Chief information officer
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CJIB	Centraal Justitieel Incasso Bureau
COKZ	Centraal Orgaan voor Kwaliteitsaangelegenheden in de Zuivel
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CPB	Centraal Planbureau

Afkortingenlijst

CQ	Consumer Quality Index
CRD	Commissie Registratie Diergeneesmiddelen
CSZ	Commissie sanering zorginstellingen
CTG	College tarieven gezondheidszorg
CTO	Centrum voor Topsport en Onderwijs
C&V	Consument en Veiligheid, stichting –
CVR	Cardiovasculair risico
CVRM	Cardiovasculair risicomanagement
CVZ	College voor zorgverzekeringen
dbc	Diagnose-behandelcombinatie
DCP	Decentrale Procedures
DHW	Drank- en Horecawet
DigiMV	Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording via de digitale invoertool
DIS	Dbc Informatie Systeem
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
DKG	Diagnose kostengroep
DKTP	Difterie, kinkhoest, tetanus en polio
DOT	Dbc's op weg naar transparantie
EM	Expertisecentrum Mantelzorg
EMEA	European Medicines Agency
epd	Elektronisch patiëntendossier
ESF	Europees Sociaal Fonds
EU	Europese Unie
EU GHS	Europese Unie Globally Harmonized System
EUSANH	European Science Advisory Network for Health
EZ	Economische Zaken, ministerie van –
Farmatec	Farmacie en Medische Technologie
FES	Fonds Economische Structuurversterking
FIOM	Nederlandse Federatie van Instellingen voor de Ongehuwde Moeder en haar kind
FKG	Farmacie Kosten Groepen
FLO	Functioneel leeftijdsontslag
fte	Fulltime equivalent
G31	De 31 grootste gemeenten van Nederland
G4	Vier grootste gemeenten van Nederland (Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht)
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
ggz	Geestelijke gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
GPL	Gemeenschappelijk ProefdierLaboratorium
GR	Gezondheidsraad
GSB	Grotestedenbeleid
GT	Gefaseerd toezicht
gvs	Geneesmiddelenvergoedingssysteem
GZ	Gehandicaptenzorg
H1N1	Hemagglutinine1 neuraminidase1
Harm	Hospital Admissions Related to Medication
Hib	Haemophilus influenza type b
Hiv	Human immunodeficiency virus
HPV	Humaan Papillomavirus
HRM	Human Resource Management
HSMR	Hospital Standardised Mortality Rate
IARC	International Agency for Research on Cancer
iBMG	instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

Afkortingenlijst

IBO	Interdepartementaal beleidsonderzoek
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IJZ	Inspectie Jeugdzorg
IVZ	Informatievoorziening Zorg, stichting –
J&G	Jeugd en Gezin
JMW	Joods Maatschappelijk Werk
KB	Koninklijk Besluit
KEMA	Keuring Elektrotechnische Materialen Arnhem
KLPD	Korps Landelijke politiediensten
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
KWF	Koningin Wilhelmina Fonds
LASA	Longitudinal Aging Study Amsterdam
LETB	Landelijke Evaluatie Team voor Bevolkingsonderzoek naar Borstkanker
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LMAZ	Landelijke Meldkamer Ambulance Zorg
LNV	Landbouw, Natuurbeheer en Voedselkwaliteit, ministerie van –
LOVE	Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg
LPZ	Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen
LSP	Landelijk schakelpunt
LVG	Licht Verstandelijke Gehandicapten
MBO	Middelbaar beroepsonderwijs
MDFT	Multi Dimensional Family Therapy
MenC	Meningokokken type C
METC	Medisch Ethische Commissie
MEV	Macro Economische Verkenning
MEVA-ICT	Macro-Economische Vraagstukken Arbeidsvoorwaarden – Informatie en Communicatie Technologie
M&I	Modernisering en Innovatie
MIA-G	Maatschappelijke Innovatie Agenda Gezondheid
MJB	Meerjarenbeleidsplan
MKBA	Maatschappelijke Kosten-Baten Analyse
MMT	Mobiel Medisch Team
MO	Maatschappelijke Opvang
MOgroep	Maatschappelijk Ondernemers Groep
MoU	Memorandum of Understanding
Movisie	Kennis en advies voor maatschappelijke ontwikkeling
MRP	Mutual Recognition Procedure
MSRC	Medisch Specialisten Registratie Commissie
NAD	Nationaal Actieprogramma Diabetes
NASB	Nationaal Actieplan Sport en Bewegen
NC	Nationaal Comité 4 en 5 mei
Nefarma	Vereniging innovatieve geneesmiddelen Nederland
NICTIZ	Nationaal ICT Instituut in de Zorg
NIOD	Nederlands Instituut voor Oorlogsdocumentatie
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NIVM	Nederlands Instituut voor verantwoord medicijngebruik
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NNGB	Nederlandse Norm Gezond Bewegen

