

Vergaderjaar 2002–2003

**28 600 XVI**

## **Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2003**

**Nr. 2**

### **MEMORIE VAN TOELICHTING**

#### **INHOUDSOPGAVE**

A. Artikelsgewijze toelichting bij het begrotingsvoorstel	2
B. Begrotingstoelichting	3
Leeswijzer	3
Beleidsagenda 2003	10
Beleidsartikel 1: Gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming	38
Beleidsartikel 2: Curatieve zorg	61
Beleidsartikel 3: Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	82
Beleidsartikel 4: Gehandicaptenzorg en hulpmiddelenbeleid	99
Beleidsartikel 5: Verpleging, verzorging en ouderen	109
Beleidsartikel 6: Arbeidsmarktbeleid	119
Beleidsartikel 7: Jeugdbeleid	125
Beleidsartikel 8: Sociaal beleid	136
Beleidsartikel 9: Sportbeleid	147
Beleidsartikel 10: Verzetsdeelnemers, vervolgd en burgeroorlogsgetroffenen	155
Beleidsartikel 11: Inspecties	167
Beleidsartikel 12: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu	180
Beleidsartikel 13: Rijksbijdrage volksgezondheid	189
Beleidsartikel 16: Maatschappelijke participatie van ouderen en gehandicapten	192
Niet-Beleidsartikel 14: Algemeen	196
Niet-Beleidsartikel 15: Nominaal en onvoorzien	210
Baten-lastendiensten	212
Bedrijfsvoeringsparagraaf	225
Verdiepingsbijlage	228
Bijlage: Moties en toezeggingen	256
Afkortingen	270
Trefwoordenlijst	275

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

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

De begrotingsstaten die onderdeel uitmaken van de Rijksbegroting, worden op grond van artikel 1, derde lid, van de Comptabiliteitswet elk afzonderlijk bij de wet vastgesteld. Het onderhavige wetsvoorstel strekt ertoe om de begrotingsstaat van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het jaar 2003 vast te stellen.

Alle voor dit jaar vastgestelde begrotingswetten tezamen vormen de Rijksbegroting voor het jaar 2003. Een toelichting bij de Rijksbegroting als geheel is opgenomen in de Miljoenennota 2003.

Met de vaststelling van dit wetsartikel worden de uitgaven, verplichtingen en de ontvangsten voor het jaar 2003 vastgesteld. De in de begroting opgenomen begrotingsartikelen worden in onderdeel B van deze memorie van toelichting toegelicht (de zgn. begrotingstoelichting).

### **Wetsartikel 2 (begrotingen baten-lastendiensten)**

Onder het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ressorteren de baten-lastendiensten «Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen» en het «Agentschap Keuringsdienst van Waren». Met ingang van 2004 zal het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu naar verwachting ook de agentstatus hebben. Voor een nadere toelichting wordt verwezen naar beleidsartikel 12.

Met de vaststelling van dit wetsartikel worden de baten en lasten en de kapitaaluitgaven en -ontvangsten van de baten-lastendienst «Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen» en het «Agentschap Keuringsdienst van Waren» voor het jaar 2003 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 batenlastendiensten.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. J. Bomhoff

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

## B. BEGROTINGSTOELICHTING

### Leeswijzer

De begroting 2003 bestaat uit de volgende onderdelen:

1. Beleidsagenda
2. Beleidsartikelen (en niet-beleidsartikelen)
3. Baten-lastendiensten
4. Bedrijfsvoeringsparagraaf
5. Bijlagen waaronder de Verdiepingsbijlage en de bijlage Moties en Toezeggingen

Deze leeswijzer heeft dezelfde opbouw, aangevuld met een paragraaf waarin aangegeven staat in welke overzichtsconstructies onze begroting participeert.

De begroting 2003 is de eerste begroting van het nieuwe kabinet. De speerpunten voor de komende jaren zijn opgenomen in de beleidsagenda 2003 en voor zover mogelijk in de beleidsartikelen. Ondanks dat de beschrijving van zowel de algemene en operationele doelstellingen, als de aard van de verantwoordelijkheden als de instrumenten in de beleidsartikelen enigszins gewijzigd is, is de begroting 2003 voor een belangrijk deel vergelijkbaar met de begroting 2002. Uiteraard zijn de activiteiten voor 2003 zo concreet mogelijk geformuleerd en waar mogelijk onderbouwd met prestatiegegevens.

#### 1. De beleidsagenda: domein en uitgangspunten

De beleidsagenda is een korte weergave van de beleidsprioriteiten van het nieuwe kabinet. Voor zover mogelijk zijn deze verder uitgewerkt in de beleidsartikelen. Tevens vormt het beleidsprogramma 2003–2006 onderdeel van deze beleidsagenda.

Beleidsprioriteiten die tot het domein van VWS behoren worden niet alleen gefinancierd vanuit de rijksmiddelen (de begroting), maar vooral ook uit de premieontvangsten. Bij deze premiegefinancierde uitgaven gaat het uitsluitend om de zorg. VWS maakt zowel een begroting als een Zorgnota. Hoewel het twee verschillende documenten zijn, hebben de begroting en de Zorgnota een bereik dat elkaar beleidsmatig overlapt. Voorheen maakten de zorguitgaven op de VWS-begroting deel uit van het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Bij de vaststelling van de budgettaire kaders is onder andere besloten om met ingang van het jaar 2003 de zorg uitgaven op de VWS begroting niet meer te rekenen tot het BKZ. Zou de beleidsagenda beperkt worden tot het begrotingsdomein, dan zou een onvolledige en kunstmatige «vanuit de financiering geknipte» beleidsagenda worden gepresenteerd. Daarom is er in deze begroting evenals in de Begroting 2002 voor gekozen één integrale beleidsagenda op te nemen die *alle* beleidsprioriteiten van VWS omvat. Deze beleidsagenda is derhalve ook opgenomen in de Zorgnota.

#### 2. Beleidsartikelen (en niet-beleidsartikelen)

Het totaal van de begrotingsmiddelen is in tegenstelling tot vorig jaar niet verdeeld over 15 maar over 16 artikelen. Deze uitbreiding is, conform het Strategisch Akkoord, het gevolg van de overheveling van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) van het ministerie van SZW. Binnen de 16 artikelen is een onderscheid gemaakt in beleids- (14) en niet-

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

De opbouw van de beleidsartikelen en het artikel algemeen is als volgt:

1. Algemene doelstelling
2. Operationele doelstelling
3. Budgettaire gevolgen van beleid
4. Budgetflexibiliteit
5. Groeiparagraaf

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

#### *1. Algemene doelstelling*

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

#### *2. Operationele doelstelling*

Op het «diepere» niveau, namelijk dat van de operationele doelstelling, is de inzet van begrotingsgeld de primaire invalshoek. Bij de operationele doelstelling staat een beschrijving van de beleidseffecten, de aard van de verantwoordelijkheid van ons en zonodig van andere actoren en van de begrotingsgefinancierde instrumenten die bijdragen aan het realiseren van die doelstelling. Deze indeling is in de meeste beleidsartikelen expliciet opgenomen. Bij de beleidsartikelen waarbij deze indeling niet expliciet is opgenomen is deze voor zover relevant meegenomen in de toelichting op de algemene en operationele doelstelling. Dit geldt eveneens voor onder andere de veronderstellingen in effectbereiking, doelmatigheid en raming. De operationele doelstellingen en instrumenten zijn waar mogelijk voorzien van prestatiegegevens. De prestatiegegevens kunnen gerelateerd zijn aan operationele doelstellingen en aan de beleidsinstrumenten. Wanneer prestatiegegevens zijn gerelateerd aan de inzet van instrumenten, is dat vaak verwoord in producten en activiteiten die met deze middelen mogelijk worden

gemaakt. Prestatiegegevens die samenhangen met de operationele doelstellingen geven een indicatie van de mate waarin de operationele doelstelling wordt bereikt. Of operationele doelstellingen in termen van prestatiegegevens geconcretiseerd kunnen worden, hangt ook af van de aard van de operationele doelstelling. Voor een deel van de operationele doelstellingen en instrumenten kunnen alléén uitspraken worden gedaan over de mate waarin de beoogde doelstellingen zijn bereikt, respectievelijk de maatschappelijke ontwikkelingen nopen tot (gewijzigde) voortzetting van het beleid, door de inzet van evaluatieonderzoek. Bij de betreffende operationele doelstellingen en instrumenten is aangegeven wanneer evaluatieonderzoeken zijn voorzien.

#### *Relatie tussen de beleidsartikelen en de Welzijnsnota*

Tot en met 2002 was de Welzijnsnota «Sociale kwaliteit» het kader voor het landelijke welzijnsbeleid. Na het uitbrengen van de begroting zal er een nieuwe Welzijnsnota (2003–2006) worden opgesteld. In deze begroting gaan we vooralsnog voor 2003 en volgende jaren uit van de uitvoering van de bestaande Welzijnsnota. In de budgettaire tabellen inzake de Welzijnsnota zijn de middelen derhalve tot en met 2007 opgenomen.

De Welzijnsnota is ingedeeld naar de volgende programmalijnen:

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

In deze VWS-begroting leveren verschillende beleidsartikelen een bijdrage aan het realiseren van de doelstellingen c.q. programmalijnen in de Welzijnsnota. Dit komt tot uitdrukking in de toelichting op het beleidsartikel. Bij de betreffende artikelen is een tabel opgenomen waaruit blijkt welke budgettaire bijdrage de operationele doelstelling levert aan de programmalijnen van de Welzijnsnota.

Bij de beleidsartikelen Jeugdbeleid en Sociaal beleid zijn de programmalijnen uit de Welzijnsnota als operationele doelstellingen opgenomen. Bij de beleidsartikelen Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang, Gehandicaptenzorg en hulpmiddelenbeleid, Verpleging, verzorging en ouderen en Sportbeleid is de bijdrage aan de Welzijnsnota verwerkt in bestaande operationele beleidsdoelstellingen. Hierbij is voor zover mogelijk expliciet aangegeven op welke wijze de operationele doelstelling bijdraagt aan de Welzijnsnota. Dit is veelal door het inzetten van bepaalde instrumenten. Het beleidsartikel Sociaal beleid bevat een samenvattend overzicht van de budgettaire bijdragen van de verschillende beleidsartikelen aan de programmalijnen van de Welzijnsnota.

### *3. Budgettaire gevolgen van beleid*

Elk beleidsartikel bevat een tabel met de budgettaire gevolgen van het beleid. De programma-uitgaven zijn toegerekend aan de operationele doelstellingen in kwestie. Binnen de operationele doelstelling zijn bij de programma-uitgaven de garanties, en het beslag van de rijksbijdragen aan ZBO's en lokale overheden afzonderlijk aangegeven. De wijze van presentatie wijkt daarmee enigszins af van de Rijksbegrotingsvoorschriften. Over deze afwijkende presentatie is overeenstemming met de Minister van Financiën.

De programma-uitgaven bestaan nagenoeg volledig uit subsidies, met uitzondering van de hiervoor genoemde financiële instrumenten. Een relatief klein deel van de programma-uitgaven wordt verricht in de vorm van opdrachten (op basis van een overeenkomst). Waar in de toelichting op de instrumenten het begrip subsidie wordt gehanteerd, worden daarmee tevens deze opdrachten bedoeld.

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

#### *4. Budgetflexibiliteit*

De gevolgde systematiek bij budgetflexibiliteit is, dat het kasbeslag over de jaren 2003 tot en met 2007 van de verplichtingen in een percentage worden weergegeven. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt naar:

- Juridisch verplichtingen: verplichtingen die rechtstreeks voortvloeien uit bijvoorbeeld een wettelijke regeling of een beschikking en die in hetzelfde jaar en/of latere jaren tot uitgaven leiden. Het gaat hierbij over het algemeen om, door middel van subsidiebeschikkingen, vastgelegde meerjarige incidentele verplichtingen, bijvoorbeeld subsidies voor meerjarige projecten. Met betrekking tot de apparaatsuitgaven wordt overeenkomstig de Rijksbegrotingvoorschriften ervan uitgegaan dat deze als juridisch verplicht gelden. Voor deze uitgaven geldt namelijk dat daarop nagenoeg geheel de fictie verplichtingen=kas van toepassing is.
- Bestuurlijk gebonden reserveringen: verplichtingen die weliswaar nog niet verplicht zijn, maar die op grond van de algemene beginselen van behoorlijk bestuur een onontkoombaar karakter hebben. Het gaat hierbij met name om specifieke uitkeringen aan gemeenten en provincies en (instellings)subsidies met een structureel karakter. Voor deze verplichtingen wordt voor het jaar 2003 uitgegaan van 100% onontkoombare verplichting en voor de jaren na 2003 wordt uitgegaan van continuering van deze verplichtingen (ongewijzigd beleid).
- Beleidsmatige reserveringen: het percentage van de uitgaven dat nog niet concreet is belegd met verplichtingen (ten opzichte van derden). Hiervoor bestaan echter beleidsvoornemens die in deze begroting en reeds eerder verschenen nota's aan de Kamer, zoals bijvoorbeeld de Welzijnsnota, zijn verwoord. De uitvoering van deze beleidsvoornemens, waaronder het aangaan van de concrete verplichtingen, vindt deels in 2002 en grotendeels in 2003 en volgende jaren plaats.

De basis van de weergegeven bedragen en percentages is de departementale administratie. Deze geven een raming weer van de situatie per 1 januari 2003.

#### *5. Groeiparagraaf*

In de groeiparagraaf zijn de verbeterpunten aangegeven die in de toekomst zullen leiden tot een groter inzicht in de te realiseren prestaties.

Om dit te bereiken kunnen meerdere mogelijkheden worden benut. Zo kunnen streefwaarden worden geformuleerd, kan een tijdshorizon worden bepaald of evaluatieonderzoek worden gedaan. Welke mogelijkheid wordt benut hangt sterk af van het in te zetten beleidsinstrument. Ook wordt ingegaan op de toezeggingen zoals deze in de groeiparagraaf in de begroting 2002 zijn opgenomen en is een evaluatieprogrammering weergegeven.

### **3. Baten-lastendiensten**

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

### **4. Bedrijfsvoeringsparagraaf**

In de bedrijfsvoeringsparagraaf wordt ingegaan op een aantal hoofdlijnen van de bedrijfsvoering binnen VWS, die van belang zijn voor de realisatie van de beleidsdoelstellingen. De bedrijfsvoeringsparagraaf sluit aan bij het «referentiekader mededeling over de bedrijfsvoering». In deze paragraaf wordt nader ingegaan op het bedrijfsvoeringsplan 2003, ontwikkelingen op het terrein van de VBTB en op enkele belangrijke organisatieontwikkelingen.

### **5. Bijlagen**

In de verdiepingsbijlage staan de toelichtingen op de mutaties vanaf 2003 ten opzichte van de eerste suppletore wet. Verplichtingenmutaties worden niet toegelicht voor zover het gaat om mutaties met een technisch karakter. Dit is bij de meeste verplichtingenmutaties het geval. Technische mutaties zijn onder andere de bij de kasmutaties behorende verplichtingenmutaties (kas = verplichtingen), en het aanpassen van de verplichtingenraming als gevolg van het aangaan van meerjarige projectsubsidies. Bij deze mutaties wordt de verplichtingenraming in het uitvoeringsjaar verhoogd en in de daarop volgende jaren met hetzelfde bedrag verlaagd. In alle gevallen hebben de mutaties geen gevolgen voor de kasraming.

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

### **6. Overzichtsconstructies**

In deze paragraaf vermelden wij de ramingen die in deze begroting zijn opgenomen en deel uitmaken van een overzichtsconstructie.

### *Homogene groep internationale samenwerking (HGIS)*

De HGIS-nota 2003 van het ministerie van Buitenlandse Zaken bevat een overzicht van de onder Internationale samenwerking verantwoorde budgetten bij de verschillende departementen. De budgetten voor deze overzichtconstructie worden verantwoord in artikel 14, operationele doelstelling personeel kernministerie. Het gaat hier om de personele lasten van de VWS-attachés op diplomatieke posten te Washington, Parijs en Brussel. De uitgaven hiervoor bedragen op dit moment € 655 000

### *Grotestedenbeleid (GSB)*

Een overzicht van de geldstromen voor het grotestedenbeleid staat in het Extra Comptabele Overzicht Grotestedenbeleid dat de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties met zijn begroting naar de Kamer stuurt. In deze begroting staat meer inhoudelijke informatie over het grotestedenbeleid.

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

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

**Tabel 1: GSB-ramingen (bedragen x € 1000)**

Artikel	Onderwerp	2002	2003	2004	2005	2006	2007
3	Maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en verslavingsbeleid	171 890	171 438	171 435	171 436	171 436	171 436
3	Heroïne-experimenten	4 823	4 823	0	0	0	0
3	Algemeen maatschappelijk werk	3 654	3 654	0	0	0	0
7	Ondersteunen van lokaal sociaal beleid	2 168	971	166	166	166	166
8	Inburgering nieuwkomers	35 093	35 147	32 871	33 751	33 196	33 196
9	Sportbeleid	4 068	4 068	2 339	1 921	1 921	1 921

### *Overzichtconstructie integratiebeleid etnische minderheden*

Deze overzichtconstructie is opgenomen in de begroting van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK).

**Tabel 2: Integratiebeleid etnische minderheden (bedragen x € 1000)**

Artikel		2002	2003	2004	2005	2006	2007
3	– Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	233	233	233	233	233	233
7	– Jeugdbeleid	953	953	953	953	953	953
8	– Sociaal Beleid	70 651	70 977	67 029	68 609	67 572	67 572



*Overzichtsconstructie Milieu*

Deze overzichtsconstructie is opgenomen in de begroting van het Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer (VROM).

<b>Tabel 3: Overzichtsconstructie Milieu (bedragen x € 1000)</b>							
Artikel		2002	2003	2004	2005	2006	2007
1	– Gezondheidsbeleid	574	1 514	1 014	1 014	1 014	1 014
9	– Sport		612	612	612	612	612

## Deel A BELEIDSAGENDA

De beleidsagenda bestaat dit jaar uit twee onderdelen. Deel A schetst de hoofdlijnen van het beleid voor 2003. Deel B is het beleidsprogramma voor 2003 tot 2006. In het beleidsprogramma wordt uitwerking gegeven aan het Strategisch Akkoord. Het beleidsprogramma wordt het aankomend jaar nader geconcretiseerd, mede op basis van overleg met het veld en rekening houdend met externe omstandigheden. Met name de doelen krijgen dan een meer concrete invulling. De voornemens 1 en 12 in het beleidsprogramma zijn niet afkomstig uit het Strategisch Akkoord. Deze voornemens zijn opgenomen vanwege de centrale plaats die ze innemen in het VWS-beleid. De volgorde van de voornemens in het programma is conform de hoofdstukindeling van deel A van de beleidsagenda.

### 1 Inleiding

In de beleidsagenda worden vele aspecten van ons beleid geschetst. In deze eerste paragraaf hebben we enkele belangrijke vragen opgenomen. De antwoorden maken duidelijk waar wij voor staan. In de op de inleiding volgende paragrafen wordt het beleid nader uitgewerkt.

#### *Wat is het belangrijkste element in het Strategisch Akkoord?*

Voor het eerst verankert een Strategisch Akkoord het recht op zorg. Zowel in de thuiszorg en de verpleeghuizen als bij ziekenhuis, apotheek en huisarts gelden de rechten van mensen op het verzekerde pakket het hele jaar. En natuurlijk hebben rijk en arm precies dezelfde rechten. Een belangrijk uitgangspunt voor ons beleid is de sociale rechtvaardigheid. Deze vertalen wij ondermeer in het beschikbaar zijn van voldoende goede en betaalbare zorg gericht op preventie, genezing, verpleging en verzorging voor iedereen. Zorg is in Nederland een sociaal grondrecht. De overheid is daarom verantwoordelijk voor het tot stand komen van collectieve voorzieningen op basis van solidariteit.

#### *Langer leven: kostenpost of groot goed?*

Dat mensen langer leven ziet het kabinet vooral als een groot goed: steeds meer kinderen groeien op met meerdere grootouders. Meer geld zal nodig zijn voor pensioenen en medische voorzieningen voor ouderen, maar de hogere levensverwachting is toch vooral een reden tot vreugde. Preventie, zorg en welzijn kosten dus niet alleen geld en inzet van personeel, maar leveren vooral ook veel baten op in termen van levensverwachting en kwaliteit van leven. Deze notie is een ander belangrijk uitgangspunt voor ons beleid. Toenemende uitgaven aan kwalitatief goede zorg, preventie en welzijn kunnen worden gezien als indicatoren voor een positieve ontwikkeling in de samenleving. De zorgquote is gestegen met 3% in 30 jaar. Tegelijkertijd is de levensverwachting in die periode toegenomen met anderhalve maand per jaar. Ook is de kwaliteit van leven toegenomen. De toegenomen levensverwachting en verbeterde kwaliteit van leven dragen bij aan een sterk toegenomen welzijn. Door diverse economen wordt de bijdrage even hoog geschat als de bijdrage van de traditioneel gemeten economische groei, dus exclusief de baten van de hogere levensverwachting en toegenomen kwaliteit van leven. Dit betekent dat investeringen in volksgezondheid en gezondheidszorg een substantiële bijdrage leveren aan het welzijn van de bevolking.

#### *Levensloop*

We richten ons beleid op de gehele levensloop van mensen. Tijdens hun levensloop zijn er voor mensen voorzieningen beschikbaar die beogen de

gezondheid en het welzijn van mensen, en daarmee de kwaliteit van leven en levensverwachting, te verhogen. Voorbeelden hiervan zijn preventie tijdens de zwangerschap en de eerste levensjaren, jeugdzorg voor kinderen in problematische omstandigheden, jeugdgezondheidszorg tot en met het achttiende levensjaar, gezondheidszorg en welzijnswerk tijdens het gehele leven, ouderenzorg voor de hoogste leeftijdscategorie en palliatieve zorg in de laatste fase van het leven. Respect en keuzevrijheid stellen we centraal. Het aanbod van voorzieningen moet mensen in staat stellen zo zelfstandig mogelijk en naar eigen inzicht keuzes over de inrichting van hun leven te maken. Preventie is in het aanbod een essentieel onderdeel. We kijken vanuit de vraag van mensen naar het aanbod van voorzieningen. Dit houdt in dat beleid meer integraal ontwikkeld moet worden en voorzieningen ontkokerd aangeboden moeten worden. Volgend jaar komt het kabinet met een samenhangende visie op senioren in de samenleving op weg naar 2030.

De jeugd heeft nog steeds de toekomst. We vergeten te gemakkelijk dat het met veel van hen goed gaat. Waar het fout gaat, met ouders of kinderen, is snel ingrijpen geboden. Om erger te voorkomen. Het drama in Roermond heeft ons geleerd dat de overheid niet afwachtend aan de kant mag blijven staan. Bemoeizorg, bijvoorbeeld door het inzetten van gezinscoaches kan noodzakelijk zijn. Dit kabinet legt een sterke nadruk op preventie. Door intensieve samenwerking tussen school, buurt en sport zal hieraan uitdrukking worden gegeven. Aanpakken en opvoeden is het motto waarbij ouders als eerst verantwoordelijken aangesproken worden. Om dit te ondersteunen komt het kabinet begin 2003 met een integrale en resultaatgerichte jeugdagenda.

#### *Wie is nu verantwoordelijk voor de gezondheidszorg?*

Het kabinet wil een eind maken aan de vaak diffuse verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de gezondheidszorg. Het Strategisch Akkoord wijst nog duidelijker dan vroeger op de verzekeraars als de inkopers en regisseurs. Ziekenfondsen en particuliere verzekeraars moeten zo snel mogelijk toe groeien naar de nog veel zwaardere verantwoordelijkheden die ze vanaf 2005 krijgen in het nieuwe stelsel. De overheid ziet toe op de kwaliteit en beoordeelt de prestaties van de verzekeraars. Vooral zó bewaakt de overheid het publieke belang. In de afgelopen periode is de weg naar meer marktwerking en een betere organisatie van de zorg ingeslagen. Die weg zal in de komende periode met kracht worden voortgezet. Belangrijk element daarbij is dat een logisch samenhangend stelsel ontstaat waarin optimaal gebruik wordt gemaakt van financiële prikkels en waarin de eigen verantwoordelijkheid van verzekeraars en zorgverleners goed tot zijn recht kan komen. Het kabinet wil een eind maken aan de diffuse verantwoordelijkheidsverdeling in de gezondheidszorg. Verzekeraars zijn de inkopers en regisseurs van de zorg. Aanbieders worden als «zorgondernemers» door verzekeraars en zorgconsumenten geprikkeld tot meer en kwalitatief betere zorgproductie. De overheid bewaakt publieke belangen, ruimt belemmeringen weg en ziet toe op de kwaliteit van het zorgaanbod en de prestaties van zorgverzekeraars. Met de gegeven middelen kan dan een hogere productie worden gerealiseerd. Ook zullen schotten die een doelmatig aanbod belemmerden moeten worden weggenomen. Dat betreft zowel de situatie binnen sectoren, als die tussen sectoren en tussen preventie, gezondheidszorg en welzijn. Zo ontstaat ruimte voor vernieuwing.

De door ons beoogde beleidsomslag richt zich in belangrijke mate op organisatorische aanpassingen. Daarbij willen wij aansluiten bij goede

initiatieven in instellingen, sectoren en regio's. Instellingen moeten meer ruimte krijgen om te ondernemen. Er moet oog zijn voor aansluiting van het beleid bij de dagelijkse praktijk van burgers en de dagelijkse praktijk op de werkvloer. We willen bij beleidsontwikkeling en -uitvoering het begrip «partnerschap» centraal stellen. «Partnerschap» met organisaties, maar ook met mensen zelf. Dit betekent vooral decentralisatie, deregulering (het afbreken van schotten en plafonds en het wegnemen van contraproductieve prikkels) en het ruimte geven voor maatschappelijk ondernemerschap en marktwerking. Meer aandacht voor transparantie en het afleggen van rekenschap over de resultaten door instellingen is hier onlosmakelijk mee verbonden. Instellingen moeten laten zien dat ze een grotere verantwoordelijkheid aan kunnen door te zeggen waar ze voor staan en wat ze presteren.

Daarom zetten we nu in op het aanmoedigen van alle zorginstellingen en werkers in de zorg om de aanspraken die burgers hebben zo goed mogelijk waar te maken. Er geldt nog maar één marsorder voor de zorgsector: lever goede service aan alle zorgvragers en zorg dat wachttijden tot een aanvaardbaar niveau worden bekort. Om dit doel, dat overigens niet van vandaag op morgen kan worden gerealiseerd, op efficiënte en betaalbare wijze te bereiken zullen vraagsturing, toezicht door de overheid, grotere nadruk op transparantie en de werking van de prikkel van de concurrentie centraal staan. Alleen zo kan Nederland zich ook financieel permitteren om in 2005 ongeveer het huidige pakket te kiezen voor de basisverzekering. Het criterium betaalbaarheid brengt met zich mee dat de uitgaven binnen het kader zullen moeten passen. Dit laat echter de individuele aanspraken op zorg van 1 januari tot en met 31 december onverlet.

#### *Moet alles kunnen wat biotechnologie mogelijk maakt?*

Ontwikkelingen in de biotechnologie maken veel mogelijk. Maar niet alles wat technisch kan hoeft ook te mogen. De overheid heeft tot taak grenzen te stellen vanuit respect voor en bescherming van leven. VWS zal hiertoe onder andere een integraal ethisch toetsingskader opstellen.

#### *Drugs*

Drugsverslaafden zorgen voor veel overlast in de vorm van veel voorkomende criminaliteit. Dit kabinet wil steviger beleid voeren om verslaafden onder drang tot ontwenning te brengen. Daarmee wordt criminaliteit voorkomen in plaats van bestreden en wordt de druk op de justitiële keten verminderd.

#### *Verdere opbouw van beleidsagenda*

Volksgezondheid, gezondheidszorg, welzijn en sport kunnen gezien worden als afzonderlijke onderdelen, met veel samenhang. Ze dragen immers allemaal bij aan de levensverwachting en kwaliteit van leven van mensen. De onderdelen worden uitgewerkt in de paragrafen 2, 3 en 4 van deze beleidsagenda. Paragraaf 2 gaat in op het volksgezondheidsbeleid. Kern hiervan is het kennen, beheersen en zo veel mogelijk beperken van risico's voor mensen. Daarbij hebben mensen en de overheid ieder een eigen verantwoordelijkheid. Paragraaf 3 beschrijft het beleid voor behandeling, verpleging en verzorging van zieken, gehandicapten en ouderen: de gezondheidszorg. Gewerkt wordt aan een kwalitatief goede gezondheidszorg die voor iedereen toegankelijk is en betaalbaar blijft. In paragraaf 4 van deze beleidsagenda komt het beleid gericht op het welzijn

van mensen aan de orde. Jeugd, ouderen en sport staan centraal bij onze verantwoordelijkheid. Tenslotte wordt in paragraaf 5 het financiële beleid op hoofdlijnen geschetst.