Afkortingenlijst

NOC*NSF	Nederlands Olympisch Comité*Nederlandse Sport Federatie
NOV	Nederlandse Organisaties Vrijwilligerswerk
NTS	Nederlandse Transplantatie Stichting
NVI	Nederlands Vaccin Instituut
NVV	Nationale Vaccin Voorziening
NvW	Nota van Wijziging
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OBiN	Ongevallen en Bewegen in Nederland
OCW	Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, ministerie van -
OD	Operationele doelstelling
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
Oggz	Openbare geestelijke gezondheidszorg
OGO	Oprachtsgeversovereenkomst
OGZ	Openbare gezondheidszorg
OTO GHOR	Opleiden Trainen Oefenen Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
PAC	Programma Advies Commissie
PAN	st. Stichting Perinatale Audit Nederland
pgb	Persoonsgebonden budget
PGO	Patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties
PIC	Participatie-indexcijfer
Pkb	Persoonlijk kilometer budget
pNB	prijs nationale bestedingen
POLS	Permanent Onderzoek Leef Situatie
POWI	Postoperatieve wondinfecties
PUR	Pensioen- en Uitkeringsraad
Q-koorts	Query
RBG-eng	Rijksbegroting in enge zin
RBVZ	Referentiebestand Verzekerden Zorgverzekeringswet
R&D	Research and Development
RGO	Raad voor Gezondheidsonderzoek
RIBIZ	Registratie en informatie beroepsbeoefenaren in de zorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RMO	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
RMS	Reference Member State
RSV	Respiratoir syncytieel virus
RTE	Regionale Toetsingcommissies Euthanasie
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
SCR	Sociaal en Cultureel Rapport
seh	Spoedeisende hulp
SER	Sociaal Economische Raad
SGBO	Onderzoeks- en adviesbureau van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten

Afkortingenlijst

SGLVG	Sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapte
SGZ	Staat van de Gezondheidszorg
SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden
SNPG	Stichting Nationaal Programma Grieppreventie
soa	Seksueel overdraagbare aandoening
SRSR	Stichting Rechtsherstel Sinti en Roma
STAP	Stichting Alcoholpreventie
STIP	Stroomlijning Indicatieprocessen, programma –
Stivoro	Stichting Volksgezondheid en Roken
SUO	Stichting Uitvoering Omslagregelingen
SVB	Sociale Verzekeringsbank
SVOP	Strategisch Vaccin Onderzoek Programma
SZA	Sociale Zekerheid en Arbeidsmarkt
SZW	Sociale Zaken en Werkgelegenheid, ministerie van –
TBC	Tuberculose
TBO	Tijdsbestedingsonderzoek
TBU	Tegemoetkoming buitengewone uitgaven
TK	Tweede Kamer
TNO	Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
TOG-regeling	Tegemoetkoming onderhoudskosten thuiswonende meervoudig en ernstig lichamelijk gehandicapte kinderen, regeling –
TPLZ	Transitieprogramma in de Langdurige Zorg
UMC	Universitair Medisch Centrum
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
UZI	Unieke Zorgverlener Identificatie
VBOK	Vereniging ter Bescherming van het Ongeboren Kind
VG	Verstandelijk gehandicapten
VGP	Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie, directie –
VGv	Vrouwelijke genitale verminking
VIB	Vermogensinkomensbijstelling
VIM	Veilig Incident Melden
vms	veiligheidsmanagementsysteem
VN	Verenigde Naties
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VO	Vrouwenopvang
VPB	Vennootschapsbelasting
VROM	Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, ministerie van –
VVT	Verpleging, Verzorging en Thuiszorg
VWA	Voedsel en Waren Autoriteit
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ministerie van –
WBP	Wet buitengewoon pensioen
WCZ	Wet cliëntenrechten zorg
Wgbh/cz	Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte
WGP	Wet Geneesmiddelenprijzen
WHO	World Health Organisation – Wereldgezondheidsorganisatie
WIA	Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
wo	Wereldoorlog
Wpg	Wet publieke gezondheid