## 2 Volksgezondheid en veiligheid

### *Veiligheid en risicobeheersing*

Het kabinet vindt een samenleving waarin iedereen in vrijheid, welvaart en zekerheid kan leven, een groot goed. Voor ons zijn de belangrijkste thema's in dit verband volksgezondheid en veiligheid. Helaas bestaat een leven dat voor honderd procent veilig is niet. Risico's zijn inherent aan leven. De overheid kan risico's niet geheel uitsluiten, maar kan wél streven naar het beheersen van risico's om een optimale veiligheid te realiseren. Dat kan alleen als risico's herkenbaar en opgespoord zijn. Voor de overheid ligt hier een taak. Zo wil de overheid risico's waarop mensen geen invloed kunnen uitoefenen, minimaliseren. Er moeten bijvoorbeeld veilige donororganen zijn, er moet een veilige behandeling in de zorg zijn, et cetera. Aan de andere kant zijn er ook risico's waarop mensen wél zelf invloed kunnen uitoefenen. Bijvoorbeeld roken of te veel drinken. In die gevallen is de individuele burger primair zélf verantwoordelijk voor het beperken van de risico's. Toch ligt ook hier een taak voor de overheid: door preventie-activiteiten wordt gewerkt aan een gezondere levensstijl, op elk moment in de levensloop.

Niet de overheid en regels staan centraal, maar de eigen verantwoordelijkheid van mensen en organisaties. De tijd van allesomvattende integrale blauwdrukken is voorbij. Meer aandacht voor transparantie en het afleggen van rekenschap zijn hier onlosmakelijk mee verbonden. Daarnaast zullen we keuzes moeten maken waar we wel en waar we niet in willen investeren. Bij preventie denken we dan in de richting van liever een beperkt aantal thema's goed doen, dan het totaal een beetje aanstippen.

Op het gebied van gezondheidsbescherming richten we ons op de bescherming van de burger tegen onveilige **voedingsmiddelen en producten**, het stimuleren van goede voeding en het voorkómen van ongevallen in de privésfeer. Dit gebeurt onder andere door het vaststellen van wettelijke gezondheidsnormen of -systemen in iedere schakel van de productieketen. Ook voorlichting en preventie zijn belangrijke taken van ons. Het bedrijfsleven is verantwoordelijk voor de veiligheid van de producten, binnen de kaders die de overheid stelt. Ook het voorkómen van verontreinigingen en gebreken is een verantwoordelijkheid van producenten en leveranciers. De overheid houdt toezicht op de controle die door het bedrijfsleven wordt uitgeoefend. Ons voedsel is veiliger dan ooit. Mensen moeten erop kunnen vertrouwen dat producten niet schadelijk zijn voor hun gezondheid. De verantwoordelijkheid van de overheid stopt echter op het moment dat het voedsel in de boodschappentas van de burger zit; vanaf dan is de voedselveiligheid de verantwoordelijkheid van de burger zelf. Dit neemt niet weg dat de overheid middels voorlichting en informatieverstrekking de consument ondersteunt in het verantwoord omgaan met voedingsmiddelen. Door globalisering, nieuwe microbiologische risico's en de internationalisering van de diervoederproductie, is de kwetsbaarheid van het voedselveiligheidssysteem aanzienlijk toegenomen. De recente verontreiniging van diervoeder met het MPA-hormoon kan als voorbeeld dienen. Mede daarom is in samenwerking met het ministerie van LNV in 2002 de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) opgericht. De VWA is onderdeel van VWS; de Keuringsdienst van

Waren en de Rijksdienst voor de keuring van Vee en Vlees zijn in dit onderdeel ondergebracht. De VWA houdt zich bezig met toezicht op, onderzoek naar, en het beoordelen van risico's en communicatie over voedsel, non-foodproducten en de veiligheid en het versterken van de voedselketen. Samenwerking in Europees verband is daarbij voor de VWA essentieel.

Ook onze **gezondheidszorg** behoort zo veilig mogelijk te zijn. De burger mag verwachten dat de geboden zorg veilig is. We hechten hier veel waarde aan. Medische handelingen, verzorging en verpleging (doen of nalaten) brengen een zeker risico met zich mee. Om die risico's te beperken dan wel te voorkomen, zijn de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet klachtrecht cliënten zorgsector en de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg ontwikkeld. Cruciaal daarbij zijn de eigen verantwoordelijkheid en de eigen initiatieven voor kwaliteitsbeleid van de zorginstellingen zelf. Uit een recente evaluatie van de Kwaliteitswet Zorginstellingen bleek dat het kwaliteitsbeleid van de afgelopen tien jaren vooral veel ontwikkelingen heeft gekend in producten (protocollen) en systemen, maar dat zorgaanbieders veel meer aandacht moeten besteden aan de toepassing ervan. Ze hebben nog te weinig aandacht voor het resultaat van hun interventies en het afleggen van verantwoording. Kwaliteit en veiligheid (denk ook aan registraties) maken een integraal onderdeel uit van én de verantwoordelijkheid van de instelling/beroepsbeoefenaar én van de Diagnose Behandelings Combinaties. We zullen zorginstellingen blijven aanspreken op hun verantwoordelijkheid om hun inzet te vergroten en borging als onvermijdbaar te zien. Geschikte middelen om instellingen hiertoe aan te zetten zijn certificatie en accreditatie. Hiermee geven we aan niet langer te gedogen dat er onvoldoende aandacht is voor kwaliteitsborging; de Inspectie voor de Gezondheidszorg krijgt opdracht hier extra aandacht aan te schenken.

Ook op het terrein van de **openbare veiligheid** bestaan de nodige risico's. Zo maken burgers zich bijvoorbeeld zorgen over gezondheidsrisico's door milieu-incidenten. Hierbij kunnen bijvoorbeeld giftige stoffen vrijkomen, die de gezondheid direct of op langere termijn schade toebrengen. Het is daarom belangrijk snel en adequaat in te grijpen bij rampen en meer inzicht te krijgen in de relatie tussen milieu en gezondheid. Om dit te bereiken zetten we in op betere voorlichting van de burger via gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD), op versterking van de medische milieukundige functie van de GGD'en en op monitoring en voortzetting van onderzoek op dit terrein door het RIVM. Een franchise aanpak op dit terrein bij de GGD'en zal uitgangspunt van nieuw beleid zijn. Minstens nét zo belangrijk is de voorbereiding, hulpverlening en nazorg bij een ramp of grootschalig incident. Internationale samenwerking is hierbij van belang. Daarom is bijvoorbeeld op Europees niveau een Health Security Committee in het leven geroepen om de lidstaten beter te beschermen tegen de gevolgen van aanslagen met biologische en chemische stoffen. Samen met het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) zijn lokale overheden geholpen om rampenbestrijdingsscenario's op te stellen, die bij een eventuele ramp onmiddellijk in werking kunnen treden en waar precies in staat wie wat moet doen. Ook moet de burger erop vertrouwen dat er zoveel mogelijk aan gedaan wordt om de gevolgen van een eventuele uitbraak van een besmettelijke ziekte te beperken. De komende jaren zal er op landelijk, regionaal en lokaal niveau aan risico-inventarisaties worden gewerkt. Op basis hiervan zullen zo nodig voorraden van relevante vaccins en geneesmiddelen worden aangelegd.

### *Gezondheidsbevordering en ziektepreventie*

Levensverwachting en kwaliteit van leven worden door het kabinet gezien als de primaire uitgangspunten voor het beleid. De stijging van de levensverwachting van Nederlanders stagneert. De ongelijkheid in gezondheid en levensverwachting is nog steeds aanzienlijk als we verschillende sociaal-economische groepen in Nederland met elkaar vergelijken. We vinden dat niet wenselijk. Gelijke kansen op gezondheid is een sociaal grondrecht, voor iedereen dus, ongeacht culturele, maatschappelijke of economische status. De openbare gezondheidszorg is er op gericht de gezondheidstoestand van iedereen te bevorderen, maar ook de gezondheidsverschillen te verminderen. Deze zorg moet van hoge kwaliteit zijn en voor iedereen toegankelijk en beschikbaar. We blijven hier alert op. Er zal in 2003 dan ook extra aandacht zijn voor preventieve openbare gezondheidszorg.

De levensverwachting wordt onder andere bepaald door gedrag. Roken, overmatig alcoholgebruik, onverstandige voeding en te weinig bewegen zijn vier belangrijke gedragsuitingen die een bedreiging vormen voor de gezondheid. Het beleid is erop gericht gezond gedrag te bevorderen door deze gedragsuitingen te ontmoedigen. Meer inzet in preventie heeft op den duur een positief effect op de kwaliteit van leven en de gezondheid. Met andere woorden: dit kan leiden tot een prettiger leven én minder zorg en arbeidsongeschiktheid. Een concreet voorbeeld hiervan is het recht op een rookvrije werkplek, zoals vastgelegd in de tabakswet. De overige kernpunten van deze wet zijn uitbreiding van reclameverboden en een uitbreiding van het verkoopverbod. Een ander voorbeeld is de nota «Sport, bewegen en gezondheid», waarmee burgers worden gestimuleerd meer te bewegen. Andere belangrijke aandachtspunten zijn het Rijksvaccinatieprogramma, adequaat ingrijpen bij bioterrorisme en screeningsprogramma's voor bijvoorbeeld borstkanker. Ook worden randvoorwaarden gecreëerd om infectieziekten met een epidemisch karakter te voorkomen en zondig te bestrijden. De infectieziektenbestrijding wordt uitgevoerd door de GGD'en, onder verantwoordelijkheid van de samenwerkende gemeenten. Daarnaast komt in december 2002 de strategie nota infectieziekten uit. De wijziging van de Wet Collectieve Preventie Gezondheidszorg, die 1 januari 2003 in werking treedt, maakt het duidelijker waar de gemeentelijke taken liggen op dit gebied. In de rijksnota Gezondheidsbeleid (november 2002) zullen de prioriteiten op het terrein van de openbare gezondheidszorg voor de komende kabinetsperiode worden beschreven, deze kan dienen als leidraad voor de gemeentelijke gezondheidsnota's. Verder zijn gemeenten vanaf 2003 verantwoordelijk voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg voor 0- tot 19-jarigen. Deze verantwoordelijkheid bevordert de samenhang met andere sectoren van het jeugdbeleid. We zullen hier actief op blijven sturen.

Het hierboven beschreven beleid is gericht op de gezondheid van mensen. Dit beleid heeft een nauwe relatie met het welzijnsbeleid, dat in paragraaf 4 aan de orde komt, maar eerst gaan we nader in op de innovatie in de zorg.

### *Innovatie in de zorg en ethiek*

Innovatie in de zorg is niet mogelijk zonder informatie- en communicatietechnologie (ICT) beter te benutten. We constateren dat de ICT binnen de zorg achterblijft ten opzichte van ICT-ontwikkelingen in het bedrijfsleven. Daarom worden instellingen aangejaagd om de relatieve achterstand in te halen. Vooral omdat een goede ICT-basis een randvoorwaarde is voor patiëntgerichte ketenzorg, voor het terugdringen van administratieve

lasten en transparantie. Investeren in efficiency is rendement voor kwaliteit en andersom. Het ministerie werkt aan het wegnemen van belemmeringen en het verduidelijken van verantwoordelijkheden. Het ministerie werkt daarbij nauw samen met het Nationaal ICT Instituut in de zorg, met name op het gebied van infrastructuur, een betrouwbare toegang tot medische gegevens en de opbouw van het elektronisch patiëntendossier.

Daarnaast is innovatie mogelijk door de ontwikkelingen op medisch-technisch gebied. Een voorbeeld hiervan zijn de mogelijkheden van transplantatie van weefsels en organen. Er is echter een groot tekort aan donororganen. Zo hebben we in februari 2002 als reactie op een evaluatie van de Wet op de orgaandonatie een voorstel gedaan voor een vervolgaanpak. Deze aanpak houdt onder meer in dat we ziekenhuizen erop aanspreken zich meer in te spannen om potentiële donoren te bereiken. Ook zal verder worden geïnvesteerd in publieksvoorlichting, om ervoor te zorgen dat meer mensen zich aanmelden als donor.

Innovatie in de zorg heeft tot slot ook te maken met geneesmiddelen. In vergelijking met andere Europeanen gebruiken Nederlanders relatief weinig geneesmiddelen en zijn de prijzen op een gemiddeld Europees niveau. Toch stijgen de uitgaven, net als in alle andere Westerse landen, hard. De komst van nieuwe, betere en veelal duurere geneesmiddelen heeft daarin een belangrijk aandeel. Bij de behandeling van kwalen moet een kosten/baten afweging plaatsvinden. Medicijnen kunnen mensen helpen om een kwaal, ongemak of ziekte te combineren met maatschappelijk functioneren. Het innemen van medicijnen is vaak gebruiksvriendelijker dan een opname in een instelling of een operatie. We stimuleren het «zinnig en zuinig» voorschrijven en gebruiken van geneesmiddelen. Dit is de verantwoordelijkheid van zowel individuele burgers als artsen. De zorgverzekeraars maken thans afspraken met artsen over voorschrijfgedrag.

Medische ethiek heeft vanzelfsprekend los van innovatie een zelfstandige betekenis. Nieuwe technische mogelijkheden om iemand te genezen rechtvaardigen veel, maar niet alles. Ethische aanvaardbaarheid is een onderwerp dat de samenleving als geheel voor vragen plaatst en een prominente plaats heeft gekregen in het Strategisch Akkoord. Daarom besteden we de komende jaren veel aandacht aan medische ethiek. Hierbij gaat het onder meer om biotechnologische mogelijkheden, maatschappelijke/ethische grenzen, Europese ontwikkelingen en de positie van werkenden in de gezondheidszorg. VWS houdt zich verantwoordelijk voor het opstellen van een integraal ethisch toetsingskader. Goede voorlichting aan burgers en veldorganisaties is van groot belang. Daarom zal in 2003 het project «Communicatie en voorlichting» op het terrein van de biotechnologie van start gaan, zo mogelijk samen met OCenW.

De euthanasiepraktijk (toepassing van de wet levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in de praktijk) wordt thans geëvalueerd. De resultaten worden in 2003 verwacht. Daarnaast wordt de evaluatie van de abortuspraktijk (toepassing van de afbreking zwangerschap) voorbereid. Voor beide wetten geldt dat zij een procedure bevatten en criteria aan de hand waarvan een beoordeling door de hulpverlener plaatsvindt. Reproductief klonen blijft verboden, evenals kiembaan gentherapie en het bewust creëren van extra embryo's bij IVF-behandelingen (voor onderzoek).



### 3 Gezondheidszorg

#### *Inleiding*

Ons beleid is erop gericht dat mensen noodzakelijke zorg van goede kwaliteit krijgen binnen een redelijke termijn en tegen een betaalbare prijs. De zorg moet daarbij zoveel mogelijk afgestemd zijn op de vragen en behoeften van degenen die van de zorg gebruik maken. De vraag van de burger moet dus het uitgangspunt zijn voor de organisatie van de zorg.

Er zijn veel factoren die de veranderingen in verlangens, voorkeuren en behoeften van de Nederlandse bevolking ten aanzien van de gezondheidszorg bepalen. Zo verandert de demografische samenstelling van de Nederlandse bevolking door toename van het aantal ouderen. Ook in sociaal cultureel opzicht verandert Nederland. Daarnaast worden verzekerden en patiënten steeds mondiger, koopkrachtiger en steeds beter opgeleid. Mensen willen vaker zelf kiezen en stellen hogere eisen aan de zorg: directe toegang, meer keuzemogelijkheden en klantvriendelijkheid.

#### *Toegankelijke zorg*

Steeds meer mensen doen een beroep op de zorg. Dit komt onder andere door een toename van het aantal ouderen en doordat er steeds meer en betere behandeltechnieken zijn. Om tegemoet te kunnen komen aan de vraag van de burger en de wachttijden terug te kunnen brengen moet de hoeveelheid zorg worden uitgebreid. Zoals aangegeven in het Strategisch Akkoord is 2,5% volumegroei per jaar voor de zorg beschikbaar. Daar bovenop heeft het kabinet extra middelen beschikbaar gesteld waarmee de productieafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders op het niveau 2002 financieel blijvend kunnen worden geacommodeerd en er wordt ook een deel van de middelen uit de zogenaamde enveloppe beschikbaar gesteld voor extra productie. Deze productie is gericht op het terugdringen van de wachttijden.

Daarnaast wordt het aantal opleidingsplaatsen uitgebreid om ervoor te zorgen dat er ook in de toekomst voldoende personeel beschikbaar is. Tenslotte richten wij ons op organisatorische aanpassingen in de zorg zoals het verminderen van de bureaucratie en het invoeren van prestatiegerichte bekostigingssystemen. Dat betekent ook dat wij zullen werken aan de opheffing van het nu bestaande onderscheid tussen reguliere productie en wachtlijstproductie. In de praktijk is immers ook geen onderscheid te maken tussen reguliere productie en wachtlijstproductie. Wij streven naar een situatie waarin over de volle breedte middelen beschikbaar gesteld worden voor daadwerkelijk geleverde productie. In het pad daar naar toe zullen we per sector naar geëigende momenten zoeken om over te stappen op een aanpak waarbij het onderscheid tussen wachtlijstproductie en reguliere productie niet langer relevant is voor de bekostiging, de registratie en de verantwoording. Zo'n «geëigend moment» is er voor de ziekenhuiszorg bijvoorbeeld bij de invoering van de DBC-systematiek. De ziekenhuizen zullen de komende jaren te maken krijgen met een nieuwe wijze van bekostiging op basis van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). Verzekeraars en ziekenhuizen kunnen op basis van DBC's prestatiegerichte en op de werkelijke kosten gebaseerde afspraken maken. Tevens krijgen ziekenhuizen door middel van DBC's meer inzicht in hun eigen interne processen, waardoor deze beter kunnen worden georganiseerd en gestroomlijnd. Dit zal zowel een positief effect hebben op de toegankelijkheid als op de kwaliteit van de zorg. Ook in de care sectoren wordt gewerkt aan nieuwe bekostigingsvormen. In de gehandicaptensector zal per 1 januari 2003 een systeem van prestatiegerichte bekostiging worden ingevoerd.

Voor het verminderen van de regelgeving en administratieve lasten in de zorg bouwen wij voort op de voorstellen die de Commissie De Beer in haar eindrapport «Minder regels, meer zorg» eind januari 2002 heeft gedaan. De voorstellen van de commissie richten zich vooral op wet- en regelgeving op het gebied van de prijzen, de bouw, de financiering en om allerlei enquêtes waarmee het zorgveld wordt overspoeld. Binnenkort zullen wij een implementatieplan naar de Tweede Kamer sturen, waarin we aangeven of en op welke wijze de voorstellen worden geïmplementeerd. Tevens zullen wij verschillende initiatieven nemen om onderhandelingsvrijheden van verzekeraars en aanbieders te vergroten, toetredingsbelemmeringen weg te nemen en gezonde mededinging te bevorderen.

Om de personeelsvoorziening ook in de toekomst te waarborgen blijft het kabinet investeren in de uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen. Zo wordt de maximale instroom van eerstejaarsstudenten geneeskunde per september 2002 verhoogd tot 2 550, neemt de instroommogelijkheid voor de specialistenopleidingen toe met ruim 300 (een toename van circa 50% ten opzichte van 2001) en wordt ook de capaciteit van de huisartsenopleiding met ruim 50% uitgebreid. Om de aantrekkelijkheid van het beroep van huisarts te vergroten zal het kabinet een plan van aanpak opstellen. Dit met het oog op de oplopende tekorten aan huisartsen. Tevens zijn er middelen beschikbaar voor extra opleidingsplaatsen voor IC-verpleegkundigen, dialyseverpleegkundigen, anesthesieassistenten, operatieassistenten en radiodiagnostisch laboranten.

In verband met ID-banen is het van belang om de afspraak in het Strategisch Akkoord om het budget voor ID-banen te integreren met de overige reïntegratiemiddelen, op zorgvuldige wijze uit te voeren. Dit geldt niet alleen voor de gezondheidszorg maar ook voor welzijn en sport. Met betrekking tot welzijn en sport zullen we in overleg met sociale partners afspraken maken met VNG. Daarnaast zullen wij bevorderen dat ook op regionaal niveau contacten worden gelegd tussen gemeenten en instellingen.

Ook de aantrekkelijkheid van werken in de zorg moet worden bevorderd. Een voorbeeld hiervan zijn de zogeheten «moedercontracten» die het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU) aanbiedt aan specialistische verpleegkundigen, die op het punt staan de zorg te verlaten, of dat eerder gedaan hebben, in verband met hun taken thuis. Aantrekkelijker kan het werken in de zorg ook worden door het verminderen van werkdruk en ziekteverzuim. Wij stimuleren de instellingen hiertoe via maatregelen van sectorfondsen en via sociale zekerheidswetgeving.

#### *Kwalitatief goede zorg*

Wij stimuleren zorgaanbieders en zorgverzekeraars om meer tegemoet te komen aan de zorgvraag van burgers. Dat moet leiden tot een andere manier van werken in instellingen. Ziekenhuizen organiseren hun processen al steeds minder rondom de medische specialismen en richten zich meer op de gang die een patiënt door het ziekenhuis maakt. In het zorgproces staat de zorg rondom een specifieke patiëntengroep, bijvoorbeeld patiënten met knieklachten, centraal. Processen worden opnieuw ontworpen op basis van een elders succesvol gebleken aanpak.

In de care-sector worden nieuwe combinaties van wonen en zorg ontwikkeld, zodat ouderen, lichamelijk en verstandelijk gehandicapten en psychiatrische patiënten over voldoende keuzemogelijkheden beschikken.

Zij kiezen steeds vaker voor zelfstandig wonen in hun eigen woning, in een woonzorgcomplex of in een kleinschalige woonvorm waar privacy gewaarborgd wordt en waar ruimte is voor een individuele benadering. Omdat wonen en zorg steeds minder vaak in één instelling plaatsvinden, is bijzondere aandacht nodig voor de dienstverlening aan mensen met beperkingen die min of meer zelfstandig wonen. Met dienstverlening doelen we bijvoorbeeld op sociaal-culturele activiteiten, ondersteuning bij vrijetijdsbesteding, klussendienst, maaltijdverstrekking, wasservice en boodschappenservice.

Voor meer keuzemogelijkheden en zorg op maat is het noodzakelijk de AWBZ te moderniseren en een omslag te maken van aanbodsturing naar vraagsturing. In de gemoderniseerde AWBZ heeft de klant de keus tussen zorg in natura of een persoonsgebonden budget. Binnen de zorg in natura wordt bevorderd dat er kwalitatief en kwantitatief meer aanbod komt zodat de klant daadwerkelijk kan kiezen. Door de zorg per 1 januari 2003 te definiëren in de vorm van een zevental, AWBZ-brede functies wordt het mogelijk dat instellingen ook zorg in andere AWBZ-sectoren kunnen leveren. Deze functies bieden ook meer ruimte voor klant en aanbieder om een zorgarrangement op maat samen te stellen. De volgende functies worden onderscheiden: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende/adviserende begeleiding, behandeling en verblijf. Alleen behandeling en verblijf worden voorlopig nog niet in de vorm van een PGB verstrekt. Per 1 januari 2003 vindt ook een vereenvoudiging van de PGB-regeling plaats: de huidige vier PGB-regelingen worden vervangen door één AWBZ-brede PGB-regeling. Zowel de vereenvoudiging van de PGB-regeling als de invoering van een zevental AWBZ-brede functies betekenen, in lijn met de voorstellen van de Commissie De Beer, een forse deregulering.

Tenslotte wordt de zorg in de laatste levensfase van mensen, de zogeheten palliatieve zorg, voor een groot deel gefinancierd uit AWBZ-premies. In de palliatieve zorg wordt uitgegaan van netwerkvorming. Deze netwerken omvatten alle instellingen op het gebied van palliatieve zorg. Dit zijn de vijf zorgplekken, te weten thuis, ziekenhuis, verpleeghuis, verzorgingshuis en bijna-thuis-huis/hospice. Daarnaast zouden ook vrij gevestigde beroepsbeoefenaren van deze netwerken deel moeten uitmaken. Hiermee wordt een op de patiënt afgestemd zorgpakket mogelijk.

Bovenop de hierboven beschreven positieve ontwikkelingen kan de organisatie van de zorg nog verder worden verbeterd. Een aandachtspunt is afstemming tussen de zorg die uit de AWBZ wordt gefinancierd en de zorg die uit de Ziekenfondswet/particuliere verzekeringen (vanaf 2005 de basisverzekering) wordt gefinancierd. Iemand die pas in het ziekenhuis geopereerd is, kan bijvoorbeeld pas weer naar huis als er thuiszorg en extramurale behandeling door een verpleeghuis geregeld is. De verschillende financieringsstromen mogen een efficiënt gebruik van de beschikbare capaciteit en middelen voor zorg niet belemmeren.

Als sluitstuk van de wijziging in organisatie en financiering van de zorg wordt vanaf 2005 een nieuw verzekeringsstelsel ingevoerd. Naast de AWBZ komt er één verplichte verzekering voor iedereen, verzorgd door private uitvoerders die een standaardpakket van noodzakelijke zorg aanbieden dat qua dekking vrijwel vergelijkbaar is met het huidige ziekenfondspakket. Om solidariteit en toegankelijkheid te garanderen geldt voor verzekeraars een acceptatieplicht voor het standaardpakket met een verbod op premiedifferentiatie naar gezondheid of leeftijd, samen met

een systeem van risicoverevening. Door het nieuwe verzekeringsstelsel wordt de verzekeringsmarkt transparanter. De verschillen tussen verzekeraars worden duidelijker zichtbaar. Op basis van vergelijkende informatie kan een verzekerde daarmee beter kiezen tussen verzekeraars. Omdat de omslag naar een nieuw stelsel vele maatregelen vergt, zal het kabinet een plan van aanpak aan de Tweede Kamer voorleggen. De verzekering kent een nominale premie. De invoering daarvan mag niet leiden tot een onaanvaardbare hoge belasting van een individueel huishouden. Daarom ontvangen verzekerden een zorgtoeslag. Ten einde de algemene inkomenseffecten van een invoering van het zorgstelsel in het jaar van invoering te compenseren zal in hetzelfde jaar een afgewogen pakket maatregelen worden genomen (waaronder afschaffing van de OZB voor woningen, verhoging van de algemene heffingskorting en de invoering van een inkomensafhankelijke kinderkorting).

#### *Betaalbare zorg*

Zorg moet toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar zijn. Betaalbaarheid wil zeggen een optimale prijs-kwaliteitverhouding, een beheerste premieontwikkeling en beheersing van de macrokosten.

In Nederland zijn met name onder Paars I de uitgaven aan de gezondheidszorg sneller teruggelopen als percentage van het bruto binnenlands product dan elders in Europa. Deze kostenbeheersing in de zorg heeft in Nederland zijn neerslag gevonden in onder meer het ontstaan van wachtlijsten. Ook in andere landen waar het zorgstelsel is vormgegeven door rantsoenering van het aanbod (zoals Engeland en de Scandinavische landen) zijn wachtlijsten in de zorg te constateren. Ervaringen in het buitenland leren dat strengere budgetregels voor de zorg enige tijd door het systeem kunnen worden opgevangen. De lucht wordt als het ware uit het systeem geperst, maar na enkele jaren zal toch weer tegemoet moeten worden gekomen aan de daadwerkelijke vraag die gemiddeld in de OECD landen sneller stijgt dan het bruto binnenlands product. De zorguitgaven, uitgedrukt in percentage van het BBP zullen daarom tot 2006 substantieel toenemen. Deze stijging zal samen met een doelmatiger stelsel een belangrijke bijdrage leveren voor een goede gezondheidszorg in Nederland.

Het zo doelmatig mogelijk besteden van de premiemiddelen is de beste garantie dat ook in de toekomst noodzakelijke zorg voor iedereen beschikbaar blijft. Bij doelmatigheid gaat het om een efficiënte bedrijfsvoering op het niveau van de individuele instellingen en een zorgproductie die aansluit op de vraag. Tevens gaat het om voldoende flexibiliteit en innovatiekracht.

Ook in een zorgstelsel dat aansluit bij de zorgvraag van burgers, is beheersing van de macrokosten noodzakelijk. In het nieuwe zorgstelsel heeft de overheid verschillende instrumenten om de zorguitgaven te beheersen: de hoogte van de eigen betalingen, de omvang van het verzekerde pakket en aanpassingen van het systeem. Rechtstreekse ingrepen in prijzen en hoeveelheden liggen in een vraaggestuurd stelsel niet meer voor de hand. Prijzen en hoeveelheden in de zorg zullen uiteindelijk de uitkomst moeten worden van gereguleerde marktwerking. Naarmate er meer marktwerking is, kan de bemoeienis van de overheid met de zorg globaler worden. Er bestaan echter verschillen tussen de verschillende deelmarkten; de markt voor fysiotherapie is anders dan de markt voor ziekenhuiszorg. Daarom zal het terugtrekken van de overheid steeds per deelmarkt worden bezien. Naarmate deelmarkten beter

functioneren is het mogelijk om rechtstreekse kostenbeheersing door toepassing van aanbodregulering los te laten. In deze kabinetsperiode zullen belangrijke stappen op deze weg worden gezet. Niet alleen in het beoogde nieuwe zorgstelsel maar ook op korte termijn, op weg daar naartoe zullen vormen van prestatiebekostiging, gericht op het honoreren van geleverde prestaties en het stimuleren van extra zorgverlening, worden ingezet. Wij zullen in dit verband voorstellen doen voor vernieuwingen in de bestaande wijze van financiering van ziekenhuizen, medisch specialistische zorg en zelfstandige behandelcentra alsmede voor de bekostiging van de care-sectoren.

#### **4 Welzijn en Sport**

##### *Inleiding*

Het welzijn van mensen, op elk moment in de levensloop, levert een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van het leven en de maatschappij. Het gaat hierbij niet alleen om individueel, maar ook om maatschappelijk welbevinden. Uit recent onderzoek van o.a. het Sociaal en Cultureel Planbureau blijkt dat het over het algemeen goed gaat met de individuele burger in Nederland. Goed in de zin van opleiding, huisvesting, inkomen, tijdsbesteding, werk, et cetera. Maar met een behoorlijk aantal burgers gaat het minder goed. Dat kan afhangen van de levensfase, maar het kan ook een meer structureel karakter hebben, bijvoorbeeld door culturele en sociale achterstanden. De samenleving die ons voor ogen staat gaat allereerst uit van de menselijke maat, die het voor iedere burger mogelijk maakt volwaardig te participeren in de samenleving, maar ook van het zelforganiserend vermogen van de burger en van maatschappelijke verbanden. Mensen moeten niet alleen «mee kunnen doen», maar zich ook verantwoordelijk voelen voor de samenleving waarin zij leven.

##### *Welzijn is van iedereen*

Wij willen een samenleving waarin iedere burger zich zo gezond & wel mogelijk voelt, waarin het gezin of ander samenlevingsverband en de buurt centraal staan. Het welzijn in de samenleving is ieders verantwoordelijkheid, van overheid en van burgers. Waar burgers zelf hun welzijn kunnen organiseren, al dan niet met steun van de gemeente, blijft de rijksoverheid op afstand. De rijksoverheid is wel primair verantwoordelijk voor een goed voorzieningenniveau waarop burgers een beroep kunnen doen als hun zelforganiserend vermogen tekort schiet. Toegankelijkheid, kwaliteit toezicht en betaalbaarheid zijn daarbij cruciaal. Het is aan alle overheden (rijk, provincie en gemeente) om ervoor te zorgen dat de voorzieningen op elkaar aansluiten en doelgericht met elkaar samenwerken. Daarbij moeten de doelen geformuleerd zijn in termen van effecten voor burgers want «samenwerken om het samenwerken», daar schieten burgers te weinig mee op. Dit betekent ook dat wij ons actief inzetten om schotten tussen voorzieningen, organisaties en overheden af te breken. Uiterlijk begin 2003 zal na intensieve consultatie met diverse maatschappelijke organisaties een nieuwe Welzijnsnota worden opgesteld en aan de Tweede Kamer worden voorgelegd, waarin een aantal van deze uitgangspunten wordt uitgewerkt.

Voor een goede gezondheid is een actief preventiebeleid van groot belang. Ons beleid is erop gericht om gezond gedrag te stimuleren en gezondheidsverschillen te verkleinen. De nota over sociaal-economische gezondheidsverschillen welke het vorige kabinet naar de Tweede Kamer

zond, als reactie op de voorstellen van de Commissie Albeda en het rapport «Gezondheid in de stad» van het RIVM, zal hierbij een belangrijke rol spelen.

#### *Opvoeden en Aanpakken*

Elke fase in de levensloop heeft eigen welzijnsbehoeften. Het brede jeugdbeleid zal zich nog meer ontwikkelen in de richting van jeugdzorg. Het gaat bij jeugdbeleid niet alleen om jeugd-in-de-problemen of om dat relatief klein deel van de jeugd dat veel maatschappelijke problemen veroorzaakt. Doel van het jeugdbeleid is een goed toegesneden infrastructuur die alle jongeren voorziet van een goede startpositie en ontplooiingskansen en die bijdraagt aan een verminderd beroep op achterliggende voorzieningen (zoals jeugdzorg, kindbescherming en dergelijke). Nodig is dan allereerst een stimulerend en veilig opvoedingsklimaat. Dat bereiken we niet alleen door te kijken naar instituties die specifiek voor kinderen zijn bedoeld, zoals gezin, kinderopvang en school. Opgroeien doe je in een buurt, in een publieke ruimte die zich er meer of minder voor leent om met elkaar te spelen en te sporten. Jeugdbeleid is daarom geen geïsoleerd beleidsterrein, maar moet breed opgevat en aangepakt worden. Hierbij is de actieve deelname van jongeren aan de beleidsvorming op alle niveaus van belang.

De preventieve jeugdgezondheidszorg (consultatiebureaus) speelt een belangrijke rol bij het vroegtijdig signaleren van mogelijke achterstanden in de taal en sociale ontwikkeling bij kinderen. Ook de peuterspeelzaal en de kinderopvang spelen hierbij een belangrijke signalerende rol. De voor- en vroegschoolse educatie zal waar mogelijk worden aangeboden om te voorkomen dat kinderen met een achterstand aan de basisschool beginnen. VWS zal samen met OCenW in het komende jaar de inzet van dit instrument verder stimuleren en faciliteren. Ook de Brede School zullen wij verder stimuleren. Uit de praktijk blijkt dat concentratie van voorzieningen in en rondom de school de sociale samenhang in de wijk kan versterken.

Daar waar jeugd toch in problemen komt of dreigt te komen, moet worden gewaakt voor versnippering. Opgroeien, opvoeden en tot ontplooiing komen gaat in de meeste gevallen bijna als vanzelfsprekend goed, maar niet altijd. Een relatief klein gedeelte van de jeugd veroorzaakt veel overlast en draagt daarmee bij aan een algemeen gevoel van onveiligheid. Ouders zijn als eersten aanspreekbaar op ongewenst gedrag van hun kinderen. Wanneer ouders die problemen zelf niet de baas kunnen, zal de overheid ondersteuning moeten bieden. Een aantal jongeren raakt tussen wal en schip omdat uitvoerders, mede door bureaucratische belemmeringen gebrekkig samenwerken. Wij vinden het van het grootste belang dat problemen met jeugdigen tijdig gesignaleerd worden en dat er slagvaardig en adequaat op gereageerd wordt. Met preventief, curatief en repressief beleid willen we naar een werkzame, sluitende en effectieve jeugdketen. De nieuwe wet op de Jeugdzorg biedt hiervoor het instrumentarium. Snel ingrijpen bij ontsporing, minder probleemjongeren, minder schooluitval, effectievere jeugdzorg, minder onderwijsachterstanden en een sterkere opvoedingsstructuur rond ouders, dat staat ons voor ogen. Vanuit onze coördinerende taak voor de jeugd willen we werk maken van een sterk verbeterde samenhang in het op de volle breedte van de samenleving gevoerde beleid dat gericht is op jeugd.

Het aantal jongeren dat een delict heeft gepleegd en ernstige gedragsstoornissen vertoont, neemt toe. De zorg voor deze jeugdigen en het

voorkomen van verder crimineel gedrag vereist specifieke expertise en voorzieningen die gezamenlijk door kinder- en jeugdpsychiatrie en justitiële organisaties moeten worden opgebouwd. Wij zullen in samenwerking met het ministerie van Justitie bekijken hoe wij tot een sluitende aanpak in de hulpverlening kunnen komen.

Het vrijwilligerswerk bevordert participatie van burgers (ouderen en jongeren) om mede zelf vorm te geven aan de samenleving. Dit is één van de achterliggende gedachten bij het stimuleren van dit beleid. In de nieuwe kabinetsperiode zetten wij deze lijn voort, vanuit de overtuiging dat vrijwilligerswerk niet alleen belangrijke maatschappelijke functies vervult, maar ook omdat dit burgers in de gelegenheid stelt om actief te participeren in de samenleving en er mede zelf vorm aan te geven. Daarnaast zijn diverse activiteiten gericht op transparant maken van het voorzieningenniveau, daarom stimuleren wij gemeenten om over te gaan tot een één-loket-model, het project Vraagwijzer.

### *Sport*

Ook vanuit het sportbeleid bevorderen wij, dat sport wordt ingezet ter versterking van de sociale cohesie, een gezonde leefstijl, integratie, vrijetijdsbesteding en de ontplooiing van het individu. Naast gemeenten zijn daarbij ook sportorganisaties en -koepels onze partners. We hebben het dan allereerst over sport als belangrijk onderdeel van het beleid met betrekking tot de woonomgeving (ruimtelijke ordening), onderwijs en gezondheid. Sport neemt een belangrijke plaats in bij het vergroten van de leefbaarheid in wijken en de participatie van zowel jongeren als ouderen. Voor jongeren met verschillende problemen (crimineel gedrag, vroegtijdig schoolverlaten) blijkt sport een goed middel te zijn om hen weer bij de samenleving te betrekken. Bijbrengen van discipline en om leren gaan met winnen en verliezen, leveren een waardevolle bijdrage aan het oplossen van problemen die sommige jongeren veroorzaken. Tevens heeft sport een belangrijke waarde voor het vergroten van sociale contacten (voor jong en oud) op wijkniveau, de sportvereniging als ontmoetingsplaats. Daarnaast zetten wij het beleid voort met betrekking tot de breedtesport, het stimuleren van een gezonde leefstijl door sport. Algemeen is het besef dat bij een gezonde levensstijl voldoende bewegen essentieel is. Daarmee is sport een belangrijk onderdeel van het preventiebeleid op het terrein van de volksgezondheid. Om het belang van sportief en actief bewegen breed te stimuleren heeft het vorige kabinet de nota «Sport, bewegen en gezondheid» uitgebracht. In gezondheidsopzicht heeft sport een belangrijke preventieve functie. Op basis van deze nota zullen wij meerjarig investeren (ook in financiële zin) in de sportinfrastructuur op gemeentelijk niveau. Daarnaast willen wij gemeenten stimuleren sport meer dan tot nu toe te benutten als middel om maatschappelijke problemen aan te pakken.

En als afronding het topsportbeleid, waarbij de nadruk ligt op het investeren in het faciliteren en stimuleren van topsport. Ons beleid richt zich op het creëren van optimaal topsportklimaat in Nederland. Talentherkenning bij zowel de sportvereniging als op school is een belangrijke voorwaarde bij de ontwikkeling van topsport, evenals het zorgen voor een goede sportieve en maatschappelijke begeleiding. Om topsport te kunnen bedrijven zijn goede accommodaties, die voldoen aan sportieve eisen, noodzakelijk. Tevens zullen wij sportorganisaties ondersteunen bij de implementatie van topsportbeleidsprogramma's.

### *Zorg voor een veilige samenleving*

Zorgsectoren leveren een belangrijke bijdrage aan een veilige samenleving. Het gaat hierbij om de zorg voor specifieke groepen die door hun gedrag en vaak complexe problematiek van verslaving, dak- en thuisloosheid of psychiatrische achtergrond, overlast en onveiligheid voor henzelf en anderen veroorzaken. Een tijdige en adequate inzet van verslavingszorg, maatschappelijke opvang en (openbare) geestelijke gezondheidszorg zijn effectieve en verhoudingsgewijs goedkopere instrumenten om zowel het individu te helpen als de openbare veiligheid te bevorderen. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de regie van een sluitende hulpverleningsketen voor mensen in acute crisis. Zij zorgen voor een goede samenwerking tussen zorginstellingen, woningbouwcorporaties, politie en justitie. Dit maakt onderdeel uit het landelijk convenant openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ). In 2002 is dit convenant geëvalueerd. Op basis van de uitkomsten hiervan zal VWS stimuleren dat het OGGZ-beleid op lokaal niveau verder versterkt wordt. Effectieve opvang van en hulp aan dak- en thuislozen, verslaafden en (zwerf)jongeren kan een belangrijke bijdrage leveren aan het voorkomen van overlast. Centrumgemeenten zijn hiervoor primair verantwoordelijk. Wij zullen centrumgemeenten hierbij ondersteunen. Allereerst wordt een onderzoek gestart naar de kostenstructuur in de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang. Doel hiervan is om de kerntaken en kosten van de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang helder te krijgen zodat de (rijks)middelen efficiënt en effectief kunnen worden ingezet. Preventie speelt een belangrijke rol bij het voorkomen dat (jonge) mensen drugs gaan gebruiken. Daarom zullen wij, om het softdruggebruik te verminderen, het ontmoedigingsbeleid onverkort voortzetten. Naast preventie is ook een gerichte aanpak van overlast door drugsgebruik onderdeel van het beleid op het terrein van de verslavingszorg. Voor verslaafden die veelvuldig misdrijven begaan zal, in samenwerking met Justitie, de mogelijkheid tot ontwenning onder drang verder worden uitgebreid.

Het aantal jongeren dat een delict heeft gepleegd en ernstige gedragsstoornissen vertoont, neemt toe. De zorg voor deze jeugdigen en het voorkomen van verder crimineel gedrag vereist specifieke expertise en voorzieningen die gezamenlijk door Jeugdhulpverlening, de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen en justitiële organisaties moeten worden opgebouwd. Wij zullen in samenwerking met het ministerie van Justitie bekijken hoe wij tot een sluitende aanpak in de hulpverlening kunnen komen.

### *Wonen, zorg en dienstverlening*

Veel ouderen willen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen en leven. Daarvoor zijn contacten en voorzieningen in de directe leefomgeving (sociale cohesie) nodig om vereenzaming te voorkomen en praktische handreikingen te bieden. Maar ook is het goed als burgers met beperkingen, zoals psychisch gehandicapten, toch zoveel mogelijk dienstverlening in hun eigen woonomgeving krijgen, waardoor zij zich (weer) zelfstandig of langer zelfstandig thuis kunnen handhaven. Het vorige kabinet heeft een Bouwstenennotitie naar de Tweede Kamer gezonden, waarin enkele gedachten en discussiepunten rondom een zogenaamde Dienstenwet staan. Met dit dienstenstelsel wordt in aanvulling op een (ambulant) zorgaanbod een welzijnsaanbod beoogd dat kwetsbare burgers in staat stelt om zolang mogelijk (weer) zelfstandig te wonen én actief deel te nemen aan de samenleving. Een belangrijke rol is weggelegd voor welzijnsvoorzieningen zoals het club- en buurthuiswerk



en het welzijnswerk voor ouderen. Gemeenten zijn hiervoor verantwoordelijk, het rijksbeleid is hierbij gericht op het ondersteunen, stimuleren en faciliteren van ontwikkelingen.

Op de langere termijn noopt de vergrijzing tot een aanpassing van de samenleving waardoor die beter is toegesneden op de verschuiving in de wensen en behoeften van burgers en op de zich wijzigende noodzaak van participatie van burgers. Het beleid zal moeten worden gezien vanuit de levensloopbenadering. Overgangen in het leven van personen moeten vloeiender worden en verschillende maatschappelijke domeinen mogen niet langer strikt van elkaar gescheiden zijn. In dit verband worden het belang van bijvoorbeeld het langer blijven verrichten van betaalde arbeid en het anders inrichten van de gezondheidszorg breed onderkend.

Evenzeer is het van belang om discussie te voeren over de vraag hoe we komen tot een samenleving die burgers uitdaagt om in bredere zin deelgenoot te blijven en medeverantwoordelijkheid te dragen. Deze meer fundamentele discussie met het veld en de (toekomstige) ouderen en de beleidsvisie die daarop gebaseerd moet worden met betrekking tot het ouderenbeleid ontbreekt tot nu toe. Voor de coördinatie van het ouderenbeleid kan deze visie echter niet worden gemist. Het kabinet bereidt een notitie voor over het beleid ten aanzien van senioren en ouderen op korte termijn (tot 2010) met een doorkijk naar 2030. Het wordt een notitie die in dialoog met burgers en overige betrokkenen tot stand wordt gebracht.

#### *Wet Voorzieningen Gehandicapten*

In het Strategisch Akkoord is bepaald dat de WVG zal worden ondergebracht bij VWS. Voor een aantal voorzieningen uit de WVG zal worden bekeken of het voor de hand ligt deze bij VWS te positioneren. Daarbij kan gedacht worden aan de verantwoordelijkheid voor het bovenregionaal vervoer en aan voorzieningen en aanpassingen op het gebied van huisvesting. Een en ander is nader beschreven in de «Bouwstenennotitie» die de Minister van SZW op 19 juli aan de Tweede Kamer heeft gezonden. In het voorjaar 2003 zal een uitgewerkt plan gepresenteerd worden.

## **5 Financieel beleid op hoofdlijnen**

In onderstaande tabellen staat het financieel beleid op hoofdlijnen. Voor zowel de begroting als de zorgnota presenteren we de uitgavenontwikkeling voor de jaren 2003–2006. In de stand Voorjaarsnota 2002 is tevens het lopende jaar gepresenteerd, aangezien dit laatste besluitvormingsmoment van het vorig kabinet het uitgangspunt vormde voor het Strategisch Akkoord (zie aanwending netto-BKZ). Meer gedetailleerde cijfers staan in respectievelijk deel C en bijlage 1 van de Zorgnota 2003 en de toelichting op de beleidsartikelen en de verdiepingsbijlage van de Begroting VWS 2003.

**Tabel 1 Uitgavenontwikkeling Zorgnota 2003 in € mln.**

samenstelling netto BKZ	2002	2003	2004	2005	2006
<b>stand Zorgnota 2002</b>	<b>36 680,3</b>	<b>38 896,5</b>	<b>40 885,5</b>	<b>42 917,1</b>	<b>44 952,7</b>
mutaties Voorjaarsnota 2002	628,5	500,2	508,6	511,1	518,9
<b>stand Voorjaarsnota 2002</b>	<b>37 308,8</b>	<b>39 396,7</b>	<b>41 394,1</b>	<b>43 428,2</b>	<b>45 471,6</b>
mutaties basisstand Strategisch Akkoord		554,0	848,4	1 342,9	2 390,4
basisstand Strategisch Akkoord		39 950,7	42 242,5	44 771,1	47 862,0
CPB doorrekening Strategisch Akkoord		105,0	- 60,5	- 340,2	- 968,0
intensivering Strategisch Akkoord		708,0	884,0	1 064,0	1 234,0
<i>extra productie 2001 en 2002</i>		708,0	714,0	714,0	714,0
<i>enveloppe</i>		0,0	170,0	350,0	520,0
ombuigingen Strategisch Akkoord:		- 288,5	- 292,8	- 496,9	- 551,1
<i>geneesmiddelen</i>		- 280,0	- 280,0	- 280,0	- 280,0
<i>efficiencykorting</i>		0,0	0,0	- 50,0	- 100,0
<i>eigen risico</i>		0,0	0,0	- 150,0	- 150,0
<i>overig</i>		- 8,5	- 12,8	- 16,9	- 21,1
<b>stand Strategisch Akkoord</b>		<b>40 475,3</b>	<b>42 773,3</b>	<b>44 998,1</b>	<b>47 576,9</b>
mutaties na Strategisch Akkoord		- 241,0	- 264,3	- 184,0	- 11,5
<i>mutaties MEV</i>		- 205,8	- 224,9	- 139,1	31,8
<i>technische mutaties</i>		- 26,8	- 26,7	- 28,0	- 26,4
<i>versnelde invoering en verhoging subsidietaakstelling</i>		- 8,4	- 12,7	- 16,9	- 16,9
<b>stand Zorgnota 2003</b>		<b>40 234,3</b>	<b>42 509,0</b>	<b>44 814,1</b>	<b>47 565,4</b>
technische mutaties (opschoning overheidsuitgaven VWS)		- 1 171,2	- 1 180,0	- 1 170,1	- 1 198,2
technische mutaties (nieuw BKZ op financieringsbasis)		195,5	-	-	-
<b>netto-BKZ uitgaven (nieuwe definitie)</b>		<b>39 258,6</b>	<b>41 329,0</b>	<b>43 644,0</b>	<b>46 367,2</b>
<b>aanwending netto-BKZ stand SA</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
<b>beginstand SA</b>	<b>37 308,8</b>	<b>37 308,8</b>	<b>37 308,8</b>	<b>37 308,8</b>	<b>37 308,8</b>
geactualiseerde basisgroei		2 715,2	5 045,8	7 292,4	9 640,8
<i>volume bruto-BKZ</i>		865,3	1 900,1	2 989,2	4 179,4
<i>nominaal bruto BKZ</i>		2 013,0	3 394,9	4 633,3	5 862,9
<i>eigen betalingen</i>		- 163,1	- 249,2	- 330,1	- 401,5
intensivering Strategisch Akkoord		708,0	714,0	714,0	714,0
<i>productie 2001</i>		370,0	370,0	370,0	370,0
<i>extra productie 2002</i>		291,0	291,0	291,0	291,0
<i>overig</i>		47,0	53,0	53,0	53,0
ombuigingen Strategisch Akkoord		- 288,5	- 292,8	- 496,9	- 551,1
<i>geneesmiddelen</i>		- 280,0	- 280,0	- 280,0	- 280,0
<i>efficiencykorting</i>		0,0	0,0	- 50,0	- 100,0
<i>eigen risico</i>		0,0	0,0	- 150,0	- 150,0
<i>overig</i>		- 8,5	- 12,8	- 16,9	- 21,1
overig		31,8	- 2,6	87,6	86,6
reservering aanvullende post bouw/extra productie		-	-	92,2	377,8
<b>stand Strategisch Akkoord</b>		<b>40 475,3</b>	<b>42 773,3</b>	<b>44 998,1</b>	<b>47 576,9</b>

bron: VWS

Het bovenste deel van tabel 1 geeft aan hoe het Budgettair Kader Zorg (BKZ) voor deze regeerperiode is samengesteld, uitgaande van de geraamde netto-BKZ-uitgaven in de Zorgnota 2002. Ten eerste is nog tot een aantal intensivering besloten in het kader van de Voorjaarsnota 2002, onder andere op het gebied van extra productie, agio's en onder-

zoek voor weesgeneesmiddelen. Hierover bent u reeds uitvoeriger geïnformeerd bij Voorjaarsbrief Zorg 2002 en de Eerste suppletore wet 2002.

Vervolgens is in het kader van het Strategisch Akkoord, op basis van een beleidsarm scenario van het CPB, besloten tot 2,5% volumegroei per jaar voor de zorgsector. Deze groei is verwerkt in de zogenoemde basisstand. Bovenop de basisstand komt een aantal expliciet in het Strategisch Akkoord genoemde intensiveringen en ombuigingen, waaronder extra middelen voor extra productie in het kader van de wachtlijstaanpak en ombuigingen op de geneesmiddelen.

Na het Strategisch Akkoord heeft een aantal nominale bijstellingen (onder meer een bijstelling van de contractloonontwikkeling) plaatsgevonden, volgend uit het macro-economische beeld van de MEV en heeft het kabinet, gelet op de zich verslechterde economische vooruitzichten, besloten tot een aantal aanvullende maatregelen gericht op de budgettaire doelstellingen van het Strategisch Akkoord waaronder een versnelde invoering en verhoging van de taakstellingen op subsidies.

Door twee definitiewijzigingen in het BKZ ontstaan een tweetal technische mutaties. De begrotingsgefinancierde uitgaven in de zorg blijven opgenomen worden in de Zorgnota, maar maken niet langer deel uit van het BKZ. Hiermee wordt het onderscheid tussen premie- en begrotingsgefinancierde uitgaven scherper. Ten tweede staan in het BKZ voortaan de uitgaven van verzekeraars centraal, in plaats van de budgetten van instellingen. Hiermee wordt meer recht gedaan aan de rol van de verzekeraar als regisseur van de zorg. De technische mutatie geeft de huidige relatie tussen instellingsbudgetten en verzekeraarsfinanciering aan, in de vorm van financieringsachterstanden.

Bij de aanwending van het netto-BKZ, stand Strategisch Akkoord (tweede deel van de tabel), is allereerst uitgegaan van een autonoom voorziene volumegroei van 2,5% per jaar. De volumegroei is bedoeld om het zorgaanbod gelijke tred te laten houden met vergrijzings- en innovatieontwikkelingen en, tezamen met de middelen voor extra productie van € 708 mln., het huidige productieniveau ook in 2006 in stand te houden. Het deel dat nodig is voor de opvang van de effecten van de demografische ontwikkeling, de bevolkingsgroei en de vergrijzing is over de verschillende zorgsectoren verdeeld op basis van de studie «Kosten van Ziekten» (RIVM, 1999). Voor genees- en hulpmiddelen is uitgegaan van respectievelijk 11% en 9½ basisgroei (inclusief nominale ontwikkeling). Dit is in het verleden een realistische groei gebleken. Het restant van de autonome volumegroei is naar rato van de omvang van de premiegefinancierde uitgaven toegedeeld aan de zorgsectoren waarop de wachtlijstaanpak van toepassing is: curatieve zorg, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en verpleging en verzorging. De budgettaire gevolgen van het zorgbeleid van Paars II zijn, voor zover deze al expliciet bekend waren, overgenomen in de groeicijfers. Wel zijn de ramingen van bijvoorbeeld de instandhoudingsbouw en de eigen betalingen AWBZ en particulier geactualiseerd. Ter actualisatie van de basisgroei wordt in 2004 en 2005 een bedrag van circa € 150 mln. ingezet uit de in het Strategisch Akkoord toegekende enveloppe. Naast de basisgroei zijn in het tweede deel van de tabel nogmaals de intensiveringen en de ombuigingen uit het Strategische Akkoord opgenomen. De aanvullende maatregelen waartoe het kabinet na het Strategisch Akkoord heeft besloten zijn in dit deel van de tabel niet meegenomen.

In de post overig is een neerwaartse ramingsbijstelling van de bouw opgenomen, als gevolg van een vertraagde doorwerking van de benutting van de trekkingsrechten in de budgetten van de zorginstellingen. Daarnaast worden uit de enveloppe extra bedragen ter beschikking gesteld voor de nieuwe regeling voor avond-, nacht- en weekenddiensten van huisartsen, aanvullende productieafspraken in de sector geestelijke gezondheidszorg en de bijdrage aan de oprichting van de nieuwe Voedsel- en Warenautoriteit. Het resterende bedrag uit de enveloppe wordt voor de jaren 2005 en 2006 gereserveerd op de aanvullende post van de zorgnota, voor eventuele tegenvallers in de bouw en/of de aanpak van de wachttijden.