Afkortingenlijst

Wtcg	Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicap- ten
WTZ	Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
WUBO	Wet uitkeringen burger-oorlogsslachtoffers 1940–1945
WUV	Wet uitkeringen vervolgingslachtoffers 1940–1945
WW	Werkloosheidwet
WWI	Wonen, Wijken en Integratie, ministerie voor –
ZBC	Zelfstandig behandelcentrum
ZBO	Zelfstandig bestuursorgaan
ZIP	Zorg Innovatie Platform
ZIPC	Zorginnovatieprestatiecontract
ZIW	ZorgInnovatieWijzer
ZiZo	Zichtbare Zorg, bureau –
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZonMw	Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen
ZVF	Zorgverzekeringsfonds
Zvw	Zorgverzekeringwet
ZZP	Zorgzwaartebekostiging

TREFWOORDENREGISTER

Abortus 39, 59, 60, 192, 209, 223, 225
Administratieve lasten 10, 49, 61, 91, 94, 100, 220
Adviesorgaan 153
Afhankelijkheidsrelatie 24, 110, 120, 122
Alcohol 19, 20, 39, 42, 44, 46, 48, 221, 225, 231
Ambulances 27, 65, 71, 72
Arbeidskracht 11
Arbeidsmarkt 25, 28, 76, 98, 101, 152, 171, 220
Arbeidsmarktbeleid 27, 28, 35, 72, 76, 86, 97, 98, 101
Arbeidsproductiviteit 27, 67
AWBZ 1, 5, 6, 16, 18, 22, 29, 32, 33, 36, 65, 77, 78, 80, 81, 86, 87, 88, 89, 90, 93, 94, 97, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 118, 148, 173, 174, 175, 177, 178, 180, 181, 182, 183, 188, 190, 193, 195, 201, 204, 210, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 220, 224, 227
Bedrijfsvoering 1, 4, 61, 164, 168, 170, 171
Begrotingsuitgaven 5, 6, 32, 33, 34, 41, 42, 48, 50, 51, 56, 59, 60, 62, 63, 66, 76, 84, 87, 88, 92, 94, 101, 105, 108, 113, 115, 119, 124, 127, 130, 134, 136, 139, 140, 143, 145, 147, 156, 190
Beleidsdoorlichting 4, 60, 93, 105, 113, 137, 146
Betaalbaarheid 5, 7, 11, 12, 18, 29, 61, 62, 65, 74, 86, 87
Beweegnorm 128, 129
BKZ 33, 36, 37, 82, 173, 174, 175, 176, 177, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 190, 191, 192, 193, 195, 198, 201, 204, 210, 227
BOS 132, 134, 227
Budgettaire Kader Zorg 82, 173, 190, 193, 195, 201, 204, 210, 227
Bureaucratie 11, 17, 180, 202
Burger 10, 12, 20, 22, 23, 24, 32, 34, 39, 40, 44, 45, 48, 50, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 71, 77, 78, 81, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 100, 106, 108, 109, 110, 111, 113, 114, 116, 118, 119, 122, 126, 128, 129, 141, 143, 144, 150, 151, 152, 160, 184, 187, 227, 232
Care 17, 23, 25, 70, 99
CBG 9, 157, 158, 159, 227
CCMO 30, 154, 219, 223, 225, 227
Centrum Gezond Leven 20, 44, 48, 227
Chronische ziekten 14, 26, 33, 38, 41, 42, 43, 52, 54, 55, 56
CIBG 9, 60, 76, 92, 160, 179, 201, 227
CIZ 17, 86, 93, 94, 102, 212, 213, 214, 216, 219, 220, 227
Consument 39, 48, 49, 50, 51, 66, 77, 148, 228
Curatieve zorg 7, 12, 13, 15, 31, 33, 38, 52, 61, 64, 66, 83, 153, 195
Cure 7, 12, 29, 62, 85, 178, 216, 221
Dbc 13, 14, 15, 26, 33, 35, 63, 64, 65, 79, 80, 83, 84, 174, 197, 211, 221, 228
Decentralisatie-uitkering 57, 121, 130, 134
Depressie 20, 35, 55, 56, 79
Diabetes 13, 14, 19, 35, 38, 42, 53, 54, 55, 56, 67, 79, 83, 95, 129, 197, 211, 229
Dierproeven 49, 221
DigiMV 92, 228
Disease management 35, 54
Diversiteit 17
Doelmatigheid 9, 11, 13, 14, 16, 21, 26, 60, 61, 62, 69, 81, 85, 96, 105, 124, 141, 146, 159, 161, 163, 164, 166, 168, 170, 180, 210
Donor 29, 60, 61, 71, 76, 161
Doping 136
Drugs 19, 20, 42, 44, 47, 48, 149, 223
Ecotax 132, 134

Trefwoordenregister

Eergelateerd geweld 24, 120
Eerstelijnszorg 13, 14, 19, 29, 57, 63, 68, 71, 72, 76, 179, 197, 229
Efficiency 13, 93, 118, 153, 159, 163, 164, 168, 170
Embryowet 38, 39, 60, 154, 225
Erfgoed 30, 36, 138, 139, 144, 145, 146
Ethiek 29, 35, 39, 59, 60, 153, 227
Euthanasie 30, 60, 161, 223, 230
Extramurale zorg 33, 64, 99, 213
Geboorte 24, 69, 76, 123, 225
Geestelijke gezondheidszorg 5, 33, 64, 88, 89, 95, 121, 213, 218, 228, 230
Gehandicapten 5, 23, 25, 31, 35, 36, 65, 89, 91, 96, 99, 103, 105, 117, 119, 125, 132, 134, 161, 173, 177, 179, 199, 200, 209, 214, 215, 218, 224, 229, 230, 231, 232
Gehandicaptensport 35, 132, 134
Gehandicaptenzorg 22, 33, 64, 88, 89, 90, 95, 96, 98, 150, 180, 201, 213, 214, 216, 217, 224, 228
Geneesmiddelen 2, 13, 15, 36, 61, 69, 70, 75, 81, 82, 149, 150, 157, 158, 159, 161, 177, 178, 179, 196, 219, 223, 227, 228, 229, 231
Genitale verminking 24, 25, 120, 122, 231
Gezond leven 18, 38, 44, 57
Gezonde voeding 19, 44, 45
Gezondheidsbescherming 20, 38, 150, 157, 231
Gezondheidsraad (GR) 55, 148, 153
Gezondheidsschade 33, 41, 42, 43, 47, 48, 50, 51, 130
Ggz 5, 22, 35, 36, 47, 61, 63, 64, 65, 67, 68, 69, 71, 75, 76, 77, 80, 84, 85, 89, 90, 101, 121, 124, 174, 177, 178, 183, 197, 216, 217, 221, 226, 228, 230
GHOR 38, 58, 228, 230
Governance 13, 14, 28, 111
Heroïnebehandeling 47, 48
HPV 20, 43, 166, 223, 228
Huisartsen 13, 15, 20, 26, 33, 36, 54, 63, 64, 65, 66, 67, 72, 73, 74, 76, 83, 177, 178, 179, 196, 197, 229
Huisartsenzorg 53, 63, 65, 66, 72
ICT 25, 26, 35, 55, 73, 74, 76, 229
IGZ 4, 9, 21, 22, 28, 39, 66, 67, 68, 69, 72, 86, 90, 91, 96, 148, 150, 151, 163, 223, 224, 225, 229
Indicatiestelling 17, 86, 92, 93, 94, 98, 105, 118, 214, 216, 219, 227
Infectieziekten 20, 39, 43, 52, 56, 164
Inhuur externen 172
Innovatie 11, 23, 25, 26, 28, 32, 35, 47, 49, 61, 62, 63, 67, 70, 73, 74, 75, 76, 86, 89, 97, 98, 110, 136, 194, 229, 232
Internationale samenwerking 4, 8, 33, 70, 131, 133, 147, 148, 149
Intramurale instelling 99
Jeugd 2, 4, 5, 9, 34, 53, 64, 89, 102, 122, 123, 125, 127, 129, 130, 131, 133, 139, 145, 147, 148, 152, 155, 167, 168, 169, 170, 212, 215, 229
Jeugdige 5, 33, 64, 89, 128, 129, 132, 139, 140, 143, 144, 212, 214, 215
Kapitaallasten 17, 168, 216, 217
Kengetal 8, 9, 54, 73, 78, 107, 118, 119, 121, 142
Keten-dbc 14, 83
Ketenzorg 13, 18, 26, 67, 80, 95, 97, 100, 104, 225
Keuzevrijheid 12, 17, 94, 99
Kraamzorg 33, 64, 69, 90, 179, 196
Kwaliteit 2, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 28, 29, 32, 35, 47, 55, 58, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 81, 82, 83, 85, 86, 87, 89, 90, 92, 94, 95, 96, 99, 100, 101, 111, 112, 117, 118, 122, 124, 129, 141, 148, 150, 153, 157, 159, 161, 163, 168, 170, 194, 198, 212, 217, 219, 220, 224, 225, 227, 229