**Tabel 2 Uitgavenontwikkeling Begroting 2003 in € 1000**

	2003	2004	2005	2006
<b>stand Ontwerpbegroting 2002</b>	<b>8 218 148</b>	<b>8 266 826</b>	<b>8 324 138</b>	<b>8 421 057</b>
<i>zorg</i>	<i>1 110 108</i>	<i>1 092 733</i>	<i>1 078 754</i>	<i>1 078 982</i>
<i>welzijn</i>	<i>1 241 570</i>	<i>1 219 007</i>	<i>1 201 147</i>	<i>1 202 839</i>
<i>sport</i>	<i>73 288</i>	<i>74 042</i>	<i>74 344</i>	<i>74 344</i>
<i>P&amp;M</i>	<i>135 522</i>	<i>134 384</i>	<i>130 230</i>	<i>130 230</i>
<i>rijksbijdrage</i>	<i>5 657 663</i>	<i>5 746 663</i>	<i>5 839 663</i>	<i>5 934 662</i>
<b>mutaties Voorjaarsnota 2002</b>	<b>285 798</b>	<b>281 982</b>	<b>280 661</b>	<b>280 600</b>
<b>doorwerking mutaties voorjaarsnota</b>	<b>212 143</b>	<b>218 993</b>	<b>225 882</b>	<b>219 620</b>
<b>mutaties Strategisch Akkoord</b>	<b>- 130 221</b>	<b>- 123 626</b>	<b>- 2 148 971</b>	<b>- 2 166 716</b>
<i>efficiency/volumetaakstelling collectieve sector</i>	<i>- 2 520</i>	<i>- 5 140</i>	<i>- 7 710</i>	<i>- 10 280</i>
<i>vermindering inhuur externen</i>	<i>- 5 738</i>	<i>- 5 738</i>	<i>- 5 738</i>	<i>- 5 738</i>
<i>generieke subsidietaakstelling</i>	<i>- 4 225</i>	<i>- 8 450</i>	<i>- 12 675</i>	<i>- 16 850</i>
<i>25% van de Prijsbijstelling 2002</i>	<i>9 651</i>	<i>9 617</i>	<i>9 594</i>	<i>9 594</i>
<i>terugtrekken rijksbijdrage ZFW</i>			<i>- 3 300 000</i>	<i>- 3 300 000</i>
<i>rijksbijdrage ziektekosten kinderen</i>			<i>1 300 000</i>	<i>1 300 000</i>
<i>kinderopvang</i>	<i>- 177 200</i>	<i>- 176 800</i>	<i>- 195 200</i>	<i>- 206 200</i>
<i>Wet Voorziening Gehandicapten</i>	<i>49 811</i>	<i>62 885</i>	<i>62 758</i>	<i>62 758</i>
<b>aanvullende maatregelen</b>	<b>- 726 950</b>	<b>- 731 175</b>	<b>- 17 350</b>	<b>- 16 850</b>
<i>versnelling en verhoging subsidie-taakstelling</i>	<i>- 8 450</i>	<i>- 12 675</i>	<i>- 16 850</i>	<i>- 16 850</i>
<i>versnelling volume-taakstelling</i>	<i>- 500</i>	<i>- 500</i>	<i>- 500</i>	
<i>verlaging Rijksbijdrage</i>	<i>- 718 000</i>	<i>- 718 000</i>		
overige beleidsmatige en technische mutaties	1 665 516	1 902 976	2 419 316	2 680 516
<b>stand Ontwerpbegroting 2003</b>	<b>9 524 434</b>	<b>9 815 976</b>	<b>9 083 676</b>	<b>9 418 227</b>

bron: VWS

Tabel 2 laat de uitgavenontwikkeling zien van de VWS-begroting vanaf de stand ontwerpbegroting 2002. Allereerst worden de mutaties uit de Voorjaarsnota/1e suppletore wet 2002 weergegeven. De belangrijkste mutaties van de 1e suppletore wet 2002 worden toegelicht in de verdiepingsbijlage. Voor de overige mutaties verwijs ik u naar Wijziging van de begroting van de uitgaven en ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2002 (wijziging samenhangende met de Voorjaarsnota) (TK 2001-2002, 28 321 XVI, nr. 1-2).

Vervolgens zijn de meerjarige doorwerking mutaties Voorjaarsnota

opgenomen (onder meer de meerkosten weesgeneesmiddelen en de overheveling vanuit het gemeentefonds in verband met kinderopvang). Verder zijn de mutaties met betrekking tot het Strategisch Akkoord en de aanvullende maatregelen opgenomen.

In afwachting van een nadere concrete invulling, staan op artikel 15 Nominaal en Onvoorzien de volgende taakstellingen uit het Strategisch Akkoord geboekt:

- het aandeel van het ministerie van VWS in de efficiency- (4%) en volumetaakstelling (3%) collectieve sector;
- een taakstelling vermindering inhuur van externen;
- een generieke subsidietaakstelling;
- 25% van de prijsbijstelling 2002.

In verband met de introductie van een nieuw verzekeringsstelsel in 2005 zijn op artikel 13 Rijksbijdrage de volgende mutaties verwerkt:

- het terugtrekken van de Rijksbijdrage Ziekenfondswet (ZFW)
- de introductie van de Rijksbijdrage ziektekosten voor kinderen. (De bedragen voor de Rijksbijdrage ziektekosten voor kinderen betreffen een voorlopige raming, vooruitlopend op de definitieve vormgeving van de regeling).

Daarnaast is het beleidsterrein kinderopvang van VWS naar SZW overgeheveld (beleidsartikel 7) en is de Wet Voorzieningen Gehandicapten overgegaan naar VWS (beleidsartikel 16).

Na het Strategisch Akkoord heeft het kabinet besloten tot een aantal aanvullende maatregelen gericht op de budgettaire doelstellingen van het Strategisch Akkoord te weten:

- versnelde invoering en verhoging van de taakstellingen op de subsidies;
- versnelde invoering van de volumetaakstelling;
- verhoging nominale ziektekostenpremie, waardoor de Rijksbijdrage zal worden verlaagd in de jaren 2003 en 2004.

Het streven is er op gericht om de genoemde taakstellingen, zorgvuldig en gericht, in te vullen. De Tweede Kamer wordt daarover zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk bij de 1e suppletore wet 2003 nader geïnformeerd.

Tenslotte heeft sinds de 1e suppletore begroting 2002 een aantal nieuwe (beleidsmatige) mutaties plaatsgevonden (dit is inclusief de mutaties in verband met aanpassingen MEV). De belangrijkste mutaties staan in tabel 3.

**Tabel 3 Mutaties sinds de 1e suppletore wet 2002**

Bedragen x € 1 000	2003	2004	2005	2006
aanpassing BIKK AWBZ	1 656 000	1 897 600	2 416 800	2 960 600
het stimuleren van translationeel onderzoek	2 000	2 700	3 200	3 200
de oprichting en exploitatie van de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA)	13 000	7 250	7 250	7 250
de aanvulling van de liquiditeit van ZorgOnderzoek Nederland	18 500	7 500		
overboeking jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen naar Gemeentefonds	- 15 800	- 15 800	- 15 800	- 15 800
het werven van orgaandonoren en het verkorten van de wachtlijsten voor orgaandonaties	3 160	3 010	3 010	3 010
de oprichting van de Stichting Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ)	7 500	10 000	10 000	10 000

bron: VWS

## DEEL B: BELEIDSPROGRAMMA 2002-2006

nr.	voornemen (SA)	doelen	acties	actoren	deadline	budget volgens SA
1	versterking van de collectieve en individuele preventie bij de volksgezondheid	zorgcapaciteit voor niet-voorkombare ziekten vrijmaken door preventie (voorkomen is beter dan genezen)	diverse initiatieven waaronder productie Nota Gezondheidsbeleid	VNG, gemeenten, zorgaanbieders, koepels	nota voor 1 januari 2003 naar de Tweede Kamer	
2	evaluatie wet levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding	evalueren van de euthanasiepraktijk en wet	uitvoeren evaluatie-onderzoek		na afronding evaluatie-onderzoek wordt werkplan met deadlines opgesteld, resultaten evaluatie euthanasiepraktijk worden in 2003 verwacht	
3	evaluatie wet afbreking zwangerschap	evalueren abortuspraktijk en WAZ	uitvoeren evaluatie-onderzoek	Stisan, NISSO	na afronding evaluatie-onderzoek wordt werkplan met deadlines opgesteld	
4	uitbouw VWA tot een (daad)krachtige organisatie voor voedsel- en productveiligheid	waarborgen van een hoog beschermingsniveau van de consument	integratie KvW en RVV, concretiseren taken en agentschapsvorming afronden	diverse maatschappelijke organisaties	volledig operationeel in 2005	in 2002 is hiervoor € 2 miljoen, in 2003 € 13 miljoen en vanaf 2004 € 4 miljoen aan extra middelen gereserveerd
5	onderzoek naar nieuwe mogelijkheden om genezing te brengen kan veel rechtvaardiger, maar niet alles	grenzen stellen vanuit respect voor en bescherming van het leven	opstellen integraal ethisch toetsingskader	CCMO, Cogem, patiëntenverenigingen, koepels van de industrie, Platform Medische Biotechnologie, Forum Genetica, Gezondheid en Gezondheidszorg	brief met stand van zaken voor 1 januari 2003 naar Tweede Kamer	

nr.	voornemen (SA)	doelen	acties	actoren	deadline	budget volgens SA
6	terugdringing van wachttijden	a. vergroting productiviteit, flexibiliteit en doelmatigheid van zorg (door het wegnemen van belemmeringen voor productie);	<ul style="list-style-type: none"> <li>* verzekeraars en zorgkantoren nadrukkelijk houden aan hun grote verantwoordelijkheden en wijzen op hun nog toenemende bevoegdheden;</li> <li>* verzekeraars geven per kwartaal inzicht in de wachttijden voor de behandeling van levensbedreigende ziekten;</li> <li>* goede afstemming tussen AWBZ en ZFW;</li> <li>* stimulering regionale experimenten;</li> <li>* deregulering;</li> <li>* terugdringing bureaucratie;</li> <li>* verhogen opleidingscapaciteit;</li> <li>* bevorderen aantrekkelijkheid van zorg en beroepen;</li> <li>* vermindering werkdruk en ziekteverzuim;</li> <li>* verbeteren informatievoorziening en transparantie;</li> <li>* vermindering administratieve lasten;</li> <li>* stimuleren inkoop zorg in het buitenland;</li> <li>* bevordering innovatie en ICT;</li> </ul>	CTG, ZN, zorgaanbieders, stuurgroep DBC 2003, betrokken veldpartijen, college's (CVZ, CTG, CTZ, CBZ), zorgkantoren en RIO's	actieprogramma november 2002;	met het SA is een volumegroei van 2,5% beschikbaar gesteld om het huidige productieniveau in stand te houden en daarnaast gelijke tred te houden met vergrijzing en innovatieontwikkelingen, daarnaast zijn extra middelen beschikbaar gesteld t.o.v. de zorgnota 2002 (€ 993,3 miljoen in 2002 en vanaf 2003 € 1023,3 miljoen per jaar)
					gefaseerde realisatie per 1-1-2003;	
					implementatieplan op rapport commissie de Beer najaar 2002	



nr.	voornemen (SA)	doelen	acties	actoren	deadline	budget volgens SA
		b. invoering van prestatie-bekostiging;	<ul style="list-style-type: none"> <li>* aanbrengen van veranderingen in functiegerichte budgettering van ziekenhuizen en ZBC's en lumpsum-bekostiging van specialisten;</li> <li>* DBC's: maatregelen ter versterking van de prestatiefinanciering;</li> <li>* scheppen van randvoorwaarden om de productiviteit van medisch specialisten te laten stijgen; instellen van een meetsysteem om productiviteit te meten;</li> <li>* invoeren prestatiegerichte en functiegerichte bekostiging AWBZ;</li> <li>* stimulering toetreding nieuwe zorgaanbieders op AWBZ-markt, ontschotting binnen AWBZ d.m.v. AWBZ brede functies, gebruik PGB en scheiden van wonen en zorg en bevordering kwaliteit van zorg;</li> </ul>		<p>gefaseerde realisatie vanaf 1-1-2003;</p> <p>gefaseerde realisatie per 1-1-2003;</p> <p>gefaseerde realisatie vanaf 1-1-2003;</p> <p>functionele aanspraken AWBZ en toelating op basis van functies vanaf 1-1-2003.</p>	
		c. bevordering (nieuw) zorgaanbod.				

nr.	voornemen (SA)	doelen	acties	actoren	deadline	budget volgens SA
7	invoering van een verplichte algemene verzekering voor curatieve zorg	verbetering van de werking van het zorgstelsel door het versterken van de zorginkoopfunctie van verzekeraars en verbetering van keuzemogelijkheden voor verzekeren, onder waarborging van solidariteit, toegankelijkheid, kwaliteit en budgettaire beheersbaarheid.	<p>* nadere besluitvorming over juridische vormgeving als eerstkomende stap;</p> <p>* voorbereiding wetsvoorstel;</p> <p>* nader onderzoek op een aantal deelterreinen;</p> <p>* invoeringsstrategie en overleg met partijen als onderdeel van plan van aanpak;</p> <p>* invoering eigen risico;</p> <p>* terugtrekken rijksbijdrage ZFW;</p> <p>* invoeren rijksbijdrage voor kinderen tot 18 jaar;</p> <p>* versnelling van nominalisatie ziekenfondspremie per 1-1-2003;</p> <p>* invoeren van een zorgtoeslag ter compensatie van inkomenseffecten.</p>	maatschappelijke organisaties, (organisaties van) patiënten/consumenten, verzekeraars, zorgaanbieders en betrokken uitvoeringinstanties	invoering in 2005. Plan van aanpak op hoofdlijnen najaar 2002	<p>* invoering eigen risico: € 150 miljoen vanaf 2005;</p> <p>* terugtrekken rijksbijdrage ZFW: – € 3,3 miljard vanaf 2005;</p> <p>* invoering rijksbijdrage voor kinderen: € 1,3 miljard vanaf 2005;</p> <p>* versnelling nominalisatie ziekenfondspremie: – € 718 miljoen in 2003 en 2004.</p>

nr.	voornemen (SA)	doelen	acties	actoren	deadline	budget volgens SA
8	versterking vraagsturing, keuzevrijheid en doelmatigheid in AWBZ	vergroting keuze-mogelijkheden AWBZ-verzekerden (door keuze zorg in natura en PGB) en vergroting zeggenschap burgers	<ul style="list-style-type: none"> <li>* invoering nieuwe, op functies gebaseerde van vereenvoudigde AWBZ-brede PGB regeling per 1-1-2003;</li> <li>* ontschotting en vereenvoudiging toelating nieuwe aanbieders door toelating en op AWBZ-brede functies;</li> <li>* invoering functiegerichte indicatiestelling;</li> <li>* aanpassen regelgeving gelet op invoering functies (Besluit zorg-aanspraken);</li> <li>* ontwikkelen instrumentarium AWBZ brede zorgregistratie voor inzicht in vraag/wachtlijsten t.b.v. verzekeraarfuncties zorgtoewijzing en zorginkoop;</li> <li>* modeltrajecten voor uittesten en «gereedschap»: facilitering uitvoerders AWBZ (model protocollen, formulieren, etcetera).</li> </ul>	partijen zorgketen (patiënten/cliënten, indicatieorganen, zorgkantoren, verzekeraars en zorgaanbieders) en bijbehorende koepelorganisaties en Colleges (CVZ, CTG, CTZ, CBZ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>* per 1-1-2003 inwerking-treding van Besluit Zorgaanspraken en aanverwante wetgeving;</li> <li>* gefaseerde realisatie functiegerichte bekostiging vanaf 1-1-2003;</li> </ul>	voor het project modernisering AWBZ is € 17 miljoen in 2003 en € 11 miljoen in 2004 beschikbaar
9	plan van aanpak tot vergroting van aantrekkelijkheid van beroep van huisarts	creëren van noodzakelijke afstemming en flexibiliteit eerstelijns gezondheidszorg; herinrichting van de eerste lijnsgezondheidszorg.  terugdringen (toekomstig) tekort aan huisartsen.	formuleren van standpunt op rapport commissie Van der Grinten en in relatie tot (het reeds gezonden standpunt op) de commissie Tabaksblatt.	LHV, betrokken beroepsgroepen 1e lijnszorg en verwante organisaties zoals ZN en CTG	brief aan de Tweede Kamer met plan van aanpak volgt najaar 2002. Conform opgave zorgnota: Stuurgroep huisartsen voor de korte termijn en een stuurgroep eerstelijnszorg voor middellange en lange termijn	
10	onderbrengen palliatieve zorg bij AWBZ	betera organisatie en kwaliteit van de zorg	voorstel tot overheveling uitwerken	CVZ, e.a. betrokkenen	inventarisatie van onderbrenging palliatieve zorg bij AWBZ; najaar 2002	
11	overheveling WVG van SZW naar VWS	herijking onderbrenging WVG bij VWS op basis van bouwstenennotitie	op basis van bouwstenennotitie een plan uitwerken	VNG	plan gereed in voorjaar 2003	

nr.	voornemen (SA)	doelen	acties	actoren	deadline	budget volgens SA
12	<p>komen tot integraal en resultaatgericht jeugdbeleid: aanpakken en opvoeden (i.r.t. pagina's 4, 5, 8, 12, 14 en 24 van het SA) (Het drama in Roermond en het onderzoek van de JHV/JB benadrukt de noodzaak van een integrale aanpak)</p>	<p>* ontsporing van jeugd stoppen (bestrijden jeugdcriminaliteit);</p> <p>* uitval van jeugd tegen gaan (verminderen schooluitval);</p> <p>* kansen van jeugd vergroten (preventie):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- voorkomen kindermishandeling,;</li> <li>- versterken opvoedingsstructuur.</li> <li>- terugdringen onderwijsachterstanden;</li> <li>- verbeteren aansluiting onderwijs en vrije tijdvoorzieningen;</li> </ul> <p>* ontbureaucratiseren jeugdbeleid.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tot stand brengen sluitende jeugdketen:</li> <li>- eenduidig beleggen signaleringfunctie</li> <li>- versterken preventieve aanpak (opvoedingsondersteuning, invoering CtC,)</li> <li>- Vastleggen resultaat-afspraken met gemeenten inzake VVE</li> <li>- stimuleren brede scholen, sport, buurt</li> <li>- opstellen integrale jeugdagenda</li> <li>- doelstellingen op rijksniveau harmoniseren</li> <li>- belemmeringen in regelgeving wegnemen</li> <li>- geldstromen bundelen</li> </ul>	VNG, IPO en en veld-organisaties uit betrokken sectoren	<p>start pilots: 01-01-2003, nulmeting 01-01-2003, vastleggen jeugdagenda in overhedenoverleg: voorjaar 2003,</p> <p>evaluatie pilots 01-01-2004, wijziging wet- en regelgeving: 01-01-2005</p>	
13	<p>in het geval van verslaafden die veelvuldig misdrijven plegen wordt het beleid van verplichte ontwenning uitgebreid</p>	<p>vergroten mogelijkheden drangbehandeling</p>	<p>evaluatie strafrechtelijke opvang verslaafden, uitbreiden capaciteit drangvoorzieningen en afspraken tussen OM/Justitie en verslavingszorg over opnamegaranties</p>	GGZ Nederland, Verslavingsreclassering	<p>eind 2006 evaluatie strafrechtelijke opvang verslaafden afgerond</p>	
14	<p>* voortzetten ontmoedigingsbeleid</p> <p>* naleven criteria coffee-shops (voortouw Justitie);</p> <p>* stopzetten testen XTC op party's.</p>	<p>ontmoedigen drugsgebruik en voorkomen overlast door druggebruikers</p>	<p>* voortzetten programma «gezonde school en genotmiddelen»;</p> <p>* versterking handhaving;</p> <p>* richtlijn aanpassen, onderzoek versterking monitoring uitgaansdrugs uitvoeren,</p>	Trimbos-instituut, gemeenten, politie	<p>* continu, financiering gezonde school voor 1-10-02;</p> <p>* nog nader te bepalen;</p> <p>* zo spoedig mogelijk, onderzoek gereed mei 2003.</p>	

nr.	voornemen (SA)	doelen	acties	actoren	deadline	budget volgens SA
15	afremming groei geneesmiddelen uitgaven	verstandige inzet van collectieve middelen door het creëren van gezonde marktverhoudingen en verbetering kostenbaten verhouding geneesmiddelen uitgaven	uitwerken voorstel tot pakketbeperking en vergroting van prijs- concurrentie en vastleggen verantwoordelijkheden van verzekeraars	CTG, KNMP, ZN, NMA, CvZ	invoering per 1-1-2003 voorstel klaar op 01-09-2002	taakstelling € 280 miljoen vanaf 2003
16	efficiencykorting zorg	verhogen efficiency in de zorg door verminderen bureaucratie	taakstelling op de appa- raatskosten voor bestuur en beheer in 2005 en 2006 e.v.	CVZ, CTZ, CTG, CBZ, koepels, zorgverzekeraars, zorgaanbieders	gefaseerde realisatie per 1-1-2005	taakstelling van € 50 miljoen in 2005 en € 100 miljoen in 2006 e.v.
17	incidentele loonontwikke- ling (ILO)	een marktconforme incidentele loonontwikke- ling	verlaging van de vergoe- ding voor ILO van 0,6% naar 0,5%	sociale partners	vanaf 2003	besparing van € 20,8 miljoen per jaar vanaf 2003
18	niet uitdelen 75% prijs- bijstelling	een bijdrage leveren aan uitgavenverhogingen op de Rijksbegroting	naar rato toedelen van 25% van de prijsbijstelling	diverse maatschappelijke organisaties in zorg, welzijn en sport	vanaf 2003	besparing van circa € 28 miljoen vanaf 2003
19	generieke subsidie- taakstelling	een kritische herbezinning van overheidssubsidies	taakstelling wordt z.s.m. concreet ingevuld	diverse maatschappelijke organisaties in zorg, welzijn en sport	de Staten-Generaal worden uiterlijk bij Voorjaarsnota 2003 geïnformeerd	besparing van circa € 12,7 miljoen vanaf 2003, oplopend tot € 33,7 miljoen in 2006
20	efficiency-/ volumetaakstelling collectieve sector	verhogen efficiency en verminderen volume van P&M-uitgaven VWS	taakstelling wordt z.s.m. concreet ingevuld		de Staten-Generaal worden uiterlijk bij Voorjaarsnota 2003 geïnformeerd	besparing van € 3 miljoen vanaf 2003, oplopend tot € 10,3 miljoen in 2006
21	vermindering inhuur externen	verhogen efficiency kerndeartement VWS	taakstelling wordt z.s.m. concreet ingevuld		de Staten-Generaal worden uiterlijk bij Voorjaarsnota 2003 geïnformeerd	besparing van € 5,7 miljoen vanaf 2003

# BELEIDSARTIKEL 1: GEZONDHEIDSBEVORDERING EN GEZONDHEIDSBESCHERMING

## 1.1 Algemene beleidsdoelstelling

### Het bevorderen en beschermen van de gezondheid van de burger

Een goede gezondheidszorg begint bij het voorkomen dat de burger gebruik moet maken van zorg. Ook in de regeringsverklaring wordt uitdrukkelijk aangegeven «Voorkomen is beter dan genezen». Gezondheidsbescherming en -bevordering gaan echter verder dan «het voorkomen van». Het beleid is ook gericht op langer gezond leven en het verhogen van de kwaliteit van leven bij ziekte. De speerpunten van het beleid zijn: onnodige sterfte voorkomen, vermijdbaar gezondheidsverlies vermijden en gelijke kansen op gezondheid bevorderen. De algemene doelstelling voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden is als volgt geformuleerd: het is wenselijk in 2020 de gezonde levensverwachting van mensen met een lage sociaal-economische status te hebben verlengd met drie jaar, van ongeveer 53 jaar naar 56 jaar. De gezondheid van de Nederlandse bevolking is spectaculair verbeterd, maar er zijn nieuwe ontwikkelingen (waaronder biotechnologie en globalisering) en bedreigingen (waaronder infectieziekten en micro-biologische risico's) die bijzondere aandacht vragen van de overheid. Mede in dit licht is ook de Voedsel- en Waren Autoriteit opgericht. In het najaar 2002 zal tevens een Nota Gezondheidsbeleid aan de Tweede Kamer worden aangeboden waarin het gezondheidsbeleid voor de komende kabinetsperiode nader wordt geëxpliciteerd. Naast zes operationele doelstellingen bevat dit beleidsartikel het integrale beleid voor projecten, experimenten en onderzoek (PEO). Met het PEO-beleid beogen we zorgvuldig prioriteiten te kiezen voor programmering van onderzoek en ontwikkeling in de volksgezondheid en zorg.

#### *Intensiveringen*

In navolging van de landelijke inentingscampagne tegen meningokokken C die in 2002 is uitgevoerd, zal deze vaccinatie worden ingevoerd in het Rijksvaccinatieprogramma (RVP). Hiermee is jaarlijks een bedrag gemoeid van € 4,3 mln. Het RVP wordt gefinancierd uit het Algemene Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ).

Voor de invoering van het uniforme deel van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg per 1 januari 2003 zal een specifieke uitkering worden ontworpen. Er is een bedrag van € 16 mln. aanvullend beschikbaar voor de extra kosten die hiermee samenhangen.

De komende periode krijgt de oprichting van de Voedsel en Warenautoriteit haar beslag. Hiervoor is een extra bedrag van € 13 mln. in 2003 beschikbaar en vanaf 2004 jaarlijks € 7,3 mln. In overleg met LNV wordt thans bezien welke bijdrage LNV aan de oprichting van VWA zal leveren. De kamer zal hierover zo spoedig mogelijk doch uiterlijk bij 1e supplementaire wet 2003 worden geïnformeerd.

#### *Motie Werner:*

Tijdens de behandeling in de Eerste Kamer van de wijziging van de Tabakswet, is door het Eerste Kamerlid Werner een motie ingediend. Met deze motie wordt de regering verzocht extra middelen in 2002 dan wel 2003 vrij te maken om gelijktijdig en in samenhang met de implementatie van de Tabakswet, de preventie en de ondersteuning van stoppogingen een impuls te geven. Naar aanleiding van deze motie wordt momenteel bezien hoe één en ander op een kosteneffectieve manier concreet vorm

kan worden gegeven. Hierbij wordt gezien of (incidenteel) middelen ter uitvoering van de motie kunnen worden vrijgemaakt. Het streven is erop gericht de concrete uitwerking in de loop van 2003 aan het parlement te zenden.

#### *Relatie met de Zorgnota*

De inzet van de begrotingsmiddelen op dit beleidsartikel is niet los te zien van de middelen die vanuit de premiesector beschikbaar worden gesteld voor gezondheidsbevordering en -bescherming. Zo vullen begrotings- en premiemiddelen elkaar aan in budgettaire omvang. De prestaties die geleverd worden hangen samen met zowel de inzet van begrotingsmiddelen als de inzet van premiemiddelen. De geleverde prestaties zijn niet één op één aan de wijze van financiering te relateren.

Ter illustratie staan in onderstaande tabel de totale budgetten die onder bovengenoemde sectoren vallen.

x € 1 mln.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Programma-uitgaven beleidsartikel 1	215,0	179,2	161,4	149,3	149,6	149,5
Sector gezondheidsbevordering en -bescherming (totaal)*	964,9	928,9	911,1	899,1	899,4	899,3

\*Dit zijn de totale uitgaven voor de sector volgens de Zorgnota 2003 (dus inclusief de begrotingsmiddelen).

## **1.2 Operationele beleidsdoelstellingen**

### **1.2.1 Gezondheidsbevordering: niet roken, meer bewegen, gezond eten, matig drinken en veilig vrijen**

#### *Beleidseffecten*

De bevordering van een gezonde en sportieve leefstijl levert een belangrijke bijdrage aan de volksgezondheid, zoals blijkt uit de Volksgezondheid-ToekomstVerkenning (VTV). Het gaat daarbij voornamelijk om niet roken, meer bewegen, matig drinken, gezond eten en veilig vrijen.

Met het beleid voor gezondheidsbevordering hebben wij de volgende effecten voor ogen:

- Het aantal rokers is in 2004 met 17,5% verminderd ten opzichte van 1999 (afname van 34% naar 28%). Voor 2003 streven we naar een tussenstand van 29%.
- Het aantal probleemdrinkers daalt tot 8% in 2004 (was 9% in 2001).
- Voldoende bewegen, uitgedrukt als een toename van de norm-activiteit, is gestegen van 40% (1998) naar 45% in 2005 en 50% in 2010. Bewegingsarmoede, uitgedrukt als een afname van inactiviteit, daalt van 12% (1998) naar 10% in 2005 en 8% in 2010. Bij burgers is de kennis van voldoende bewegen vermeerderd, uitgedrukt als een toename van kennis over de Nederlandse Norm Gezond Bewegen, van 0% (1998) tot 50% in 2005 en 75% in 2010.
- Het percentage inname verzadigd vet in 2002 is 14% verminderd ten opzichte van 1999 (afname van 14% naar 12%); in 2003 wordt dit gestabiliseerd. Er wordt gestreefd naar een verdere daling. De uiteindelijke doelstelling is een totaal van 10 energieprocenten vet in de voeding in 2010.
- Na een, deels onverklaarde, terugval in veilig vrijgedrag van 79% in 2000 naar 57% in 2001, is het streefcijfer met betrekking tot het

percentage jongeren dat veilig vrijt bij een wisselend contact neerwaarts bijgesteld tot 70% in 2003. Dit omdat naar verwachting de tendens van meer onveilig vrijgedrag door zal zetten.

#### *Aard van de verantwoordelijkheid*

Het realiseren van de genoemde prestaties is voor een groot deel afhankelijk van inspanningen van derden. Daar komt bij dat de overheid slechts een beperkte invloed heeft op relevante factoren als sociaal-economische ontwikkelingen, maatschappelijke trends en de commerciële marketing van ongezonde producten. De primaire verantwoordelijkheid en uiteindelijke keuze voor een gezond en sportief leven ligt natuurlijk bij de burger zelf. Ons beleid voor gezondheidsbevordering poogt een gezonde keuze door de burger mogelijk en makkelijk te maken. Dit onder meer door de inzet van diverse beleidsinstrumenten, door randvoorwaarden en kaders te scheppen.

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

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

#### *Subsidies*

- Er worden subsidies verleend aan diverse preventie-instituten zoals DEFACITO, het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ), het Trimbos-instituut en het Voedingcentrum, het Aidsfonds, de stichting SOA-bestrijding, de Schorerstichting en het Kenniscentrum Overgewicht. Deze subsidies worden gebruikt om materiaal (onder meer folders, websites, lesmateriaal) en voorlichtingsmethodieken te ontwikkelen en om doelgroepspecifieke preventieactiviteiten (voorlichtingsavonden, workshops, counseling voor intermediairs (zoals GGD'en) uit te voeren. In 2002 is een evaluatieonderzoek uitgevoerd naar de doelmatigheid van de preventie-instituten. Aan de hand van de uitkomsten zal de aansturing worden verbeterd en de doelmatigheid inzichtelijker worden gemaakt.

#### *Wetgeving*

- De gewijzigde Tabakswet zal in de komende jaren gefaseerd in werking treden. Voor 2003 gaat het om de invoering van een consumentenleeftijdsgrens van 16 jaar, verkoopbeperkingen en een nagenoeg algeheel reclameverbod. Naar verwachting zal in 2003 een nieuw wijzigingsvoorstel van de Drank- en Horecawet van kracht kunnen worden. Dit voorstel betreft de introductie van bestuurlijke boetes.

#### *Overleg*

- De beleidsontwikkeling op het terrein van alcohol komt aan de orde in het Regulier Overleg Alcoholpreventiebeleid. Daarin zijn de relevante maatschappelijke organisaties en belanghebbende marktpartijen vertegenwoordigd (zoals de producten van alcoholproducten en verkooppunten). Daarnaast wordt bezien of er behoefte is aan een soortgelijk overleg over tabak. Verder komt er een gestructureerd overleg met de preventie-instituten. Bovendien zal er regelmatig overleg zijn met de gezondheidsfondsen. Ook zoeken we strategische allianties met het bedrijfsleven, de verkeersveiligheidssector, het onderwijs en de sport. In 2003 zal de aandacht voor de verlaging van



de consumptie van verzadigd vet met name gericht zijn op de mogelijkheden veranderingen aan te brengen in het productaanbod. Daarvoor is overleg nodig met de branche. In 2000 is een SOA-platform opgericht waar epidemiologische ontwikkelingen worden besproken en beleidsopties worden verkend.

#### *Onderzoek*

- Onderzoek naar gezondheidsbevordering loopt onder meer via ZONMw. In het lopende programma Gezond Leven wordt innovatief onderzoek gedaan naar veelbelovende nieuwe interventiemogelijkheden om een gezond en sportief leven te stimuleren. Zo zal onderzocht worden wat het effect is van testen (op HIV en andere SOA) op het gedrag.

#### *Voorlichting*

- Massamediale campagnes zijn een belangrijk instrument voor gezondheidsbevordering. Via ZONMw zal een uitvoeringsprogramma mogelijk worden gemaakt om massamediale gezondheidsbevorderingscampagnes uit te voeren die van invloed zijn op gezond leven, zoals niet roken, meer bewegen, gezonde voeding, matigheid met alcohol, veilig vrijen en veiligheid in en om huis. Het totale budget voor het programma bedraagt € 4,5 mln. in 2003.
- Op grond van de resultaten van het marketingexperiment niet-roken in 2002, zal deze proef in 2003 een landelijk karakter krijgen. Hiervoor is € 1,4 mln. via de rijksbegroting beschikbaar. Daarnaast wordt € 1,4 mln. voor de «Maar ik rook niet»-campagne via de rijksbegroting beschikbaar gesteld.
- De alcoholvoorlichtingscampagnes zullen met name gericht zijn op jongeren. Dit doen we via de massamedia en aansluitende regionale activiteiten vanuit de gezondheidsbevorderingscampagnes bij ZONMw.
- De veilig vrijencampagnes zullen worden bijgestuurd in het licht van de ongunstige ontwikkeling. De campagnes zullen uitdrukkelijker ingaan op de negatieve gevolgen van besmetting met een SOA.

#### *Handhavingsbeleid*

- In 2003 werken er bij de Keuringsdienst van Waren ruim zestig fulltime inspecteurs aan de handhaving van de Drank- en Horecawet en de Tabakswet. Het aantal inspecties zal de komende jaren toenemen.

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

#### *Beleidseffecten*

Door ziekten in een vroeg stadium op te sporen, gezonde mensen te vaccineren en door andere preventiemogelijkheden aan te bieden, kan de gezonde levensverwachting van mensen worden vergroot, kan vroegtijdige sterfte worden voorkomen en kan de kwaliteit van leven verbeterd worden.

Het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) is al jaren een belangrijk preventie-instrument. Er wordt naar gestreefd dat ten minste 95% van de kinderen blijvend deelneemt aan het programma. Het RVP wordt regelmatig geactualiseerd. Zo is medio 2002 vaccinatie tegen meningokokken C in het RVP opgenomen.

Recent onderzoek naar het functioneren van de provinciale ent-administraties zal in 2003 nader in beleid worden vertaald. Wij streven naar een vergaande integratie van de organisatie van gemeentelijke taken bij geneeskundige hulp bij ongelukken en rampen (GHOR), publieke gezondheidszorg en collectieve preventie. Dit in de vorm van efficiënte en doelmatig georganiseerde GGD'en. Daardoor nemen bestuurlijke drukte en overhead af om ten goede te komen aan preventief en repressief optreden van GGD'en.

Om hepatitis B terug te dringen, streven we de volgende uitkomsten na: Kinderen van wie een of beide ouders afkomstig zijn uit een risicoland (meer dan 2% van de bevolking is drager) zijn gevaccineerd tegen hepatitis B; 90% in 2003 en 95% in 2004. Het programma hiertoe start in 2003. Mensen met veel wisselende partners en intraveneus drugsgebruikers zijn gevaccineerd tegen hepatitis B; doel is dat 60% van de te vaccineren mensen de volledige serie vaccinaties in 2004 afmaakt.

Om te voorkomen dat kinderen van HIV-positieve moeders bij de geboorte besmet worden, zal in 2003 zwangere vrouwen standaard een HIV-test worden aangeboden. Het College voor Zorgverzekeringen onderzoekt momenteel op welke wijze dit het beste kan worden uitgevoerd. Er wordt naar gestreefd om in 2004 80% van de zwangere vrouwen te bereiken.

Vanwege een stijging van het aantal Seksueel Overdraagbare Aandoeningen (SOA) zal in 2003 de anonieme curatieve SOA-bestrijding worden gezien op basis van een advies van het CVZ.

In 2002 is het RIVM gestart met de herziening van zowel de surveillance van HIV als van andere SOA. In 2003 zullen beide monitoringsystemen operationeel zijn.

In 2003 voert GGD Nederland op ons verzoek een project uit waarin onder meer aandacht wordt besteed aan samenwerking tussen de infectieziektebestrijding en de rampenbestrijding. De activiteiten die reeds zijn ingezet in het kader van bioterrorisme, waaronder de Europese samenwerking, worden in 2003 voortgezet.

In 2003 zal een nieuwe structuur worden opgezet om gegevens te verzamelen over het gebruik van antibiotica en het voorkomen van resistente pathogenen (het resistent worden van ziekteverwekkende micro-organismen) bij de mens. Rapportages waarin onderlinge verbanden worden gelegd, moeten meer inzicht geven in de relatie tussen gebruik van antibiotica en resistentievorming.

In 2003 zal een zwaarder programma starten voor de opsporing van erfelijke hypercholesterolemie via familieonderzoek (FH). In 2008 moet 75% van de mensen met FH zijn opgespoord. Naast maatregelen gericht op gezond gedrag (voeding en bewegen) moet dit bijdragen aan het verminderen van hart- en vaatziekten.

#### *Aard van de verantwoordelijkheid*

Infectieziektebestrijding is een gemeentelijke verantwoordelijkheid. Wij zien het als onze taak gemeenten hierbij te ondersteunen. Dit gebeurt met name door intermediaire organisaties te ondersteunen die de GGD'en voorzien van kennis en kunde door middel van protocollen, trainingen, consultatieve functies, ondersteuning bij lokale surveillance en voorlichtingsmateriaal.

Verder zijn wij verantwoordelijk voor het instandhouden van een adequaat systeem voor vroege opsporing en behandeling van besmettelijke ziekten. Hiervoor onderhouden wij een groot aantal surveillancesystemen (creutzfeld-jakob ziekte, tuberculose, influenza, meningokokken, voedsel-infecties, streptokokken) en dragen wij (via het RIVM) zorg voor faciliteiten voor bijzondere diagnostiek. Als de resultaten van de monitoring verontrustend zijn, wordt het beleid bijgesteld. Soms is decentrale of landelijke epidemiebestrijding nodig. Hiervoor houden wij onder meer de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI) in stand.

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

##### Subsidies

- Er worden nieuwe projecten gesubsidieerd, waaronder subsidie aan de deelnemende GGD'en en GGD Nederland voor de uitvoering van vaccinatieprogramma's tegen hepatitis B bij de groep mensen met veel wisselende partners en intraveneus drugsgebruikers. Hiervoor is € 11,4 mln. over een periode van 5 jaar beschikbaar gesteld aan ZONMw die de uitvoering ter hand neemt. De hepatitis B vaccinatie bij kinderen van wie een of beide ouders afkomstig zijn uit een risicoland wordt via de premiemiddelen (€ 2,7 mln. ) gefinancierd.
  - Tevens wordt een aantal bestaande subsidierelaties voortgezet, waaronder:
    - aan diverse instituten subsidies voor diagnostiek en voorlichting over infectieziekten (zoals Nederlandse Hepatitis Stichting/ Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der Tuberculose (KNCV);
    - aan diverse instituten subsidie voor onderzoek en surveillance van infectieziekten (zoals RIVM/Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO)/Erasmus Universiteit/KNCV);
    - aan de Werkgroep Infectie Preventie (WIP) en aan de Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid (SWAB) voor het formuleren van richtlijnen voor infectiepreventie en resistentiepreventie in de zorg;
    - aan GGD Nederland voor het instandhouden van de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding;
    - aan diverse instituten subsidies voor onderzoek en vroege opsporing van kanker en kwaliteitsverbetering van het leven bij kanker.
- Via de premiemiddelen worden programma's gefinancierd zoals:
- het Rijksvaccinatieprogramma
  - het bevolkingsonderzoek naar borstkanker en baarmoederhalskanker
  - de landelijke griepvaccinatie van ouderen en risicogroepen
  - de drempelvrije SOA-behandelingen
  - de postnatale screening
  - de screening op familiale hypercholesterolemie.

##### *Overleg*

- Wij participeren in diverse overlegplatforms, waaronder Interdepartementaal Overleg Legionellapreventie, Platform SOA-bestrijding, commissies van het CVZ voor de coördinatie van preventieprogramma's, reguliere overleggen met gesubsidieerde instellingen. Voorts werken we op dit terrein intensief samen met andere lidstaten binnen diverse adviescomités van de Europese Commissie en met VN-organisaties zoals de World Health Organisation.

#### *Onderzoek*

- Onderzoek naar ziektespecifieke preventie verloopt grotendeels via de Meerjaren Activiteiten Planning van het RIVM. Daarnaast verloopt onderzoek via intermediaire organisaties naar nieuwe preventiemogelijkheden via het preventieprogramma van ZONMw en het ontwikkelbudget van het Aidsfonds.

#### *Voorlichting*

- In 2003 zal veel aandacht worden besteed aan goede voorlichting over het RVP. Voor zowel ouders van kinderen uit de doelgroep als voor uitvoerders van het vaccinatieprogramma wordt het belang van het RVP goed onder de aandacht gebracht.
- Verder geven intermediaire organisaties, zoals de Stichting SOA-bestrijding, veel voorlichting.
- Voor de preventie van hart- en vaatziekten en kanker is voorlichting over gezond leven, zoals gezonde voeding en voldoende bewegen, van belang. In paragraaf 1.2.1 is hier nader op ingegaan.

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

#### *Beleidseffecten*

Het bevorderen en beschermen van de volksgezondheid is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van het Rijk en lokale overheden. De verantwoordelijkheid van gemeenten is verankerd in de Gemeentewet en in de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV). Lokale voorzieningen van preventieve zorg dienen kwalitatief goed zijn en voor iedereen toegankelijk. Wij willen de toegankelijkheid bevorderen en de kwaliteit van lokale voorzieningen van preventieve zorg garanderen.

We streven op termijn naar de volgende effecten:

- De bestuurlijke slagkracht van gemeenten in het gezondheidsbeleid is versterkt.
- De deskundigheid en de capaciteit van de professionals werkzaam in de openbare gezondheidszorg is versterkt of vergroot.
- De fysieke en sociale omgeving van mensen draagt bij aan het bevorderen van hun gezondheid.
- De leef- en werkomgeving van mensen is zo gezond en veilig dat ze slechts een verwaarloosbaar risico hebben daarvan ziek te worden of dood te gaan.

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

- In 2003 hebben alle gemeenten, ondersteund door hun GGD'en, integraal gemeentelijk gezondheidsbeleid geformuleerd in een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid.
- In 2002 gaat de opleiding «Maatschappij en gezondheid» van start. Met ingang van 2003 starten jaarlijks 25 basisartsen met deze opleiding.
- Het streven is dat sociale geneeskunde in 2005 ten minste 10% van de basisopleiding van artsen uitmaakt.
- Het streven is het aantal bedrijven dat een preventief gezondheidsbeleid voert van 12% in 2000 te laten toenemen naar 25% in 2005.
- In vijftien regio's zijn er geformaliseerde samenwerkingsverbanden tussen arbo-artsen, huisartsen en specialisten in 2003. Daarnaast functioneren vier landelijke kenniscentra en dragen hiermee gezamenlijk zorg voor een landelijk dekkend netwerk van samenwerking en kennisuitwisseling over arbeidsgerelateerde aandoeningen.

- In 2005 is 75% van de bedrijfsartsen bekend met de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB).
- In 2003 lopen er drie pilots met de verwijfsfunctie voor bedrijfsartsen. Een formele verwijfsfunctie bekrachtigt de specifieke deskundigheid van deze beroepsgroep in arbeid en gezondheid. Naar verwachting zal een formele verwijfsfunctie bijdragen aan het sneller, effectiever en doelmatiger begeleiden en behandelen van zieke werknemers.

#### *Aard van de verantwoordelijkheid*

De verantwoordelijkheden van de rijksoverheid strekken zich uit tot het bevorderen van de kwaliteit en doelmatigheid van de collectieve preventie en het instandhouden van een adequate onderzoeks- en ondersteuningsstructuur voor GGD'en en gemeenten op het terrein van opleidingen en deskundigheidsbevordering. Hierbij dragen wij de systeemverantwoordelijkheid. Daarvoor verzorgt de rijksoverheid wet- en regelgeving, het inrichten van de bekostigingsstructuur voor de uitvoering en de interdepartementale en internationale samenwerking. Het toezicht op de uitvoering is in handen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Het is ook de verantwoordelijkheid van overheden, zowel landelijk als lokaal, om andere partijen zoals burgers, maatschappelijke organisaties en het bedrijfsleven te wijzen op hun verantwoordelijkheden en mogelijkheden voor een goede volksgezondheid.

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

##### *Subsidies*

- Diverse instellingen worden gesubsidieerd, waaronder de Netherlands School of Public Health (NSPH), de Nederlandse Public Health Federatie (NPHF) en de Koepel van artsen Maatschappij en Gezondheid. Ook worden diverse projecten en programma's gesubsidieerd. Zo ontvangt GGD NL een projectsubsidie voor het ontsluiten van kennis en inzichten uit de GGD-wereld en voor het versterken van de medische milieukundige functie van de GGD'en. Via de budgetten van ZONMw worden programma's op het terrein van arbeid en gezondheid (arbo-curatieve samenwerking, preventie) en de openbare gezondheidszorg mogelijk gemaakt. Innovatie in de openbare gezondheidszorg wordt mogelijk gemaakt door subsidieverlening vanuit het Fonds Openbare Gezondheidszorg.

##### *Wetgeving*

- Per 1 januari 2003 treden de gewijzigde Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) en daarmee samenhangende besluiten in werking. Er wordt naar gestreefd de Kwaliteitswet zorginstellingen van toepassing te verklaren op de gehele collectieve preventie.

##### *Convenanten*

- Het in 2001 getekende Nationaal Contract Openbare GezondheidsZorg geeft richting aan de samenwerking op landelijk, lokaal en regionaal niveau. In 2002 is de uitvoering van de afspraken begonnen. De beschikbaarheid van een monitor voor lokale en regionale gezondheid(szorg) gebaseerd op uniforme en vergelijkbare gegevens, heeft prioriteit. De monitor is in 2005 klaar. In het kader van het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen en het RIVM-rapport over gezondheid in de grote steden, is vastgelegd dat gezondheid zal worden opgenomen in de afspraken voor de tweede convenantsperiode van het grotestedenbeleid. De voorbereidingen hiervoor

vinden plaats in 2003 en 2004. Over de voortgang van het Actieprogramma Gezondheid en Milieu (april 2002) dat met het ministerie van VROM is opgesteld, zal aan de Tweede Kamer gerapporteerd worden.

#### *Onderzoek*

- Het Centrum voor Gezondheidsonderzoek Ongevallen en Rampen bij het RIVM wordt verder opgebouwd. Daarnaast verricht het RIVM voor ons onderzoek om meer inzicht te krijgen in de relatie tussen gezondheidseffecten en milieufactoren. Een belangrijk onderzoeksthema voor 2003 is het monitoren van de gezondheidseffecten van de luchthaven Schiphol.

#### **1.2.4 Het beschermen en bevorderen van de gezondheid van jeugdigen (0 tot 19 jaar)**

##### *Beleids effecten*

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) beoogt de gezondheid en de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van jeugdigen te bevorderen en te beschermen, op individueel en op populatieniveau. De jeugdgezondheidszorg voorziet daarmee in een aanbod van voorzieningen die zijn toegesneden op de lokale situatie. De voorzieningen zijn kwalitatief van een hoogwaardig niveau en voor iedereen toegankelijk.

Wij hebben de volgende concrete beleids effecten voor de Jeugdgezondheidszorg 0 tot 19 jaar voor ogen:

- De invoering van integrale jeugdgezondheidszorg 0 tot 19 jaar onder gemeentelijke regie per 1 januari 2003.
- Vanaf 1 januari 2003 wordt een basistakenpakket ingevoerd voor de jeugdgezondheidszorg 0 tot 19 jaar dat wettelijk verankerd is in de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV). Voor de uitvoering van dit basistakenpakket is vanaf 2003 € 16 mln. structureel extra beschikbaar. Binnen het pakket is een differentiatie aangebracht in een uniform deel en een maatwerkdeel. Daarmee komt een eind aan ongewenste verschillen in de uitvoering van de JGZ 0 tot 19 jaar, maar ontstaat tegelijk ruimte voor gerichte variatie op lokaal niveau. Door de wettelijke verplichting om het basistakenpakket uit te voeren, zal het bereik naar verwachting toenemen. Er wordt getracht een bereik te realiseren vergelijkbaar met het bereik van het Rijksvaccinatieprogramma. In 2007 zal een ex-postevaluatieonderzoek worden uitgevoerd naar de uitvoering en de bekostigingssystematiek van het basistakenpakket.
- Uitbreiding van het aantal standaarden in de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg.  
ZONMw is gevraagd nieuwe standaarden te ontwikkelen voor de jeugdgezondheidszorg. Naar verwachting zullen er jaarlijks drie standaarden ontwikkeld kunnen worden. Het streven is dat er in 2007 achttien standaarden zijn ontwikkeld.
- Een bijdrage leveren aan vermindering van de zuigelingensterfte in Nederland.  
De omvang van de zuigelingensterfte in Nederland ligt onder kinderen van twintigers en dertigers op ongeveer 5 per 1 000 levendgeborenen. De jeugdgezondheidszorg levert een belangrijke bijdrage aan de vermindering van de zuigelingensterfte door prenatale zorg, screenings en vaccinaties en voorlichting, advies, instructie en begeleiding.
- Versterking van de vroegsignalering van kinderen met een achterstand in fysieke, sociale, cognitieve of psychische ontwikkeling.

- De invoering van het basistakenpakket voor de jeugdgezondheidszorg heeft mede tot gevolg dat op basis van commitment, draagvlak en consensus van de betrokken partijen een landelijk registratie- en automatiseringssysteem zal worden ontwikkeld.
- Versterking van de opvoedingsondersteuning (onderdeel van het basistakenpakket JGZ).  
De opvoedingsondersteuning zal worden versterkt door de ontwikkeling van een standaard op dat terrein, scholing van het personeel en de systematische bundeling van de informatie ten behoeve van hulpverleners in de keten.
- Versterking van de samenwerking op lokaal niveau van gemeentelijke gezondheidsdiensten met thuiszorgorganisaties, voorschoolse voorzieningen, scholen en voorzieningen voor jeugd; samenwerkingsactiviteiten zullen worden vastgelegd in de lokale nota's gezondheidsbeleid.

#### *Aard van de verantwoordelijkheid*

Doordat de regie voor de jeugdgezondheidszorg integraal bij de gemeenten neergelegd wordt, wordt de samenhang sterk bevorderd. Gemeenten zijn het best in staat om een samenhangend beleid te voeren tussen jeugdgezondheidszorg en de andere lokale jeugdvoorzieningen zoals voor- en voegschoolse opvang, kinderopvang, onderwijs en jeugdzorg. Vanuit haar systeemverantwoordelijkheid is de rijksoverheid verantwoordelijk voor de invoering van het basistakenpakket en het toezicht op de uitvoering hiervan. De gemeenten en de uitvoeringsorganisaties zijn verantwoordelijk voor de (kwaliteit) van de uitvoering en de uiteindelijke resultaten.

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

##### *Subsidies*

- Er worden subsidies verleend aan diverse projecten voor de ontwikkeling, innovatie en implementatie van de gewijzigde Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) en het Besluit Jeugdgezondheidszorg.

##### *Specifieke uitkeringen*

- Vanaf 2003 zal, naar verwachting, het uniforme deel van het basistakenpakket worden gefinancierd via een specifieke regeling. Het beschikbare budget voor ouder-kindzorg binnen het Fonds Algemene en Bijzondere Ziektenkosten zal hiervoor worden overgeheveld naar de rijksbegroting. Daarnaast is vanaf 2003 structureel € 16 mln. extra beschikbaar.

##### *Wetgeving*

- Wijziging van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV), zodat gemeenten wettelijk verplicht zijn het basistakenpakket uit te voeren. De wet treedt per 1 januari 2003 in werking. Op basis van deze wet wordt per 1 januari 2003 een Besluit Jeugdgezondheidszorg ingesteld.

##### *Convenanten*

- Op 27 mei 2002 hebben de VNG en de Landelijke Vereniging van Thuiszorg met VWS een convenant ondertekend. In dit convenant zijn afspraken gemaakt over de invoering van het basistakenpakket, de financiering, registratie en de kwaliteitsaspecten.

#### *Overleg*

- Met de VNG, GGD Nederland en de landelijke Vereniging van Thuiszorg wordt overleg gevoerd over de uitvoering van de jeugd-gezondheidszorg (regievoering, basistakenpakket, Platform, registratie- en monitorsysteem en elektronisch dossier).

#### *Onderzoek*

- In 2003 is het onderzoek naar een adequaat landelijk registratiesysteem en elektronisch dossier gereed. Ook wordt onderzoek gedaan naar de uitvoeringsstandaarden voor de JGZ.

#### *Voorlichting*

- Er worden diverse voorlichtingsbijeenkomsten voor zowel bestuurders als beroepsgroepen voor de implementatie van het basistakenpakket JGZ belegd.

### **1.2.5 Het instandhouden en waar nodig verhogen van het huidige niveau van de bescherming van de gezondheid en veiligheid van de consument**

Het instandhouden en waar nodig verhogen van het huidige niveau van de bescherming van de gezondheid en veiligheid van de consument kent de deelterreinen Productveiligheid en letselpreventie en Voedselveiligheid. De laatste kan weer onderverdeeld worden in Voeding en levensmiddelen en Veterinair beleid en levensmiddelenhygiëne.

#### *Aard van de verantwoordelijkheid*

Voor *product- en voedselveiligheid* is sprake van systeemverantwoordelijkheid. De overheid stelt een kader van norm- en regelgeving in met name de Warenwet, de Vleeskeuringswet en de Bestrijdingsmiddelenwet. Binnen dat wettelijke kader is de producent echter primair verantwoordelijk voor het op de markt brengen van veilige levensmiddelen. Voor *letselpreventie* scheppen wij de randvoorwaarden door middel van subsidies aan onder andere de Stichting Consument en Veiligheid (SCV), door onderzoek en door het bevorderen van normen voor producten als onderdeel van een veilige omgeving. Daarnaast voeren we met andere ministeries (VROM en BZK) en gemeenten overleg om letselpreventie in hun beleid mee te nemen. Samen met de genoemde ministeries schakelen wij uitvoeringsorganisaties in, waaronder de SCV, om het uiteindelijke doel te bereiken. De SCV schakelt op haar beurt GGD'en, scholen, bedrijfsleven, sportorganisaties en zorginstellingen in. Belangrijke exogene factoren die van invloed zijn op de te bereiken effecten zijn: de vergrijzing, de veranderende samenstelling, de toegenomen welvaart, risicozoekend gedrag en vergrote mobiliteit/activiteit van de Nederlandse bevolking.

#### **a. Productveiligheid en letselpreventie**

##### *Beleidseffecten*

Doelstelling van het beleid voor productveiligheid en letselpreventie is om de veiligheid en gezondheid van de mens in zijn privé-sfeer (thuis, recreatie, school, sport) te beschermen.

Jaarlijks worden ongeveer 2,4 miljoen Nederlanders medisch behandeld na een ongeval in de privé-sfeer. Meer dan 2000 mensen komen te overlijden, 70 000 worden opgenomen in een ziekenhuis en 700 000 behandeld op de Spoedeisende Hulpafdeling (SEH-afdeling) van een



ziekenhuis<sup>1</sup>. De kosten van medische behandeling alleen bedragen meer dan 4% van het totale gezondheidszorgbudget<sup>2</sup>. Ongevallen in en om het huis kunnen worden voorkomen door een mix van maatregelen die gericht zijn op het wegnemen van onaanvaardbare risico's (waaronder onveilige producten) en op het bevorderen van veilig gedrag. Het aantal ongevallen vertoont een stijgende lijn, met name door de snel veranderende leeftijdsopbouw van de bevolking maar ook door toename van risicozoekend gedrag, meer activiteiten en verminderd toezicht. Jaarlijks vinden zo'n 390 000 productgerelateerde ongevallen plaats in de privé-sfeer. Daarnaast zijn aan sommige producten langetermijngezondheidsrisico's verbonden (chemische stoffen in producten, straling, microbiële risico's).

Effecten op dit beleidsterrein worden onder meer bereikt door normstelling aan producten.

Toereikende handhavings- en signaleringsinspanningen van de Keuringsdienst van Waren (KvW) voor de naleving van de wettelijke productnormen en risico's van producten zijn van wezenlijk belang voor een adequaat productveiligheidsniveau.

Daarnaast is het gedrag van de consument een bepalende factor bij het voorkomen van ongevallen. Het gedrag van consumenten wordt vooral beïnvloed door voorlichting. Effecten worden in de regel pas op de lange termijn zichtbaar.

Wij streven naar de volgende effecten:

- De stijgende lijn in het aantal privé-ongevallen moet worden doorbroken in de periode 2003–2006. In het jaar 2006 zal het aantal ongevallen terug moeten zijn op het niveau van de eerste helft van de jaren negentig (700 000);
- Ook de stijgende lijn in het aantal ongevallen met zeer jonge kinderen moet omgebogen worden: van 6 200 naar 6 000–5 900 SEH-behandelingen per 100 000 kinderen in 2006. In 2003 tot en met 2006 zal met name het voorkomen van verdrinkingsongevallen centraal staan;
- De doelstelling voor het aantal medisch behandelde acute sportblessures vanuit het meerjarenprogramma Sport Blessure Vrij is een reductie van 10% in vijf jaar: van 874 000 in 1997/1998 naar 787 000 in 2006.
- Jaarlijks vinden in de privé-sfeer 1700 ongevallen plaats door branden. Het aantal ernstig gewonden is ongeveer 800<sup>2</sup>. Dit is een stijging met 30% in de laatste vijf jaar. Er moet een significante vermindering van het aantal doden en gewonden komen. De in voorbereiding zijnde nota «Integraal veiligheidsprogramma» (IVP2) van het ministerie van BZK zal de hiervoor beoogde doelstelling aangeven;
- Het inzicht in de toepassing van de vele duizenden chemische stoffen in consumentenproducten en de effecten daarvan op de gezondheid, moet worden vergroot. Dit om de risico's beter beheersbaar te maken. Binnen een periode van twintig jaar zal geen stof meer mogen worden toegepast, tenzij is vastgesteld dat deze geen nadelige effecten heeft;
- Het inzicht in met name de langetermijneffecten van zowel laagfrequente (gsm) als hoogfrequente (huishoudelijke apparatuur) elektromagnetische straling zal in 2003 zodanig zijn vergroot dat er in de daaropvolgende jaren (zo nodig) onderbouwde productveiligheidsmaatregelen kunnen komen. Ook zal onderzoek worden uitgevoerd naar langetermijngezondheidseffecten van deze straling ter uitvoering van de motie-Wagenaar;
- In 2003 zal door onderzoek inzicht zijn verkregen in het voorkomen van legionella in woninginstallaties.