Trefwoordenregister

Langdurige zorg 1, 5, 7, 9, 12, 16, 17, 18, 22, 26, 33, 34, 35, 38, 86, 87, 88, 89, 95, 96, 97, 101, 102, 148, 153, 182, 183, 199

Leefstijl 11, 12, 18, 19, 20, 33, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 52, 74, 79, 125, 126, 128, 129, 133

Levensverwachting 7, 38, 40, 215

Maatschappelijke kosten 86, 88, 101

Maatschappelijke Verantwoording 22, 87, 90, 99, 161, 228

Mantelzorger 23, 24, 32, 35, 97, 101, 106, 114, 115, 220, 224

Medicatieveiligheid 68, 69

Medicijnen 11, 15, 70

Medicijngebruik 67, 68, 76, 229

Medisch specialisten 13, 16, 27, 33, 36, 64, 65, 73, 177, 178, 179, 183, 194, 195, 196, 198

Medisch wetenschappelijk onderzoek 33, 39, 41, 42, 44, 59, 154

Meerbedskamer 17, 31, 100

Meerpersoonskamer 100

Menselijk kapitaal 11, 28

Motivering 44, 48, 50, 52, 56, 59, 65, 66, 77, 89, 110, 114, 116, 119, 128, 130, 134, 140, 143

Movisie 23, 96, 110, 111, 112, 113, 114, 229

Naschoolse opvang 126, 131

NVI 4, 10, 34, 56, 147, 148, 154, 155, 164, 165, 166, 192, 207, 230

NZa 14, 16, 31, 65, 72, 75, 77, 78, 80, 82, 84, 86, 89, 90, 97, 104, 116, 148, 174, 178, 179, 181, 195, 196, 201, 210, 214, 216, 217, 219, 223, 224, 230

Olympisch Plan 31, 125, 127, 128, 131, 135

Olympische Spelen 125, 134, 135, 137

Onverzekerden 15, 77, 78, 84, 148, 219

Oorlog 1, 30, 36, 138, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 219, 227, 229, 231, 232

Oorlogsgetroffenen 1, 8, 30, 33, 36, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 206

Opleidingsfonds 72, 73, 76, 85, 182, 183, 209

Orgaancentrum 219

Orgaandonatie 29, 35, 61, 71, 76, 219

Ouderen 11, 18, 23, 26, 65, 74, 91, 94, 97, 101, 111, 113, 151, 161, 214, 221, 230

Overgewicht 19, 20, 42, 44, 46, 48, 52, 60, 79

Pakketmaatregelen 65, 80, 89, 102, 220

Palliatieve zorg 23, 32, 35, 86, 99, 101

Participatie 8, 12, 23, 35, 106, 107, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 119, 132, 133, 152, 230

Patiënt 5, 12, 14, 15, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 32, 35, 54, 55, 56, 59, 61, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 76, 82, 83, 86, 90, 91, 92, 97, 129, 150, 161, 179, 197, 226, 228, 230

Perinatale Audit 66, 230

Premie-uitgaven 5, 6, 42, 43, 53, 63, 64, 88, 89, 109, 156, 173, 190

Prestatiebesteding 14, 61, 65, 72, 82

Prestatie-indicatoren 102, 126, 128, 141, 144, 151

Prestatie-indicator 4, 6, 7, 22, 40, 62, 86, 90, 107, 110, 126, 131, 135, 139, 141, 143, 144, 150, 161, 221

Preventie 10, 11, 18, 19, 20, 21, 25, 26, 27, 33, 35, 38, 39, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 61, 65, 68, 72, 74, 75, 79, 96, 97, 112, 129, 130, 153, 157, 162, 225, 231

Productveiligheid 39, 48, 49, 50, 70, 151

Professional 10, 12, 16, 17, 20, 24, 25, 26, 27, 44, 62, 74, 86, 93, 96, 101, 110, 111, 123, 131, 132

PUR 30, 138, 139, 140, 141, 142, 219, 230

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) 148, 153

Trefwoordenregister

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) 148, 152
Rampen 39, 42, 56, 58, 59, 228, 230
Rechtspositie 15, 17, 25, 66, 89, 90, 91
Regeldruk 10, 61
Regie 12, 21, 24, 25, 39, 91, 117, 162, 171
Regieraad 21, 22, 35, 69, 76, 85
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) 4, 148, 154, 162
Rijksvaccinatieprogramma 20, 33, 38, 43, 52, 53, 162, 163, 165, 166, 223, 230
Risicoverevening 79, 84, 85
Roken 13, 19, 43, 44, 45, 48, 65, 79, 231
Rookvrij 45, 48
RWT 1, 8, 9, 56, 76, 92, 219, 230
Seksualiteit 19, 21, 53, 56, 60
Seksuele gezondheid 21, 35, 38, 53, 56
SGBO 110, 230
Soa 56
Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) 9, 148
Solidariteit 11, 13, 15, 18, 19, 78, 101, 150
Specifieke uitkeringen 8, 9, 48, 134, 150
Spoedeisende hulp 15, 51, 65, 72, 179, 197, 224, 230
Sport 1, 2, 3, 4, 11, 19, 30, 31, 34, 35, 38, 39, 44, 45, 51, 57, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 149, 150, 157, 205, 219, 221, 225, 227, 229, 230, 231
Subsidie 8, 9, 23, 33, 35, 44, 47, 48, 50, 51, 53, 55, 56, 59, 60, 62, 63, 64, 66, 68, 73, 74, 76, 84, 85, 88, 91, 92, 93, 94, 98, 99, 101, 105, 111, 112, 113, 115, 118, 119, 123, 124, 129, 130, 132, 133, 134, 135, 136, 142, 143, 144, 145, 150, 153, 172, 180, 184, 188, 198, 204, 216, 217, 227
Subsidiebeheer 172
Taakstelling 34, 82, 93, 112, 156, 163, 164, 166, 171, 180, 192, 194, 199, 203, 205, 206, 209
Tabak 20, 39, 44, 45, 223
TBU 105, 200, 231
Tienermoeders 24, 32, 35, 106, 120, 122, 123
Topsport 30, 31, 35, 126, 127, 128, 129, 134, 135, 136, 137, 150, 227, 228
Transparantie 10, 13, 21, 61, 63, 66, 69, 78, 81, 83, 86, 91, 92, 221, 228
Tweede Wereldoorlog 30, 138, 144, 145
Uitgaven 216
Vaccinatie 20, 38, 43, 52, 53, 76, 98, 154, 155, 164, 223
Veiligheid 10, 13, 20, 21, 25, 27, 35, 45, 48, 49, 50, 51, 58, 61, 63, 67, 68, 69, 70, 72, 76, 78, 86, 90, 91, 95, 100, 119, 123, 125, 130, 162, 228, 231
Vereenvoudiging 4, 35, 46, 83, 93, 138
Verpleeghuis 17, 216, 217
Verpleging 7, 22, 33, 87, 88, 90, 96, 99, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 231
Verslavingszorg 47
Vertrouwen 11, 12, 13, 14, 15, 16, 21, 76, 133, 150
Verzorging 7, 11, 17, 22, 23, 33, 87, 88, 90, 95, 96, 99, 103, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 231
Voeding 19, 42, 45, 46, 48, 50, 57, 94, 95, 96, 128, 153, 157, 158, 159, 221, 225, 226, 231
Voedsel 2, 10, 33, 38, 39, 41, 42, 43, 45, 48, 49, 50, 157, 159, 229, 231
Voorlichtingsbeleid 143, 144
Vrijheid 17, 61, 138, 139, 143, 144, 145
Vrijwilliger 23, 24, 31, 32, 35, 99, 106, 107, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 124, 125, 130, 131, 132, 224, 230
Wachttijd 71, 225
Wet maatschappelijke ondersteuning 23, 173, 224, 231