<sup>1</sup> Bron: *Consument en Veiligheid. Ongevallen in getallen*. Consument en Veiligheid, Amsterdam, 2000.

<sup>2</sup> W.J. Meerding, E. Birnie, S. Mulder, et al. *Kosten van letsels door ongevallen in Nederland*. Stichting Consument en Veiligheid. Amsterdam, 1999.

<sup>2</sup> Bron: CBS brandweerstatistiek.

*Subsidies*

- Een jaarlijkse instellingssubsidie van € 3,0 mln. wordt verleend aan de Stichting Consument en Veiligheid (SCV). Deze subsidie wordt gebruikt om voorlichtingsinstrumenten te ontwikkelen, een kennisdatabank te beheren, letsel-monitoringsystemen (ook Europees), onderzoek, productnormvoorstellen, de ontwikkeling en uitvoering van interventieprogramma's gericht op gedragsbeïnvloeding en het bevorderen van een veilige omgeving. Het Nederlands Normalisatie Instituut (NEN) ontvangt een jaarlijkse projectgerichte financiering voor de (mede)ontwikkeling van Europese veiligheidsnormen van € 0,16 mln.
- Voorts worden subsidies verleend in het kader van de Strategie Omgaan met Stoffen (SOMS)-doelstelling en het verkrijgen van inzicht in de langetermijneffecten van elektromagnetische straling.

*Wetgeving*

- In 2003 zal de eind 2001 gewijzigde Warenwet met de integraal opgenomen productwetgeving van SZW met veiligheidseisen in de gebruiksfase volledig in werking treden. Het Warenwetbesluit met onder meer tatoeages en piercings treedt in 2003 in werking. Hetzelfde geldt voor het Warenwetbesluit brandveiligheid kleding. Ook zal de wijziging van de Warenwet voor de implementatie van de nieuwe Algemene productveiligheidsrichtlijn (met de product recall, meldingsplicht van onveilige producten voor het bedrijfsleven en een belangrijkere status voor Europese normen) worden afgerond. De evaluatie van het Besluit veiligheid van attractie- en speeltoestellen in 2002, geeft aanleiding het besluit in 2003 op onderdelen aan te passen. In het kader van de Europese normalisatie zal verder worden gewerkt aan het ontwikkelen van normen voor productgroepen bestemd voor specifieke doelgroepen (ouderen, kinderen) en producten met een hoge ongevalbetrokkenheid. Ook zal worden bezien of een Warenwet-regeling voor legionella in niet-waterleidinggebonden systemen wenselijk is. Voorts zullen diverse nieuwe en scherpere wettelijke normen worden vastgesteld voor de toepassing van chemische stoffen in consumentenproducten, waaronder cosmetica, textiel, speelgoed en kinderartikelen en bestrijdingsmiddelen.

*Overleg*

- Om de normstelling voor veilige producten en de bevordering van de veiligheid van de overige fysieke omgevingsfactoren te optimaliseren en veilig gedrag van de consument te bevorderen, wordt overleg gevoerd met het bedrijfsleven, consumenten- en milieuorganisaties (SCV) en ministeries als SZW, EZ, VROM, BZK en VenW.

*Onderzoek*

- Vanuit de basissubsidie doet de SCV structureel onderzoek naar (effectiviteit van) gedragsbevorderende interventies en voert zij risicobeoordelingen uit inzake fysieke omgevingen (waaronder producten). In het komend jaar zal onderzoek gedaan worden naar langetermijnrisico's elektromagnetische straling, de brandveiligheid van huishoudelijke apparatuur en versieringsmateriaal, legionella in woningen en het gebruik van desinfectantia in zorginstellingen. Ook vindt onderzoek door het RIVM plaats naar de risico's van chemische stoffen voor de gezondheid waaronder de toepassing in consumentenproducten in het kader van de uitvoering van de SOMS-nota.

Via ZONMw wordt innovatief onderzoek naar gedragsbevorderende interventies, via het lopende programma Gezond Leven, gestimuleerd.

#### *Voorlichting*

- De SCV geeft vanuit de basissubsidie op vele terreinen voorlichting gericht op bevordering van veilig gedrag maar ook over de veiligheid van de fysieke omgeving, de organisatie binnen die omgeving en adviezen over productveiligheid.

### **b. Voedselveiligheid**

#### **Voeding en levensmiddelen**

##### *Beleids effecten*

Doelstelling op het terrein van voeding en levensmiddelen is het beschermingsniveau van de gezondheid van de consument te versterken en te handhaven. In Nederland bestaat een hoog beschermingsniveau van de consument. De recente crises hebben echter ook de kwetsbaarheid van het systeem getoond. Het beleid is daarom gericht op de versterking van het voedselveiligheidsysteem. Dit wordt onder meer gerealiseerd door de instelling van een Voedsel en Waren Autoriteit (VWA). Met de instelling van deze Autoriteit heeft de overheid een sterke, onafhankelijke organisatie in het leven geroepen die met name belast is met de regie over de handhaving, het onderzoek en de communicatie. Verder zullen, waar nodig, normen worden aangescherpt, met name op de terreinen van chemische en microbiologische verontreiniging van levensmiddelen. Het beleid voor normstelling zal zich uitstreken over de gehele productieketen. Ten slotte zal de communicatie naar de consument over risico's en voedselveiligheid worden versterkt.

Wij streven de volgende effecten na:

- De gehaltes van dioxines in levensmiddelen zijn de afgelopen jaren gedaald en wij streven ernaar deze daling door te laten zetten. Via brongerichte maatregelen wordt naar deze verdere verlaging gestreefd. De monitoringgegevens zullen in 2003 worden gebruikt om de effectiviteit van de maatregelen te toetsen. Er is een verbod afgekondigd op de aanwezigheid van salmonella in eieren en een waarschuwing op het etiket van pluimveevlees voor de mogelijke aanwezigheid van pathogenen.
- In EU-verband wordt gewerkt aan de aanscherping van de etiketteringseisen van genetisch gemodificeerde organismen (ggo's). Deze eisen kunnen alleen gehandhaafd worden als het bedrijfsleven goede traceerbaarheidssystemen ter beschikking heeft. VWS heeft een overzicht opgesteld van de verschillende mogelijke traceerbaarheidssystemen en dat aan de Kamer ter beschikking gesteld (Brief «Onderzoek naar traceerbaarheid van ggo's» d.d. 18-1-2002, kenmerk GZB/VVB 2 250 878). Momenteel worden de kosten van dergelijke systemen in kaart gebracht. In 2003 zullen aanvragen voor nieuwe voedingsmiddelen en nieuwe voedsel ingrediënten in het kader van de Europese regelgeving in Nederland worden behandeld, waaronder ggo's. De Gezondheidsraad is het beoordelende orgaan.

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

##### *Subsidies*

- Actieve publieksvoorlichting wordt in opdracht van het ministerie van VWS en het ministerie van LNV uitgevoerd door de Stichting

Voedingscentrum Nederland. Het komende jaar zal de campagne gericht op het innemen van foliumzuurprofylaxe door vrouwen met een zwangerschapswens ter voorkoming van baby's met een open ruggetje worden geïntensiveerd. De totale subsidie voor de Stichting Voedingscentrum Nederland bedraagt € 1,32 mln. in 2003. Een belangrijk beleidsinstrument voor zowel het voedselveiligheidsbeleid als het voedingsbeleid is de VoedselConsumptiePeiling. In 2003 zal een vierde peiling worden opgezet, en met de uitvoering worden begonnen. Hiermee is een bedrag van € 0,5 mln. gemoeid. De Allergenen databank zal worden gemoderniseerd.

#### *Wetgeving*

- In Europees verband is een Richtlijn voor voedingssupplementen, zoals vitamines en mineralen tot stand gekomen. De specifiek gezondheidsbevorderende levensmiddelen op het snijvlak van geneesmiddelen en voedingsmiddelen zullen in 2003 veel beleidsinspanning vragen. De komende tijd zullen de KAG-code (code voor gezondheidsproducten) en de Gedragscode voor het gebruik van gezondheidsclaims van het Voedingscentrum, die zich beide richten op het gebruik van gezondheidsclaims voor voedingsmiddelen ineen worden geschoven.

#### *Overleg*

- In EU-verband wordt mede op aandringen van Nederland in 2003 een voorstel besproken om te komen tot een regeling van gezondheidsclaims in voedingsmiddelen.

#### *VWA*

- Met de instelling van een Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) is een sterke onafhankelijke organisatie gerealiseerd op het gebied van de Voedselveiligheid. Begin 2002 heeft het kabinet besloten de taken van de nieuwe autoriteit aanzienlijk te verzwaren en te verbreden en de organisatie beheersmatig onder te brengen bij VWS. Cruciaal hierin is het besluit dat de Keuringsdienst van Waren (KvW) en de Rijksdienst voor de keuring van Vee en Vlees (RVV) ondergebracht zijn in één organisatie. VWS en LNV zullen beide als opdrachtgever van de VWA optreden. In 2002–2003 zal de VWA verder worden vormgegeven.

### **Veterinair beleid en levensmiddelenhygiëne**

#### *Beleidseffecten*

Doelstelling van het veterinair- en levensmiddelenhygiënebeleid is te streven naar een hoog niveau van bescherming van de consument. Dit kan worden bereikt door beleidsontwikkeling gericht op het vaststellen van gezondheidsnormen in iedere schakel van de productieketen van voedingsmiddelen van dierlijke oorsprong.

Wij streven naar de volgende effecten:

- In de gehele keten wordt de microbiologische veiligheid van levensmiddelen bevorderd. Hierbij is het doorbreken van de kringloop van ziekten die van dier op mens overgaan (zoönosen) van essentieel belang. Een van de meest in het oog springende ziekten is BSE (Boviene Spongiforme Encephalopathie).
- Bij het gebruik van diergeneesmiddelen dient rekening gehouden te worden met de gezondheidsaspecten ten gevolge van eventuele resten die achterblijven in voedingsmiddelen.
- Dierlijke bijproducten die in de productieketen ontstaan, zoals kadavers

van landbouwhuisdieren en slachtbijproducten, dienen op een veilige manier onschadelijk gemaakt te worden.

- Het gebruik van proefdieren dient verantwoord plaats te vinden en het aantal dierproeven moet gereduceerd worden.
- In het algemeen moet de hygiëne bij de productie en verwerking van voedsel bevorderd worden.

Hiertoe ondernemen wij de volgende activiteiten:

- Naar verwachting komt in 2003 nieuwe Europese regelgeving tot stand waarmee de ziektekiemen die van dier naar mens overgaan gerichter kunnen worden aangepakt. De resultaten worden gemeten in termen van het aantal voedselinfecties bij de mens en de mate waarin de ziektekiemen in de veestapel voorkomen.
- Net als in het voorgaande jaar worden in 2003 alle runderen ouder dan 24 maanden bij de slacht met een zogenoemde snelle test onderzocht op besmetting met BSE.
- Bij schapen en geiten komt Scrapie voor, een ziekte die op BSE lijkt. Scrapie zou BSE mogelijk zelfs kunnen maskeren. Om hier meer zicht op te krijgen worden net als in 2002 ook in 2003 steekproefsgewijs schapen en geiten die ouder zijn dan 18 maanden onderzocht met de snelle BSE test die geen onderscheid maakt tussen Scrapie en BSE. Alle schapen die positief worden getest worden vernietigd. Bij positieve snelle tests, waarvan deskundigen vinden dat er sprake zou kunnen zijn van BSE, moet bevestigingsonderzoek uitmaken of het om BSE of Scrapie gaat. Dit bevestigingsonderzoek duurt circa twee jaar.
- Het regeringsstandpunt over het advies van de Gezondheidsraad over voedselinfecties (Tweede Kamer, vergaderjaar 2001–2002, 26 991, nr. 64) is aan de Tweede Kamer gezonden. Veel aspecten van het advies leiden tot extra onderzoek om tot de gewenste reductie in voedselinfecties te komen. Ook zal in 2003 met name in Europees verband de mogelijkheid gezien worden onder welke voorwaarden ontsmetting toegepast kan worden bij voedingsmiddelen.
- Proeven op mensapen zijn in 2002 verboden. De in Nederland in het Biomedical Primate Research Centre (BPRC) in Rijswijk gehuisveste gezonde mensapen zullen worden overgebracht naar huisvesting van de Stichting AAP in Spanje. De met HIV besmette apen gaan naar huisvesting van de Stichting AAP in Almere.

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

##### *Subsidies*

- In verband met het verbod van proeven op mensapen zullen wij voor € 1,5 mln. bijdragen in de kosten voor de huisvesting van de apen.

##### *Wetgeving*

- In Europees verband wordt gewerkt aan een zeer omvangrijk wetgevingsproject. Hiermee wordt beoogd de communautaire wetgeving op het gebied van de levensmiddelenhygiëne te consolideren, bij te werken en te vereenvoudigen. In de verordening worden algemene hygiënevoorschriften opgenomen voor alle levensmiddelen en alle exploitanten van bedrijven die levensmiddelen produceren, ook in de primaire sector.

### **1.2.6 Het toerusten en ondersteunen van gebruikers van de zorg, zodat zij hun wensen en behoeften zo veel mogelijk zelf kunnen benoemen**

#### *Beleidseffecten*

De operationele beleidsdoelstelling is het toerusten en ondersteunen van gebruikers van de zorg. Om deze doelstelling te verwezenlijken zullen in 2003 de activiteiten uit de nota «Met zorg kiezen» (Kamernummer 2000–2001, 27 807, nr. 2) verder worden uitgevoerd. De doelstelling van deze nota is mensen die gebruikmaken van zorg toe te rusten of te ondersteunen bij het maken van keuzes in de zorg of verzekeringen. Deze toerusting moet ertoe leiden dat zorggebruikers hun vragen en behoeften zo kunnen formuleren dat zorgaanbieders en verzekeraars hier (nog) meer rekening mee houden. Mensen die gebruikmaken van zorg worden zodanig toegerust dat zij in veel situaties zelf actief bevorderen dat de zorg beter aansluit bij hun vragen en behoeften.

De toerusting zal op vijf niveaus plaatsvinden:

1. een adequate rechtspositie van zorggebruikers;
2. actuele, toegankelijke en betrouwbare informatie zodat zorggebruikers zicht krijgen op de kwaliteit van de dienstverlening in de zorg en bij verzekeraars;
3. onafhankelijke, betrouwbare en laagdrempelige vormen van advies en begeleiding;
4. individuele en collectieve inkoopmacht;
5. de aanwezigheid van collectieve onderhandelingsmacht die representatief is voor zorggebruikers en transparant handelt.

#### *Aard van de verantwoordelijkheid*

Wij zijn op dit terrein systeemverantwoordelijk. Met de activiteiten op de vijf toerustingsniveaus scheppen wij randvoorwaarden waarmee mensen die gebruikmaken van zorg of degenen die namens hen optreden zelf actief bevorderen dat de zorg beter aansluit bij hun vragen en behoeften.

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

1. Rechtspositie

#### *Subsidie en wetgeving*

- In 2002 zal een implementatieplan aan de Tweede Kamer worden gezonden waarin de samenhang tussen de bestaande wet- en regelgeving op het terrein van patiënten- en kwaliteitsbeleid verder wordt ontwikkeld en een vertaling plaatsvindt naar de dagelijkse praktijk van de zorg. Zo nodig zal aanpassing van wetgeving plaatsvinden. In 2003 zal dit implementatieplan er worden uitgevoerd. Hiervoor is een bedrag van € 0,45 mln. beschikbaar.

2. Consumenteninformatie

#### *Subsidie*

Voor deze activiteiten op het toerustingsniveau consumenteninformatie is een bedrag van € 0,45 mln. beschikbaar.

#### *Wetgeving*

- In 2003 zal gewerkt worden aan een kaderwetgeving waardoor het mogelijk wordt voor de minister om in te grijpen indien zorgaan-

bieders en zorgverzekeraars niet uit eigen beweging informatie beschikbaar stellen over de kwaliteit van het aanbod en de dienstverlening.

#### *Informatieconvenanten*

- In 2002 en 2003 zullen informatieconvenanten worden gesloten met vertegenwoordigers van patiënten/consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars over het beschikbaar stellen van vergelijkende informatie over de kwaliteit van het zorgaanbod en zorgverzekeringen én de dienstverlening van zorginstellingen en zorgverzekeraars.

#### *Overleg*

- In 2002 en 2003 wordt gebouwd aan een programmatische (structurele) informatievoorziening voor consumenten over ziekten en aandoeningen. Dit moet in 2003 leiden tot één portal op het internet voor informatie over ziekte, gezondheid en kwaliteit van zorg, afspraken met leveranciers van informatie op dit gebied en afspraken over de benodigde technische infrastructuur (content management). De Gezondheidskiosk maakt hier deel van uit.

#### *Onderzoek*

- Fundament onder een consistent stelsel van consumenteninformatie zijn prestatie-indicatoren. De uitwerking van deze indicatoren zal in 2002 en 2003 plaats vinden.

### 3. Advies en begeleiding

#### *Onderzoek*

- In 2003 zal in beeld worden gebracht wat de behoefte van zorggebruikers is aan advies en begeleiding bij de keuze uit het zorgaanbod en zorgverzekeringen in relatie tot het beschikbare aanbod; met name voor zorggebruikers die niet in staat zijn om zelfstandig keuzen te maken in de zorg.

### 4. Inkoopmacht

#### *Experiment*

- In 2003 zal een experiment worden gestart waarin (delen) van PGB's worden gebundeld voor het realiseren van inkoopmacht.

### 5. Onderhandelingsmacht

#### *Subsidie*

- In 2002 en 2003 zal de Consumentenbond in opdracht van het ministerie een experiment uitvoeren met een company report card voor zorgverzekeraars op de Nederlandse markt.
- In 2002 is verder een onderzoek gedaan naar de structuur van de patiënten/consumentenbeweging op regionaal niveau. Op basis van dit onderzoek zullen de Regionale Patiënten/Consumenten Platforms (RP/CP's) in 2003 gaan werken aan een verdere professionalisering van hun organisaties en hun relaties met de landelijke patiënten/consumentenbeweging. Van 2003 tot 2006 zullen gelden ter beschikking worden gesteld zodat deze organisaties in het kader van de modernisering van de curatieve zorg en modernisering van de zorg in de verpleging en verzorging ouderen activiteiten kunnen uitvoeren. Hiervoor is een bedrag beschikbaar van € 3,9 mln.

#### *Bijdragen aan ZBO*

- Vanaf 1 januari 2003 is de Stichting Patiëntenfonds een zelfstandig bestuursorgaan (ZBO). Dit ZBO zal in 2003 een bedrag van circa € 22 mln. ontvangen voor de subsidiëring van landelijk werkzame patiënten-, gehandicapten-, en ouderenorganisaties. Het fonds zal vanaf 2003 de koepelorganisaties in de patiënten/consumentenbeweging op een meer prestatiegerichte wijze financieel ondersteunen op basis van functies, producten en diensten die ze inzichtelijk hebben gemaakt. Ook zal bij deze koepelorganisaties een begin worden gemaakt met een meer vraaggestuurde financiering, door middel van bottom-up financiering door de aangesloten leden. Het fonds zal ook de subsidiëring van de RP/CP's voor de modernisering van de curatieve zorg en de verplegings- en verzorgingszorg van ouderen voor haar rekening nemen. Verder zal het fonds vanaf 2003 een investeringsbankfunctie (investeren in verdere ontplooiing van patiënten/consumentenbeweging) en een monitoringfunctie gaan uitvoeren.

#### *Overleg*

- Zorgverzekeraars Nederland zal in samenspraak met de Consumentenbond en de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF) een keurmerk opstellen voor goed verzekeraarschap.

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

#### *Beleidseffecten*

Met het beleid voor projecten, experimenten en onderzoek (PEO-beleid) regisseren wij de besluitvorming over en prioritering van middelen voor onderzoek en ontwikkeling. Met dit programmeringsinstrument beogen we een betere aansluiting van onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten op beleidsmatige en maatschappelijke doelen en meer inhoudelijke samenhang. Doordat programmering plaatsvindt in samenspraak met deskundigen en sleutelfiguren in het veld verbetert de kwaliteit van de projecten, experimenten en onderzoeken, en wordt met name de bruikbaarheid van resultaten vergroot. De onderzoeksprogrammering heeft een breder bereik dan alleen de gezondheidsbevordering en -bescherming en bestrijkt ook de cure en de care. Het beslaat immers het gehele gebied van volksgezondheid en zorg. De inzet van PEO-middelen heeft dan ook een directe relatie met andere (operationele) doelstellingen.

In 1998 is ZorgOnderzoek Nederland formeel opgericht. De feitelijke ZON-werkzaamheden startten op kleine schaal reeds in 1996/97. In 2001 is het bureau van ZON samengegaan met het bureau van NWO-MW. Daarom wordt in de teksten van deze beleidsbegroting gesproken over de organisatie «ZONMw».

De opdrachtverlening voor de ontwikkeling van programma's vanuit VWS naar ZONMw, kwam vanaf de start van ZONMw snel op gang. Het duurde echter ongeveer 1,5 tot 2 jaar voordat de eerste programma's resulteerden in projecten, die door ZONMw waren uitgezet en betaald. Dit leidde ertoe dat ZONMw snel over grote reserves beschikte. Omdat wij dit ongewenst achtten, is eind 1999 in overleg met ZONMw besloten de bevoorschotting vanuit VWS zodanig in te richten dat grote reserves voorkomen konden worden. Ook moest er een beter zicht komen op de voortgang van de programmering en de daarmee gepaard gaande uitgaven. De project-



administratie bij ZONMw bleek niet op orde te zijn en het tempo waarin projecten konden starten, bleek te optimistisch ingeschat door ZONMw. In een gesprek tussen ZONMw en VWS in november 2001 is afgesproken dat ZONMw de financiële functie op korte termijn zou versterken en het projectadministratiesysteem zou verbeteren. De verbetering van de projectadministratie zou mei 2002 zijn afgerond. Tevens is opdracht gegeven tot een extern onderzoek naar de financiële relatie tussen VWS en ZONMw met als centrale vraag welke structurele of incidentele oorzaken er ten grondslag lagen aan de achterblijvende liquiditeitsbehoefte van ZONMw om vervolgens de sturingsrelatie tussen VWS en ZONMw te kunnen verbeteren.

In een tussentijdse rapportage deed het onderzoeksbureau de uitspraak dat de aanname redelijk was dat het uitgavenpatroon voor de programmakosten ZONMw zich zou stabiliseren op € 28,6 mln. per jaar. Tegelijkertijd werd hierbij aangegeven dat hiervoor geen goede prognose kon worden gegeven. Om die reden was het advies een additioneel surplus te reserveren. Dit advies hebben wij niet overgenomen omdat tegenover het opwaarts bijstellen van de begroting geen concrete verplichtingen stonden. Omdat er nog voldoende liquide middelen waren bij ZONMw, is besloten het budget voor ZONMw-programmering in 2002 eenmalig naar € 21 mln. te verlagen en vanaf 2003 structureel naar € 28,6 mln. Dit is in de eerste suppletore wet 2002 opgenomen.

ZONMw is op dit moment nog volop bezig met het op orde brengen van de projectadministratie. In overleg met VWS is een liquiditeitsraming voor 2003 en verder opgesteld. Hieruit is naar voren gekomen dat de middelen zoals gereserveerd bij 1e suppletore wet 2002 onvoldoende zijn om de lopende programmering alsmede enkele belangrijke nieuwe programma's te kunnen financieren in de jaren 2003 en 2004. Bij de behandeling van de financiële verantwoording over het jaar 2001 heeft de Tweede Kamer nadrukkelijk te kennen gegeven dat er voor de programma's zoals die worden uitgevoerd door ZONMw voldoende middelen beschikbaar moeten zijn. Gegeven deze wens, hebben wij besloten om in de jaren 2003 en 2004 extra middelen binnen de begroting van VWS vrij te maken voor de lopende programmering alsmede deze prioritaire nieuwe programma's. Voor 2003 is dat € 18,5 mln. en voor 2004 € 7,5 mln. Er wordt op basis van een meer recente liquiditeitsraming nog gezien wat de financiële gevolgen voor het uitvoeringsjaar 2002 zijn. Uitgangspunt is, conform eerdere toezegging, dat er op het in 2002 lopende onderzoek niet bezuinigd wordt.

Ondertussen worden in 2002, in overleg met ZONMw, verbeteringen in de sturing tussen VWS en ZONMw aangebracht. In 2003 zal deze nieuwe meer resultaatgerichte werkwijze operationeel moeten zijn. Dit zal tot effect hebben dat er meer zicht komt op de te verwachten prestaties in termen van kennis en de implementatie van kennis in beleid, de preventie- en zorgsector. Ook ontstaan meer mogelijkheden voor bijsturing, mocht tussentijds blijken dat de onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten niet het beoogde resultaat opleveren. Verder zal in 2003 de evaluatie van ZONMw in gang worden gezet, volgens de wet op de Zorgorganisatie Nederland. Deze evaluatie richt zich op de doeltreffendheid en doelmatigheid van de organisatie. Op basis van deze evaluatie zullen de afspraken met ZONMw eventueel worden bijgesteld. De resultaten van ZONMw-programma's, die in 2003 beschikbaar komen, zullen alle overgedragen worden aan de preventie- en zorgsector en voorzover relevant benut worden in ons beleid. Voor deze overdracht formuleert ZONMw communicatie- en

informatieplannen. Desgewenst zullen wij actief bijdragen aan het realiseren van de implementatie van nieuwe inzichten in de preventie- en zorgsector.

#### *Aard van de verantwoordelijkheid*

In het proces van programmeren is het bepalen van de terreinen waarop projecten, experimenten en onderzoek dienen plaats te vinden onze verantwoordelijkheid. Ook zijn wij verantwoordelijk voor het formuleren van de doelstellingen, die met de onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten gerealiseerd dienen te worden. Het gaat om het verschaffen van instrumenten aan de preventie- en zorgsector om de kwaliteit, doelmatigheid en doeltreffendheid van preventie en zorg te verhogen. Het uitvoeren van de programmering is in handen gelegd van andere organisaties. Deze organisaties zijn verantwoordelijk voor het ontwikkelen van programma's op basis van de door ons geformuleerde doelstellingen, het doen uitvoeren, subsidiëren en monitoren van de projecten en het effectief overdragen van de ontwikkelde kennis aan de sector. Hiervoor stellen wij programmabudgetten beschikbaar, in het bijzonder aan ZONMw.

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

#### *Subsidies*

- Bijdrage aan ZONMw. Jaarlijks formuleren wij een samenhangende opdracht voor programmering aan ZONMw. Deze opdracht kent voldoende evenwicht tussen de te onderscheiden aandachtsgebieden preventie en zorg. Via periodieke rapportages van ZONMw zullen wij de voortgang bewaken, zowel inhoudelijk als financieel.
- Bijdrage NWO-MW. Jaarlijks formuleren wij opdrachten aan NWO. Wij streven ernaar om de opdrachtverlening zo veel mogelijk te laten aansluiten bij de werkwijze met het ZONMw-deel.