Trefwoordenregister

WHO 39, 56, 75, 149, 150, 162, 231
WO II 8, 33, 138, 139, 140, 143, 144, 145, 206
ZBO 1, 4, 8, 9, 56, 76, 84, 92, 105, 138, 142, 143, 148, 154, 157, 158, 159, 219, 232
Ziekenhuis 13, 15, 16, 21, 67, 68, 73, 82, 174
Ziekenhuissector 13, 21, 174
Ziekenhuiszorg 14, 21, 32, 90, 175, 225
Ziektepreventie 20, 38, 53
ZonMw 9, 17, 20, 35, 39, 44, 46, 47, 49, 53, 54, 56, 59, 63, 69, 75, 92, 232
Zorgaanbieder 5, 12, 14, 16, 17, 20, 22, 25, 26, 32, 34, 62, 63, 65, 66, 72, 73, 77, 83, 86, 89, 90, 91, 99, 100, 104, 105, 148, 150, 160, 174
Zorgaanbod 18, 34, 62, 63, 65, 66, 67, 100, 168, 170, 212, 218
Zorgautoriteit 31, 82, 86, 148, 174, 230
Zorgbalans 7, 40, 62, 71, 87
Zorgconsument 61, 150, 173
Zorginnovatieplatform 26, 28, 74
Zorginstelling 12, 22, 26, 27, 31, 62, 69, 83, 90, 91, 96, 97, 98, 113, 121, 148, 161, 168, 170, 218, 227, 228, 232
Zorgkantoor 18, 214
Zorgketen 19, 58
Zorgplan 16, 96, 99, 220
Zorgstelsel 7, 11, 34, 61, 62, 63, 65, 66, 86, 87, 88, 89, 90, 148
Zorgtoeslag 8, 13, 78, 84, 187, 194
Zorgverzekeraar 5, 12, 13, 14, 15, 18, 20, 22, 26, 34, 39, 44, 62, 63, 65, 66, 72, 77, 78, 82, 89, 90, 102, 174, 182, 183, 194, 219, 232
Zorgverzekeringswet 6, 18, 19, 35, 77, 78, 80, 81, 84, 104, 173, 183, 213, 217, 219, 224, 225, 226, 230, 232
Zorgvoorziening 33, 41, 42, 43, 56, 58
Zorgzwaartebekostiging 35, 89, 98, 100, 101, 232
Zorgzwaartepakket 12, 96, 99, 214, 221
Zwangerschap 21, 38, 60, 69, 76, 161, 225
Zwerfjongere 106, 122, 124