### **1.3 Budgettaire gevolgen van beleid**

#### **Bedragen x € 1000**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Verplichtingen</b>	125 229	179 329	128 556	126 611	114 583	118 945	155 076
<b>Uitgaven (totaal)</b>	<b>102 030</b>	<b>220 061</b>	<b>185 275</b>	<b>167 090</b>	<b>154 856</b>	<b>155 127</b>	<b>155 076</b>
<b>Programmauitgaven (totaal)</b>	97 622	214 997	179 235	161 391	149 284	149 555	149 504
Gedraggerichte gezondheidsbevordering		19 262	19 228	19 306	19 216	19 476	19 476
Voorkoming/opsporing van (niet)infectieziek		85 744	12 307	12 282	12 272	12 145	12 099
Kwaliteit lokaal gezondheidbeleid en ggd'en		7 945	9 494	9 084	6 338	6 346	6 346
Hoogwaardige jeugdgezondheidszorg (0 tot 19 jaar)		17 535	16 725	16 725	16 725	16 725	16 725
<i>Waarvan specifieke uitkeringen</i>		17 535	16 725	16 725	16 725	16 725	16 725
Consumenten- en productveiligheid		10 155	22 775	17 207	16 597	16 242	16 242
Positie patiënt en patiëntenbeweging		26 632	23 657	23 643	23 172	23 187	23 182
<i>Waarvan bijdrage aan ZBO's</i>		1 300	1 300	1 300	1 300	1 300	1 300
Projecten, experimenten en onderzoek		47 684	75 049	63 144	54 964	55 434	55 434
<i>Waarvan bijdrage aan ZBO's</i>		6 560	6 560	6 560	6 560	6 560	6 560
<b>Apparaatsuitgaven</b>	4 408	5 064	6 040	5 699	5 572	5 572	5 572
<b>Ontvangsten</b>	12 447	6 274	7 274	8 074	8 074	8 074	8 074

## 1.4 Budgetflexibiliteit

Bedragen x € 1 000

	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Totaal geraamde kasuitgaven</b>	<b>185 275</b>	<b>167 090</b>	<b>154 856</b>	<b>155 127</b>	<b>155 076</b>
– <i>apparaatsuitgaven</i>	6 040	5 699	5 572	5 572	5 572
Dus programma-uitgaven	179 235	161 391	149 284	149 555	149 504
<i>Waarvan juridisch verplicht</i>	75% 134 426	32% 51 645	30% 44 785	17% 25 424	17% 25 416
<i>Waarvan complementair noodzakelijk en/of bestuurlijk gebonden</i>	0% 0	35% 56 487	36% 53 742	36% 53 840	36% 53 821
<i>Waarvan Beleidsmatige reserveringen</i>	25% 44 809	22% 35 506	24% 35 828	24% 35 893	24% 35 881
<i>Waarvan Overig budget</i>	0% 0	11% 17 753	10% 14 928	23% 34 398	23% 34 386
Totaal	100% 179 235	100% 161 391	100% 149 284	100% 149 555	100% 149 504

Aan de beleidsmatige reserveringen zijn nog geen verplichting of noodzakelijke status gegeven. Dat wil uiteraard niet zeggen dat voor deze uitgaven geen concrete beleidsvoornemens bestaan. Die beleidsvoornemens zijn in deze begroting en in de Zorgnota 2003 verwoord.

## 1.5 Groeiparagraaf VBTB

In 2002 en 2003 zal verder worden gewerkt aan het opzetten of verder uitbouwen van relevante registratiesystemen. Een integraal meetsysteem om effecten in gedragsverandering (gezonder leven) te kunnen presenteren zal hierbij prioriteit hebben.

Nadere uitwerking zal gegeven worden aan het opzetten van een monitor voor lokale en regionale gezondheidszorg. Gezien de omvang van dit project verwachten wij dat deze monitor niet eerder gereed is dan 2005. Waar mogelijk zullen wij beschikbare informatie tussentijds presenteren.

In 2002 is gestart met herziening van zowel de surveillance van HIV als van andere SOA, via het RIVM. In 2003 zullen beide systemen operationeel zijn.

In 2003 zal een nieuwe structuur voor verzameling van gegevens omtrent het gebruik van antibiotica en het voorkomen van resistente pathogenen (het resistent worden van ziekteverwekkende micro-organismen) bij de mens worden opgezet. Geïntegreerde rapportages moeten leiden tot beter inzicht in de relatie tussen gebruik en resistentievorming en moet leiden tot een effectief preventiebeleid van deze gezondheidsdreiging.

Ook zullen we werken aan een benchmarksysteem voor GGD'en. Hiermee worden prestatiegegevens ontwikkeld voor deze gemeentelijke diensten. Tevens zal in dit begrotingsjaar in het kader van de modernisering van de jeugdgezondheidszorg de ontwikkeling van een registratiesysteem voor de jeugdgezondheidszorg uitgewerkt worden. Om de uitvoering van de basistaken jeugdgezondheidszorg te monitoren is een goed functionerend en sluitend landelijk registratie- en monitorsysteem noodzakelijk. Momenteel wordt een onderzoek gedaan naar de meest optimale vorm daarvan. Uiterlijk in 2003 zal dat onderzoek worden afgerond.

Het Letsel Informatie Systeem (LIS) van de Stichting Consument en Veiligheid (SCV) dat onder meer ongevallen in de privésfeer registreert,

zal in de komende jaren verder worden geoptimaliseerd met betrekking tot producten, omgevingen, toedrachten en groepen slachtoffers. Tevens zal in 2003 worden begonnen met de ontsluiting voor derden – waaronder het bedrijfsleven – van de in de afgelopen jaren door de SCV opgebouwde kennisdatabank inzake effectieve interventiemethoden («wat werkt waar»).

In 2002 en 2003 zal het internationale classificatiesysteem inzake oorzaken van ongevallen (ICEC) operationeel worden gemaakt. Dit systeem heeft als doel ongevalregistraties op internationaal niveau onderling vergelijkbaar te maken. Ten behoeve van «evidence based» Europees en nationaal letselpreventie beleid draagt de SCV door middel van LIS ook in de komende jaren bij aan de Europese Letsel Monitor (EHLASS).

De monitor Ongevallen en Bewegen in Nederland (ObiN) welke zeer specifieke informatie geeft op dagelijkse basis over de relatie bewegen (onder andere sport) en letsels, wordt continue verder toegespitst op de benodigde beleidsinformatie.

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

<b>Tabel 1: Overzicht voorgenomen evaluaties</b>	
<i>Onderwerp</i>	Geplande uitvoering
Evaluatie gezondheidsbevorderende instituten	2002
Evaluatie Besluit veiligheid attractie- en speeltoestellen	2002
Evaluatie Wet op de Dierproeven	2002
Onderzoek Ongevallen en bewegen in Nederland	2002–2005
Evaluatie Wet op ZorgOnderzoek Nederland	2003

Voor meer informatie over programmering van evaluatieonderzoek wordt verwezen naar de bedrijfsvoeringsparagraaf.

## BELEIDSARTIKEL 2: CURATIEVE ZORG

### 2.1 Algemene beleidsdoelstelling

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

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

Het belang van samenhang in de zorg is toegenomen. Hierdoor zijn de grenzen tussen intramuraal en extramuraal aan het vervagen. Zorg wordt steeds meer transmuraal en integraal (ketenzorg) geleverd, waarbij de zorgbehoefte van de patiënt centraal staat. Doordat zorgaanbieders en verzekeraars op decentraal niveau afspraken maken, wordt een kwalitatief hoogwaardig, doelmatig en toegankelijk zorgaanbod gegarandeerd. Wij houden ons daarbij voornamelijk bezig met het creëren van randvoorwaarden; we hebben geen directe rol bij het daadwerkelijk uitvoeren van de curatieve zorg. Die verantwoordelijkheid ligt bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Ook het belang van ethiek in de gezondheidszorg neemt toe. Medisch-wetenschappelijke ontwikkelingen, het toegenomen medische kunnen en veranderingen in de organisatie en bedrijfsvoering van de gezondheidszorg leiden tot ethische vragen of dilemma's. Om ontwikkelingen die tot normatieve vragen leiden tijdig te kunnen signaleren, brengt VWS vanaf 2002 een ethische agenda uit.

In de sector curatieve zorg worden verschillende intensiveringen via de begroting bekostigd. Een aantal belangrijke intensiveringen waartoe na de ontwerpbegroting 2002 is besloten, wordt hierna kort toegelicht.

Bij de begrotingsbehandeling 2002 is het amendement-Rouvoet aangenomen. Dit amendement beoogt de palliatieve zorg verder te versterken door te streven naar een toereikend aanbod, een adequate organisatie en een kwalitatief hoge verlening van de palliatieve zorg. Hiervoor is vanaf 2002 € 10 mln. extra beschikbaar gesteld. Hiervan is € 1,0 mln. beschikbaar voor de sector curatieve zorg.

Om de doelstelling «spoedeisende medische hulp» te realiseren is op basis van de besluitvorming bij Voorjaarsnota incidenteel € 2,7 mln. beschikbaar gesteld voor 2002. Dit bedrag is bestemd voor de aanschaf van kaliumjodaatabletten om bioterrorisme te bestrijden.

In het kader van de doelstelling «kwaliteit en doelmatigheid curatieve zorg» is bij de behandeling van de VWS-begroting 2002 het amendement-Van Vliet aangenomen. Dit strekt ertoe de subsidieverlening aan de KNGF (fysiotherapie) te verhogen om de huidige activiteiten voort te zetten, de regionale infrastructuur voor uitvoering van preventieprojecten, arbeids-

gerelateerde zorg, transmurale en ketenzorg te versterken en kwaliteitsprojecten te ontwikkelen. Hiervoor is voor 2002 € 2,0 mln. en vanaf 2003 € 1,3 mln. beschikbaar gesteld.

Om de doelstelling «kwaliteit en doelmatigheid curatieve zorg» te realiseren is tevens incidenteel € 6,2 mln. beschikbaar gesteld voor 2002 voor het DBC-project en ICT in de zorg.

#### *Relatie met de Zorgnota*

De inzet van de begrotingsmiddelen op dit beleidsartikel is niet los te zien van inzet van de premie-middelen die voor de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang ter beschikking worden gesteld. De begrotings- en premie-middelen vullen elkaar aan in budgettaire omvang. Ook inhoudelijk gezien vullen ze elkaar aan: de inzet van begrotingsmiddelen voor bijvoorbeeld kwaliteitsprojecten of preventieprojecten kan van invloed zijn op de premiegefinancierde zorgverlening. De toelichting in deze beleidsbegroting beperkt zich in principe tot een toelichting op de prestaties door de inzet van begrotingsmiddelen. Op onderdelen zal verwezen worden naar de Zorgnota 2003. Ter illustratie staan in onderstaande tabel de totale budgetten die onder bovengenoemde sectoren vallen. Ze worden in de Zorgnota nader toegelicht en onderbouwd.

#### **Bedragen x € 1 mln.**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Programma-uitgaven beleidsartikel 2	255,7	244,2	262,1	259,8	260,2	260,1
Sector Curatieve zorg (totaal)*	16 470,7	16 543,8	16 651,3	16 784,4	16 888,2	16 996,7
Sector Geneesmiddelen en medische technologie en transplantaten (totaal)*	4 149,3	3 927,9	4 309,7	4 755,1	5 250,7	5 250,7

\* Dit zijn de totale uitgaven voor de sector volgens de Zorgnota 2003 (dus inclusief de begrotingsmiddelen).

## **2.2 Operationele beleidsdoelstellingen**

### **2.2.1 Rechtsbescherming voor patiënten en (para)medici volgens de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)**

#### *Beleidseffecten*

De BIG-tuchtcolleges toetsen het professionele gedrag van aangeklaagde beroepsbeoefenaren aan normen die de beroepsgroep zelf heeft vastgesteld. Alleen beroepsbeoefenaren die genoemd worden in artikel 3 van de Wet BIG vallen onder het tuchtrecht. Het tuchtrecht biedt op deze wijze een kwaliteitstoetsing. Daarnaast biedt het rechtsbescherming aan patiënten en de beroepsbeoefenaars. De klachten worden ingediend door patiënten (of familie, nabestaanden) of door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Er zijn vijf regionale tuchtcolleges: Den Haag, Amsterdam, Eindhoven, Zwolle en Groningen. Het centraal tuchtcollege is gevestigd in Den Haag. Hier worden beroepszaken behandeld die uit de regionale colleges voortkomen.

Het voornemen bestaat om het beheer van de tuchtcolleges met ingang

van 1 januari 2003 onder te brengen bij de rechtbanken, onder het centraal beheer van de Raad voor de Rechtspraak.

De evaluatie van de wet BIG, die eind 2002 wordt afgerond, biedt mogelijk aanleiding om bepaalde aspecten van (de organisatie van) het tuchtrecht aan te passen.

#### *Aard van de verantwoordelijkheid*

Wij financieren de personele en materiële voorzieningen van de tuchtcolleges en innen de opgelegde boetes.

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

##### *Subsidies*

- Subsiëring van Medische Tuchtcolleges.

<b>Tabel 1: Tuchtevaluatie: aantal afgedane zaken in 2001 en 2000</b>		
	2001	2000
Totaal aantal afgedane zaken		
Centraal Tuchtcollege	436	307
Regionaal Tuchtcollege Den Haag	273	244
Regionaal Tuchtcollege Amsterdam	267	320
Regionaal Tuchtcollege Eindhoven	168	209
Regionaal Tuchtcollege Zwolle	199	200
Regionaal Tuchtcollege Groningen	96	102

Bron: Cijfers zijn gebaseerd op het aantal afgedane zaken per tuchtcollege in de verslagjaren 2000 en 2001 (afkomstig uit hun jaarverslagen) en bij Den Haag en Eindhoven op het aantal door de hoofdinspectie van de Gezondheidszorg ontvangen uitspraken.

## **2.2.2 Een voldoende aantal gekwalificeerde beroepsbeoefenaren**

### *Beleidseffecten*

De tweede operationele beleidsdoelstelling voor de curatieve zorg is een voldoende aantal gekwalificeerde beroepsbeoefenaren. In de zorg bestaat een actueel en toekomstig tekort aan professionals, met name aan artsen en verpleegkundigen in verschillende specialisaties. Om het tekort aan artsen terug te dringen is in het regeerakkoord onder meer aangegeven dat voor vergroting van de opleidingscapaciteit aan de medische faculteiten moet worden toegewerkt naar een situatie waarin uiteindelijk de numerus fixus overbodig wordt. Een eventuele opheffing van de numerus fixus kan pas worden gerealiseerd, nadat daarvoor de nodige kwaliteitswaarborgen zijn geschapen. De benodigde capaciteit aan zorgverleners hangt direct samen met ontwikkelingen in de zorg. De wijzigingen in de zorgvraag (door onder andere demografische en technologische ontwikkelingen), meer deeltijdwensen, de overgang van aanbodsturing naar vraagsturing en de toenemende marktwerking spelen hierbij een rol.

Wij beogen op zo kort mogelijke termijn het aanbod van zorgverleners te vergroten, opdat optimaal in de actuele en toekomstige behoefte wordt voorzien en voldoende ruimte in het aanbod ontstaat om vraaggestuurde zorg gestalte te geven.

In 2003 en daarna zullen wij het Plan van Aanpak Capaciteit Zorgverleners van november 2001 uitvoeren (TK 28 008, nr. 7). Dit plan omvat de volgende speerpunten:

- Uitbreiden van de capaciteit van zorgverleners door de omvang van de relevante beroepsgroepen te vergroten, de opleidingscapaciteit en de doelmatigheid van de opleidingen (doorstroom, rendement) te verhogen, zij-instroom en herintreders te bevorderen en uitstroom uit het beroep tegen te gaan.
- Op basis van de ramingen van het Capaciteitsorgaan voor de planning van de capaciteit van de medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen is vanaf 2002 het aantal opleidingsplaatsen voor diverse beroepsgroepen uitgebreid. Ook de initiële opleiding tot arts is op basis hiervan verder uitgebreid.
- Modernisering van de opleidingen in de zorg: de herziening van het continuüm van de artsenopleiding en de afstemming met de verpleegkundige en paramedische opleidingen. De totale opleidingsduur van artsen wordt hiermee korter en er ontstaan meerdere uitstroommomenten. De afronding van het project Medisch Opleidingscontinuüm is eind 2002 te verwachten en zal worden vervolgd met een implementatietraject. Op diverse thema's is al gestart met pilots. Ook het verpleegkundige opleidingscontinuüm wordt verder ter hand genomen, in het verlengde van eerdere projecten voor verpleegkundige vervolgoopleidingen.
- Taakherschikking tussen disciplines en samenwerking tussen de verschillende professionals in de zorg, opdat elke discipline optimaal bijdraagt aan de te leveren zorg. Hierbij komen nieuwe zorgberoepen in beeld, zoals de physician assistent, waarvoor de eerste opleidingen van start zijn gegaan. De nieuwe verhoudingen tussen de beroepen vergen een herbezinning op bevoegdheden. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) is gevraagd ons daarin te adviseren.
- Voor verpleegkundigen en verzorgenden is met sociale partners een arbeidsmarktbeleid ontwikkeld om de tekorten op te heffen. Dat beleid richt zich in eerste instantie op het Nederlandse arbeidspotentieel door het uitbreiden van de omvang van de relevante beroepsgroepen. Naar verwachting zullen er desondanks tekorten blijven bestaan waarvoor een oplossing wordt gezocht in de tijdelijke overkomst van personeel uit landen van buiten de Europese Economische Ruimte.

De structuur voor financiering van de vervolgoopleidingen en de opleidingen voor medisch ondersteunend personeel wordt herzien met de invoering van de Diagnose behandelcombinaties (DBC's).

#### *Aard van de verantwoordelijkheid*

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

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

##### *Subsidies*

- Voor de exploitatie van de opleiding verloskunde. Gelet op bestaande en verwachte tekorten is het gewenst meer verloskundigen op te leiden. Op basis van ramingen is de opleidingscapaciteit tijdelijk uitgebreid tot 240 plaatsen. Het Nederlands Instituut voor onderzoek



van de gezondheidszorg (NIVEL) zal in 2004 een nieuwe raming opstellen.

**Tabel 2: Aantal verloskundigen in opleiding**

	2001 Realisatie	2002 Raming	2003 Raming	2004 Raming	2005 Raming	2006 Raming	2007 Raming
Instroom	244	240	220	220	220	220	220
Totaal	604	770	860	920	900	880	880
Uitstroom	101	100	100	130	200	190	180

Bron realisatie: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector.

- Financieren van de huisartsopleiding. De ramingen van het Capaciteitsorgaan geven aan dat meer huisartsen opgeleid moeten worden om in de toekomstige vraag te voorzien. De uitbreiding van de capaciteit loopt van 419 in 2001 tot 670 in 2004. In de daaropvolgende jaren zou de capaciteit bij ongewijzigd beleid volgens het Capaciteitsorgaan nog verder moeten doorgroeien tot 861 in 2012.

**Tabel 3: Aantal huisartsen in opleiding**

	2001 Realisatie	2002 Raming	2003 Raming	2004 Raming	2005 Raming	2006 Raming	2007 Raming
Instroom	419	500	585	670	670	670	670
Totaal	1 036	1 280	1 505	1 755	1 925	2 010	2 010
Uitstroom	338	330	350	410	490	575	660

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

- Financieren van het capaciteitsorgaan voor de planning van de capaciteit van de medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen. Op verzoek van de Tweede Kamer (motie-Buijs c.s. TK, 2001–2002, 28 000 XVI, nr. 43) overweegt het Capaciteitsorgaan de taken uit te breiden tot verpleegkundige vervolgoopleidingen. Voorts zullen de beleidsontwikkelingen, zoals taakherschikking en bijvoorbeeld de dienstenstructuur bij huisartsen, een plaats krijgen in de raming-methodiek opdat deze beter aansluit bij het capaciteitsbeleid.
- Subsidieregeling voor docentinspanning van opleiders verbonden aan de opleiding van agio's in academische ziekenhuizen;
- Financiële ondersteuning van de opleiding van vluchtelingenartsen. Door jaarlijks € 3,2 mln. in te zetten is het mogelijk 60 à 70 vluchtelingenartsen per jaar door begeleiding en coaching in staat te stellen het beroep van arts uit te oefenen in Nederland.

### **2.2.3 Het bevorderen van de kwaliteit en doelmatigheid in de curatieve zorg (inclusief project modernisering cure)**

#### *Beleidseffecten*

De derde operationele beleidsdoelstelling is het bevorderen van de kwaliteit en de doelmatigheid van de curatieve zorg. Hiertoe zijn in oktober 1998 meerjarenafspraken (MJA) gemaakt. Een aantal activiteiten uit de MJA financieren wij uit de begrotingsmiddelen.

Vanaf januari 2003 wordt er een nieuw bekostigingssysteem voor de ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg ingevoerd op basis van Diagnose behandelingcombinaties (DBC). Een DBC typeert de zorg die een patiënt ontvangt op basis van zijn zorgvraag. Een DBC omvat alle activiteiten en verrichtingen in het ziekenhuis die een patiënt op basis van zijn zorgvraag ondergaat met bijbehorende kosten van zowel het ziekenhuis als de medisch specialist. De DBC-systematiek leidt tot een meer transparante financiering van ziekenhuizen en medisch specialisten. De ziekenhuizen en zorgverzekeraar maken lokaal afspraken over volume, prijs en kwaliteit van de DBC's en daarmee over de bekostiging van het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf. In 2003 wordt de DBC-systematiek verder ontwikkeld. Hierbij gaat het onder andere om het monitoren van het gebruik en het aanpassen van de typeringslijsten, het analyseren van de kostenhomogeniteit van DBC's, het ontwikkelen van een hanteerbare productstructuur en het nagaan van de uitkomsten van het tijdsbestedingonderzoek en de rondrekening. Daarnaast wordt in 2003 een onderhoudsorganisatie in het leven geroepen. In de loop van 2003 gaat deze de werkzaamheden van de projectorganisatie DBC2003 geleidelijk overnemen.

De DBC-systematiek wordt gefaseerd ingevoerd. In 2003 worden de ziekenhuizen bekostigd op basis van een Functionele Budgetterings-systematiek en dienen de DBC's louter als administratief tarief. Dit is de eerste fase van het overgangsmoedel naar de DBC-systematiek. Het DBC-systeem is nog volop in ontwikkeling en zal in de komende jaren op basis van de ervaringen moeten worden bijgesteld. In het kader van verzekeraarsbudgettering worden jaarlijks stappen gezet in de richting van risicodragende verzekeraars en een objectief verdeelmoedel.

Op basis van het Plan van Aanpak MJA is de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) in 2001 een programma gestart om de kwaliteit en doelmatigheid van de farmaceutische zorg te verbeteren. Dit gebeurt in vier trajecten: een traject om farmaceutische zorgvernieuwing te bevorderen en om Farmacotherapeutisch Transmuraal Overleg (FTTO's) te stimuleren en van de grond te krijgen; een traject om ICT-mogelijkheden nog beter te benutten; een traject om apothekers te ondersteunen het voorschrijf- en aflevergedrag van artsen en hun eigen apotheek nauwkeurig in kaart te brengen; en ten slotte een traject om een regionale ondersteuningsstructuur te realiseren voor apothekers. Het doel van deze vier trajecten is om de regionale zorgvernieuwingprojecten uit te voeren. Afronding van deze trajecten wordt verwacht in 2004.

ICT in de zorg is noodzakelijk, onder meer om de kwaliteit van de zorg te verhogen, de toegang tot de zorg te verbeteren, de wachttijden terug te dringen en de administratieve lasten te verminderen. Deze veelomvattende taak moet op nationaal niveau worden aangepakt. Hiervoor is per 2002 het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ) opgericht. Een belangrijk concreet doel van NICTIZ is te komen tot een zorgbreed Elektronisch Patiëntendossier (EPD). Dit biedt op termijn de infrastructuur zodat medische, financiële en logistieke processen kunnen worden verbeterd.

Met de beleidsbrief «Modernisering Curatieve Zorg» (TK 2000–2001, 23 619, nr. 18) en de kabinetsnota «Vraag aan bod» (TK 2000–2001, 27 855 nr. 1–2) zijn de hoofdlijnen beschreven van de tweede fase van de modernisering (eerste fase: kabinetsstandpunt commissie-Biesheuvel). Het vernieuwen van de sturing van de curatieve zorg vormt, met de

aanpassing van het verzekeringsstelsel, het spoor waarlangs de curatieve zorg structureel wordt aangepast aan de eisen van deze tijd. Doelstelling van de modernisering curatieve zorg is de patiëntenzorg te verbeteren door het systematisch invoeren van vraagsturing. Er wordt beoogd de omslag van aanbodsturing naar vraagsturing voor 2006 te voltooien. Wij streven na dat er in 2005:

- in de curatieve sector minder gereguleerde zorgsectoren zijn;
- een goed werkende incentivestructuur is waarin onder meer alle verzekeraars risicodragend zijn;
- een betere variatie in zorgaanbod is bereikt waardoor patiënt en verzekeraar meer keuzemogelijkheden hebben;
- een helder zicht bestaat op de verantwoordelijkheid van de overheid voor de publieke belangen en de nog te reguleren investeringsbeslissingen.

Om tot een betere patiëntenzorg te komen moeten de onderlinge samenhang en samenwerking in de curatieve zorg worden versterkt. Het tweede onderdeel van het moderniseringsprogramma is dan ook het actief ondersteunen van het herontwerpen van transmurale zorgprocessen in de regio. Het zorgdragen voor een beheerste overgang van aanbodsturing naar vraagsturing is het derde element van het moderniseringsprogramma. Dit gebeurt door te kiezen voor een aanpak per onderdeel van de zorgsector, waartoe dereguleringsmogelijkheden worden onderzocht, in programma's worden vastgelegd en geïmplementeerd. Naar verwachting kan in 2003 worden gestart met de implementatie van dereguleringsprogramma's voor de paramedische deelmarkten die in 2002 zijn onderzocht. Het operationaliseren en borgen van de publieke belangen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit vormt het vierde onderdeel van het programma MCZ 2005. De borging van de publieke belangen zal een belangrijke plaats krijgen in de dereguleringsprogramma's.

Er zal afstemming plaatsvinden met de modernisering in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de modernisering van het verzekeringsstelsel. Bij de vormgeving en uitvoering van projecten wordt zo veel mogelijk gezamenlijk opgetrokken met vertegenwoordigers van patiënten en consumenten, verzekeraars en aanbieders. Dit gebeurt zowel op landelijk als op regionaal niveau.

Een belangrijk aandachtspunt is het patiëntgericht herontwerpen van de logistieke organisatie van de zorg. Bij het herontwerp gaat het zowel om de zorg in de ziekenhuizen zelf (bijvoorbeeld aanzienlijke verkorting van doorstroomtijden polikliniekbezoek) als de gehele keten van zorg, zoals bij de Cerebraal Vasculair Accident keten (CVA-keten) van huisarts tot de psychosociale nazorg. De vernieuwingsprojecten van het Centraal Beleidsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) (zoals de doorbraakprojecten) blijken in staat een versnelling tot stand te brengen in de implementatie van zogenoemde «best practices». Deze aanpak zal worden geïntensiveerd. Daarvoor zal een uitbreiding van implementatiebevorderende programma's nodig zijn. Het CBO, dat de afgelopen jaren succesvol op dit terrein geopereerd heeft, zal hierin een belangrijke rol blijven spelen.

#### *Aard van de verantwoordelijkheid*

Wij dragen de systeemverantwoordelijkheid om de hiervoor geschetste doelstelling te bereiken. De realisering is afhankelijk van de mate waarin (organisaties van) patiënten/consumenten, verzekeraars en zorgaanbieders in staat zijn om de breed gedragen omslag van aanbodsturing

naar vraagsturing in te vullen. De overheid zal in een systeem van gereguleerde zorgmarkten verantwoordelijkheid blijven dragen voor de borging van publieke belangen en het voorkomen of beperken van marktfalen.

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

##### *Subsidies*

- Het Nationaal ICT Instituut in de Zorg.
- Infrastructuur voor kwaliteitsbeleid voor paramedische zorg voor zover deze onder de verstrekking van de ziekenfondswet valt. Dit kwaliteitsbeleid is gericht op de ontwikkeling van richtlijnen, intercollegiale toetsing, bij- en nascholing en de verbetering van de informatievoorziening.
- Centra voor Ontwikkeling van Palliatieve Zorg (COPZ) met het doel deze te laten fungeren als een «verzamelplaats» van beproefde behandelmethoden en technische ontwikkelingen. In dit artikel is ook de uitwerking van de beleidsmaatregelen palliatieve zorg (landelijk ondersteuningspunt, opstart ontbrekende Integrale Kankercentra (IKC's) en monitor) vervat.
- De zogenoemde Rouvoet-middelen zullen worden gebruikt om de palliatieve zorg verder te versterken.
- Wij ondersteunen de ontwikkeling en het onderhoud van het kwaliteitsbeleid voor de fysiotherapie, oefentherapie-Mensendieck, oefentherapie-César en de logopedie. Primair zijn de ingezette middelen gericht op het instandhouden van een infrastructuur voor kwaliteitsbeleid. Daarbij gaat het om de organisatie voor intercollegiaal overleg, na- en bijscholing, ontwikkeling van praktijkrichtlijnen en het kwaliteitsregister. Wij verwachten voor de toekomst een grotere rol van de bewegingsberoepen bij het voorkomen van arbeidsgerelateerde klachten. Mede om die reden is besloten om de jaarlijkse subsidie aan het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie met € 1,3 mln. te verhogen.

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

##### *Beleidseffecten*

De vierde operationele beleidsdoelstelling van de curatieve zorg is het bevorderen en bewaken van ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg. Met de Begroting 2002 is voor het eerst de agenda «Ethiek en Gezondheid» uitgebracht. Hierin staat een overzicht van ethische onderwerpen die aan de orde zijn. De agenda die met de begroting 2003 is uitgebracht is mede opgesteld aan de hand van informatie vanuit het Centrum voor Ethiek en Gezondheid. Het centrum is dit jaar opgezet en zal vanaf 1 januari 2003 volledig geëquipeerd kunnen worden. De agenda zal ethische kwesties, die naar aanleiding van wetenschappelijke en zorginhoudelijke ontwikkelingen naar voren komen, transparanter maken.

Met de evaluatie van de Euthanasiewet, die in december 2003 zal zijn afgerond, ontstaat nieuw inzicht in de werkwijze van de Toetsingscommissies Euthanasie.

*Subsidies*

- *Centrum voor Ethiek en Gezondheid.* Het centrum zal vanaf 1 januari 2003 op volle sterkte kunnen draaien. Het zal dan in staat zijn om door middel van signalementen de noodzakelijke informatie voor de jaarlijkse agenda «Ethiek en Gezondheid» aan te leveren.
- Opzet en exploitatie van het Erfo-centrum. In 2002 wordt een evaluatie uitgevoerd aan de hand waarvan wordt besloten tot voortzetting of beëindiging van ondersteuning van het Erfo-centrum.
- De resultaten van het project Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (scen) komen in de loop van 2003 beschikbaar. Daarnaast zal worden bekeken op welke wijze de consultatie kan worden uitgebreid tot de specialisten.

*Rijksbijdrage*

- Verstrekken van een rijksbijdrage aan negentien abortusklinieken voor het afbreken van zwangerschappen in de zin van artikel 1, tweede lid, van de Wet afbreking zwangerschap, overtijdbehandelingen en de aan beide behandelingsvormen verbonden nazorg voor verzekerden, voorzover deze hulp onder verantwoordelijkheid van de subsidieontvanger en met personeel in dienst van de subsidieontvanger plaatsvindt in diens abortuskliniek.

**2.2.5 Het bevorderen van onderzoek en deskundigheid in de zorg**

*Beleidsdoelstellingen en aard van de verantwoordelijkheid*

Het bevorderen van onderzoek en deskundigheid in de zorg is de vijfde operationele beleidsdoelstelling voor de curatieve zorg. Onderzoek is een belangrijk instrument van het beleid in de curatieve zorg. De bevordering van zorgvernieuwing, de ontwikkeling van nieuwe behandelmethoden en het testen van ontwikkeld zorgbeleid op effectiviteit en doelmatigheid zijn van belang voor de handhaving van goede curatieve zorg. Het gaat hierbij om projecten, experimenten en toepassingsgericht onderzoek dat grotendeels via ZONMw wordt geprogrammeerd en waarbij afgestemd wordt met onder meer het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Op een aantal terreinen financieren wij onderzoeksinstituten.

In het onderzoeksbeleid voor de zorg ligt de komende jaren de nadruk op innovatie: nieuwe manieren van werken en een flexibele inzet van personeel. Meer zorg zonder verlies van kwaliteit is daarbij het uitgangspunt. Instellingen moeten hun zorg op de vraag inrichten, zij moeten een menselijke maat hebben. Tevens moeten zij zorgdragen voor doelmatige werkwijzen, efficiencyverhoging, maatoplossingen en vernieuwing. Leidraad zullen de zogenoemde «best practices» zijn: voorbeelden van nieuwe werkwijzen die dusdanige verbeteringen in de zorg hebben opgeleverd dat ze als voorbeeld dienen voor anderen. ZONMw heeft verschillende onderzoeksprogramma's die zich specifiek richten of zullen gaan richten op nieuwe en te verbeteren werkwijzen in de zorg. Dat zijn onder meer de programma's doelmatigheidsonderzoek, revalidatieonderzoek en de nog te starten programma's «Zorg van Betekenis». Health Technology Assessment (HTA) en onderzoek naar doelmatigheid van zorg dragen bij aan het beleid om innovatie te bevorderen. De nadruk bij HTA en doelmatigheidsonderzoek moet vooral liggen op praktisch, innovatief en resultaatgericht werken. Het daadwerkelijk implementeren van de resultaten van Nederlands en buitenlands onderzoek in de zorg maakt daar deel van uit.

Overigens is voor vernieuwingen in de zorg goed samenspel van alle betrokken partijen in de zorg voor de patiënt noodzakelijk. Behalve een onderzoeksbeleid is dan ook een gericht beleid, gericht op deskundigheidsbevordering en implementatie nodig. Instellingen als het Centraal Beleidsorgaan voor de intercollegiale Toetsing (CBO), Stichting Doelmatige Geneesmiddelen Voorziening (DGV), ZONMw, NICTIZ en de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) spelen daarbij een belangrijke rol. Zij treden – in de driehoek beroepsbeoefenaren, patiënten en verzekeraars – op als facilitator en in een aantal gevallen als initiator van vernieuwingen. Door krachtenbundeling, communicatie, deskundigheidsbevordering en controle op de voortgang zijn deze instellingen in staat zorgvernieuwing te bevorderen en goede «checks and balances» in de zorg in te bouwen. Om deze taken te kunnen waarmaken, ontvangen zij financiële ondersteuning. Dat zal in de toekomst geschieden via een basisfinanciering van de overheid (in relatie tot publieke belangen) en overigens via projectsubsidies. In het afgelopen voorjaar heeft de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) een rapport gepubliceerd over technologische innovatie en gezondheidsonderzoek (getiteld «Knarsende Schakels»). De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft het advies «E-health in zicht» uitgebracht. In het najaar volgt een rapport van de Stichting Toekomstbeeld der Techniek (STT) over transmurale zorgtechnologie. Deze studies zijn een aanvulling op het in 2001 door de RVZ uitgebrachte rapport «Technologische innovatie in de zorgsector». Het standpunt op de vier rapporten dat in de loop van 2003 kan worden verwacht, zal richtinggevend zijn voor het toekomstige innovatiebeleid van VWS.

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

##### *Subsidies*

- Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg Centraal Beleidsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO). Het CBO legt zich toe op disseminatie en implementatie van bestaande kennis over (organisatie van de) zorg en een brede verspreiding van «best practices».
- Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ). De stichting HKZ richt zich – vanuit het streven naar transparantie in de zorgsector – op harmonisatie van externe kwaliteitsbeoordeling. De stichting is in 1994 opgericht en ontvangt sindsdien subsidie van ons. Harmonisatie van externe kwaliteitsbeoordelingen is een belangrijk uitgangspunt in het kwaliteitsbeleid en dient daarmee de publieke belangen.
- Stichting Doelmatige Geneesmiddelen Voorziening.
- Het Nederlands Kanker Instituut (NKI) voor fundamenteel wetenschappelijk kankeronderzoek.
- Het Nederlands Paramedisch Instituut (NPI). De subsidie aan het NPI heeft het karakter van een instellingssubsidie. Jaarlijks ontvangt het NPI een basissubsidie voor de uitvoering van taken die verband houden met kennisinhoudelijke ondersteuning aan de paramedische sector, het exploiteren van een documentatiecentrum en het (doen) uitvoeren van onderzoek. De basissubsidie heeft een omvang van € 1,1 mln.
- Het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) ontvangt subsidie voor de instandhouding van de infrastructuur. Het kennis- en onderzoekscentrum voor het zorgveld heeft onder meer kennis over aantallen, activiteiten en organisatie, patiëntenkenmerken, eerstelijnsvoorzieningen en evaluaties van beleidsmaatregelen.

- De algemene vergadering verpleegkundigen en verzorgenden (AVVV) om projecten uit te voeren in de beroepsinhoudelijke ontwikkeling van verpleegkundigen en verzorgenden. Hiermee wordt beoogd hun inbreng in de beleidsvorming te vergroten, de beroepsuitoefening bij voorkeur met wetenschappelijk onderzoek te onderbouwen en een actieprogramma uit te voeren. Wij stellen hiervoor jaarlijks € 4,5 mln. beschikbaar.

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

#### *Beleidseffecten en aard van de verantwoordelijkheid*

De zesde operationele beleidsdoelstelling voor de curatieve zorg luidt: verbeteren van de kwaliteit en de organisatie van de spoedeisende medische hulpketen voor geneeskundige hulpverlening bij rampen. In samenwerking met de minister van BZK streven we ernaar de kwaliteit (inhoud en organisatie) van de spoedeisende medische hulpverlening (SMH) te verbeteren als opmaat naar een goede geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR). De GHOR is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van BZK en VWS. Het slachtoffer, dat van de ongevallocatie tot in het ziekenhuis continue zorg op maat ontvangt, vormt daarbij het uitgangspunt.

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

##### *Subsidies*

- Het Nederlands Instituut voor Urgentiegeneeskunde (NivU) voor diverse projecten die leiden tot verbetering van de SMH en GHOR.
- Ambulancezorg Nederland (AZN) voor het projectteam ICT. Ambulancezorg Nederland ontwikkelt expertise op ICT-gebied om de regio's te ondersteunen bij de implementatie van C2000 en de invoering van een plaatsbepalingsstelsel ter ondersteuning van dynamisch ambulancemanagement. Hierdoor worden de toegankelijkheid en de beschikbaarheid van de ambulancezorg verbeterd. De ICT-infrastructuur ambulancesector dient in 2004 operationeel te zijn.

##### *Financiering*

- Om uitvoering te geven aan de aanbevelingen in het onderzoeksrapport «Niet zonder zorg» (2001) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de Inspectie voor de Gezondheidszorg IGZ) en het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) (kwaliteit en doelmatigheid van de ambulancezorg) is het project Versterking Ambulancezorg ingesteld. Dit project richt zich op ondersteuning van de regionale partijen om te komen tot een regionale ambulancevoorziening, verbetering van de spreiding en beschikbaarheid van ambulancezorg, versterking van de bedrijfsvoering en versterking van het management van de regionale ambulancevoorzieningen. Het project zal medio 2003 worden afgerond.
- De middelen die beschikbaar zijn gesteld aan Enschede en Volendam zijn ingezet om de kosten van een informatie- en adviescentrum te dekken. Daarnaast worden activiteiten verricht om een bevolkingsonderzoek/gezondheidsmonitoring te houden in Enschede, psychosociale hulp te geven in Enschede en Volendam. Ook voor de verbetering en instandhouding van de voorziening voor verwanteninformatie worden middelen ingezet. Dit naar aanleiding van de aanbeveling van de commissie-Oosting aan VWS. Door middel van

verwanteninformatie kan snel informatie worden verkregen over betrokkenheid van verwanten bij rampen. Om in Enschede en Volendam de extra rampgerelateerde zorg te kunnen bieden zijn voor 2003 tot en met 2005 extra middelen beschikbaar gesteld. In overleg met het CTG, CVZ en de verzekeraars PWZ (Volendam) en Amicon (Enschede) is besloten tot een subsidieregeling voor de twee verzekeraars, waaruit de verzekeraars de extra rampgerelateerde zorg kunnen betalen. Dit betekent dat de verzekeraars de regie gaan voeren op de rampgerelateerde uitgaven in de zorg.

#### *Crisisbeheersing*

- Binnen VWS wordt een crisisbeheersingsorganisatie in stand gehouden met als doel door goede en tijdige voorlichting crises beheersbaar te houden. Crisisbeheersing is in eerste instantie gericht op het zorgdragen voor een zodanige structuur en maatregelen dat de kans op en de gevolgen van (grootschalige) incidenten en crises zo gering mogelijk is. Wij zijn daarbij verantwoordelijk voor de kwaliteit van de medische hulpverlening en voor de organisatie daarvan voor zover dat van belang is voor de kwaliteit van zorg. Binnen VWS is een crisisbeheersingsstructuur aanwezig. Deze wordt bij een crisis of een ramp geactiveerd om de crisis of de ramp het hoofd te bieden. Er worden regelmatig oefeningen gehouden om deze structuur adequaat te houden. De eenheid coördineert ook de totstandkoming van draaiboeken bij gevaarlijke ziekten met mogelijk vele slachtoffers (bijvoorbeeld besmetting met pokken en antrax). Na de ramp in de Verenigde Staten op 11 september 2001 wordt in Nederland rekening gehouden met mogelijke aanvallen op nucleaire installaties. Naast aanscherping van maatregelen voor de veiligheid wordt de burgers ook bescherming geboden door profylaxe met kaliumjodaattabletten. De huidige voorraad is inmiddels vervangen en zal decentraal (bij GGD'en) worden opgeslagen.

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

#### *Beleids effecten*

Het versterken van de expertise in de reguliere zorg bij arbeidsgerelateerde aandoeningen is de zevende operationele doelstelling voor de curatieve zorg. In de discussie over het grensvlak tussen arbo-zorg en reguliere gezondheidszorg is geconstateerd dat de kennis en de expertise die de reguliere en geestelijke gezondheidszorg heeft van de behandeling van mensen met arbeidsrelevante gezondheidsklachten, nog tekortschiet. In aanvulling op de vier Nederlandse kenniscentra voor arbeidsgerelateerde aandoeningen, zijn daarom in zestien regio's onder de naam Medwerk regionale samenwerkingsverbanden en expertisecentra opgericht. De regionale expertisecentra en samenwerkingsverbanden fungeren als schakel tussen de vier Nederlandse kenniscentra en de beroepsbeoefenaren (huisarts, bedrijfsarts, verzekeringsarts en anderen). Het beleidseffect richt zich op zinnige en zuinige zorg en begeleiding. De infrastructurele investering in de ontwikkeling en verspreiding van kennis over arbeidsrelevante aandoeningen en in de versterking van de samenwerking en communicatie tussen diverse medische beroepsbeoefenaren moet bijdragen aan een doeltreffende en doelmatige zorg en begeleiding van patiënten met arbeidsrelevante aandoeningen.



### *Aard van de verantwoordelijkheid*

De verantwoordelijkheid van de overheid is stimulerend en aanjagend. Vervolgens zal het veld zelf de verantwoordelijkheid dragen en zorgen voor optimale zorg voor arbeidsgerelateerde aandoeningen.

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

#### *Subsidies*

- Medwerk en de Nederlandse Kenniscentra Arbeidsrelevante Aandoeningen vanuit VWS en SZW via Zorgonderzoek Nederland Medische wetenschappen (ZONMw) tot en met 2006. Daarbij is uitdrukkelijk voorwaarde voor de subsidie dat de centra op termijn eigen inkomsten genereren en dat ze na 2006 op eigen kracht verder gaan.
- Het door VWS en SZW geïnitieerde programma «Betere zorg, tevreden patiënten» is in 2001 gestart. Bij de tussentijdse evaluatie in 2002 bleek dat de kennis over arbeidsgerelateerde aandoeningen beter in kaart was gebracht en op onderdelen was vermeerderd. Op basis hiervan is besloten dit programma tot uiterlijk 2004 te continueren.

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

### *Beleidseffecten*

De achtste operationele beleidsdoelstelling van de curatieve zorg is het bevorderen van de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de geneesmiddelenvoorziening. Doelmatigheid dient daarbij te waarborgen dat de betaalbaarheid – en daarmee samenhangend – de toegankelijkheid van de geneesmiddelenvoorziening ook op termijn is gegarandeerd. Deze aanpak moet uiteraard voldoen aan de voorwaarde van een kwalitatief hoogwaardige geneesmiddelenvoorziening in ons land. Het begrotingsgefinancierde geneesmiddelenbeleid is met name voorwaardenschepend voor de farmaceutische zorg, en stelt de overheid in staat om op adequate wijze haar beleid uit te voeren. Het overgrote deel van de geneesmiddelenvoorziening is echter premiegefinancierd, daarom verwijzen wij voor een totaaloverzicht van deze sector naar de Zorgnota.

### *Weesgeneesmiddelen*

Ook in dit begrotingsjaar zal aandacht worden besteed aan de problematiek rond weesgeneesmiddelen. Bij een groot aantal zeldzame ziekten is de potentiële afzetmarkt voor geneesmiddelen te gering om farmaceutische industrieën te stimuleren deze middelen te ontwikkelen. Inmiddels zijn zowel in EU verband als in Nederland stimuleringsmaatregelen van kracht geworden voor de ontwikkeling van geneesmiddelen voor zeldzame ziekten (weesgeneesmiddelen). De beoordeling van deze middelen voor de toelating tot het sociale verzekeringsstelsel kan echter in sommige gevallen problemen opleveren. Vooral als het om ziektes gaat met een zeer gering aantal patiënten. Als er nog onvoldoende gegevens zijn om effectiviteit en therapeutische waarde van deze middelen vast te stellen, zullen deze gedurende enige tijd via aanvullend onderzoek bestudeerd moeten worden alvorens een beoordeling van deze beide aspecten gegeven kan worden. In 2003 is € 30 mln. gereserveerd voor de kosten van onderzoek en de vergoeding van deze weesgeneesmiddelen.

### *Medicinale cannabis*

Onder maatschappelijke druk is sinds ongeveer 1994 een ontwikkeling op gang gekomen waarin medisch gebruik van cannabis werd toegelaten. Vanuit de situatie van een totaalverbod op de medische toepassing van

cannabis is medisch gebruik nu toegestaan. Enkele stappen zijn reeds gezet, onder meer met de instelling in 2000 van het Bureau voor Medicinale Cannabis (BMC) bij het ministerie van VWS. Cannabis is echter nog steeds niet beschikbaar als geneesmiddel: de grootste stap moet volgen met de start van de levering van cannabis als grondstof aan apotheken door BMC. Onder verantwoordelijkheid van BMC, dat formeel als groothandel zal optreden, zullen daarvoor toegeruste bedrijven uit het farmaceutische handelskanaal het verpakken en het distribueren van de cannabis verzorgen. Hiermee kan worden gestart als aan de farmaceutische kwaliteitsvereisten is voldaan en contracten zijn gesloten met alle betrokkenen. Dit zal waarschijnlijk in 2003 zijn.

#### *Aard van de verantwoordelijkheid*

Wij stellen via het verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering en de Regeling farmaceutische hulp vast welk deel van het extramurale geneesmiddelenpakket in aanmerking komt voor vergoeding. Voorts zijn wij op grond van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening verantwoordelijk voor de bewaking van de kwaliteit van de geneesmiddelenvoorziening. Daarnaast streven we naar een doelmatig geneesmiddelengebruik. Wij hebben geen aanwijzende bevoegdheid, maar kunnen door kennisvergroting het voorschrijfgedrag beïnvloeden. De uiteindelijke beslissing over het voorschrijven en afleveren van medicijnen ligt respectievelijk bij de arts en de apotheker. Daarmee hebben we in de rol van systeemverantwoordelijke een voorwaardenscheppende rol in de geneesmiddelenvoorziening.

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

##### *Subsidies*

- Een verantwoord en doelmatig geneesmiddelengebruik in Nederland. Hierbij staat een juist en veilig gebruik van geneesmiddelen voorop. De stichting DGV (Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik) voert hiervoor projecten uit op het gebied van advisering, voorlichting, projectmanagement, procesondersteuning, training en scholing, materiaalontwikkeling en het werken met voorschrijfgegevens en organiseert bijeenkomsten. Een belangrijke activiteit van de stichting is het ondersteunen van het regionale farmacotherapie overleg (Farmaco Therapie Overleg (FTO) en het Farmacologisch Transmuraal Therapeutisch Overleg (FTTO)). DGV werkt sinds 2002 aan een systeem van certificering van FTO's en FTTO's. DGV organiseert publieksvoorlichtingsbijeenkomsten die erop gericht zijn om «awareness» over de zin en onzin (met name beperkingen) van geneesmiddelen te ontwikkelen bij het algemene publiek. Deskundigheidsbevordering van beroepsbeoefenaren staat eveneens hoog op de agenda.
- De stichting Geneesmiddelenbulletin (GeBu). De stichting GeBu publiceert periodiek een tijdschrift met informatie over werkzaamheid van geneesmiddelen. Hierdoor kunnen voorschrijvers een betere afweging maken bij het «zinnig en zuinig» voorschrijven.
- Onderzoek naar medicinale cannabis.
- Onderzoek naar en vergoeding van de weesgeneesmiddelen.

##### *Wetgeving*

- Op grond van de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) stellen we voor bepaalde geneesmiddelen(groepen) halfjaarlijks maximumprijzen vast.
- De Wet op de geneesmiddelenvoorziening (WOG) wordt aangepast aan huidige inzichten over de kwaliteit van de wetgeving. Ook zullen

de hoofdlijnen van de Europese geneesmiddelenrichtlijnen in de wet worden opgenomen. De nieuwe wet regelt de fabricage, handel en distributie van de geneesmiddelen. Het wetsvoorstel wordt naar verwachting in het najaar van 2002 aan het parlement gezonden.

#### *Voorlichting*

- Wij zijn voornemens de voorlichting te stimuleren aan artsen, apothekers, patiënten en verzekeraars over het doelmatig gebruik van benzodiazepinen (slaap- en kalmeringsmiddelen). Hiermee wordt beoogd de ongewenste neveneffecten zoals ongevallen in huis en het verkeer, verslavingsproblematiek en onnodige uitgaven aan geneesmiddelen tegen te gaan.

#### *Kostenbeheersing*

Het geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS) draagt bij aan de bevordering van kostenbeheersing, omdat het voor een groot aantal geneesmiddelen een maximum stelt aan de vergoeding door de verzekeraar. Indirect heeft het ook effect op de prijsstelling, aangezien de meeste fabrikanten ervoor kiezen een vergoedingslimiet te stellen aan de prijs van het geneesmiddel om bijbetalingen voor de patiënt te voorkomen. Vanaf 1 januari 2003 zal de limiet voor twee categorieën geneesmiddelen (maagzuurremmers en cholesterolverlagende middelen) komen te vervallen. Dit experiment zal geëvalueerd worden. De oplevering van het rapport is gepland voor januari 2004. Prijs- en tariefmaatregelen en de ontwikkeling van protocollen en richtlijnen bevorderen de kostenbeheersing. Dit wordt bereikt met de WGP en de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Deels wordt dit uitgevoerd door het ministerie van VWS en deels door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG). De effectiviteit van de maatregelen evalueren we jaarlijks in de Zorgnota. Voor een overzicht verwijzen we naar de Zorgnota.

#### *Informatiesysteem*

- Bij het beleid voor het bevorderen van de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de geneesmiddelenvoorziening, alsmede de kostenbeheersing, maken we ter ondersteuning gebruik van de informatie uit de database van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK). Dit informatiesysteem bevat gegevens van apothekers over afgeleverde geneesmiddelen, die de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) gebruikt voor het te voeren kostenbeleid. Ook maken wij, en ook andere partijen en organisaties binnen de geneesmiddelenvoorziening, gebruik van de signaleringen die uitgaan van de farmaceutische praktijk van de stichting SIR (Stevenshof Institute of pharmacy practice Research) rond opvallende ontwikkelingen en knelpunten in het geneesmiddelengebruik. Met name rond het gebruik van nieuwe geneesmiddelen.

#### *Stimuleren van zorgverzekeraars*

- Het stimuleren van zorgverzekeraars om hun rol in te vullen, zoals beschreven in het kabinetsstandpunt op de rapporten van de commissie-De Vries en de MDW werkgroep geneesmiddelen d.d. 17 april 2000. De uitvoering van een omvangrijk dereguleringsprogramma vormt hier een onderdeel van. Dit onderwerp wordt uitgebreid behandeld in de Zorgnota 2003.

#### *College ter Beoordeling van Geneesmiddelen*

- Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG), een zelfstandig bestuursorgaan, draagt actief bij aan het goed en veilig gebruik

van geneesmiddelen in Nederland. De taken bestaan uit het beoordelen, registreren en bewaken van geneesmiddelen. Het CBG moet geneesmiddelen beoordelen op louter wetenschappelijke gronden, zonder rekening te houden met politieke, economische en budgettaire overwegingen. Bij het beoordelen staan de werkzaamheid van het geneesmiddel en de mogelijke schade voor de gezondheid van de gebruiker centraal. Nadat geneesmiddelen toegelaten zijn, toetst het CBG de actualiteit van de patiëntenbijsluiters en de productinformatie. Het agentschap CBG (ACBG) ondersteunt de taken van het CBG. Het ACBG is de uitvoeringsorganisatie van het college. De werkzaamheden van het ACBG lichten we toe in de paragraaf over de batenlastendiensten.

### **2.2.9 Gewaarborgde kwaliteit en veiligheid, en doelmatig gebruik van medisch technologische producten en transplantaten**

#### *Beleidseffecten*

De negende en laatste operationele beleidsdoelstelling is het waarborgen van kwaliteit en veiligheid en doelmatig gebruik van medisch technologische producten en transplantaten. Binnen de gezondheidszorg worden menselijke transplantaten (zoals cellen, weefsels en organen) en medisch-technologische producten (zoals medische hulpmiddelen) veelvuldig toegepast. Aan de geneeskundige toepassing van deze producten zijn echter risico's verbonden. Om een veilig en verantwoord gebruik van kwalitatief goede producten te kunnen waarborgen is wet- en regelgeving noodzakelijk. Met de Wet medische hulpmiddelen wordt dit gereguleerd voor de medische hulpmiddelen. Met het voorstel van de Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal zal dit in de toekomst wettelijk geregeld worden voor de menselijke transplantaten. De toepassing van medische producten afkomstig van menselijk materiaal vergt bijzondere aandacht, aangezien voor dit soort producten nulrisico niet haalbaar is in de geneeskunde. Het veiligheidsbeleid voor dit soort producten is er dan ook op gericht om te komen tot een aanvaardbaar risico, waarbij de voor- en nadelen van al dan niet invoeren van veiligheidsmaatregelen tegen elkaar worden afgewogen (optimaal veiligheidsbeleid) voordat een besluit wordt genomen.

#### *Translationeel onderzoek*

In de afgelopen jaren is veel geïnvesteerd in het fundamenteel onderzoek op het terrein van de genterapie. Om deze veelbelovende wetenschappelijke ontwikkelingen toepasbaar te maken voor de kliniek wordt een stimuleringsprogramma translationeel onderzoek voor genterapie op gezet. Met dit onderzoek kan de kennis die is opgedaan in het onderzoekslaboratorium worden overgebracht en toegepast in de kliniek. De kosten hiervoor worden voor 2003 geraamd op € 2 mln.

#### *Orgaandonatie*

Naar aanleiding van de evaluatie van de Wet op de orgaandonatie (WOD) door ZONMw is op 26 februari 2002 een algemeen overleg (ao) orgaandonatie gehouden. De meeste fracties steunden de door VWS opgevoerde beleidsvoornemens: uitbreiding van het aantal donatiefunctionarissen, intensivering van de publieksvoorlichting en een wetswijziging om praktische belemmeringen op te heffen. De fracties waren teleurgesteld over de tegenvallende resultaten van de WOD voor wat betreft de aantallen donororganen. De overheersende mening is echter dat onder het huidige systeem nog veel in de uitvoering te verbeteren valt en dat de voorgestelde maatregelen hiertoe zullen bijdragen. Tijdens het AO is ook

het sturen van een herinneringsmailing aan alle inwoners van 18 jaar en ouder van wie de wens met betrekking tot orgaandonatie nog niet is geregistreerd in het donorregister aan de orde geweest. Het uitvoeren van die persoonlijke mailing blijkt erg kostbaar te zijn (ongeveer € 25 mln.). Naar ons idee wegen de kosten van de mailing niet op tegen de baten. Momenteel bekijken we welke maatregelen, naast de hierboven- genoemde, het aantal beschikbare donororganen positief kan beïnvloeden. Voor het beleidsvoornemen is in 2003 € 2,2 mln. uitgetrokken. Wettelijk is bepaald dat de WOD binnen drie jaar en vervolgens na vijf jaar en na zeven jaar na inwerkingtreding geëvalueerd wordt. De tweede evaluatie van de WOD is medio 2002 gestart en zal naar verwachting nog in 2004 worden afgerond. Voor het huidige systeem zijn deze stimuleringsmaatregelen genomen, om het optimale resultaat te kunnen bereiken. Daarnaast zullen we verschillende modaliteiten van beslis- systemen onderzoeken. Eventuele voornemens tot veranderingen, zullen we voorleggen aan het parlement.

#### *Aard van de verantwoordelijkheid*

Met de diverse regels voor een veilig en verantwoord gebruik van humane lichaamsmaterialen, medische hulpmiddelen en ioniserende straling en radioactieve stoffen scheppen wij kaders waarbinnen alle betrokkenen in de zorgketen dienen te handelen. De operationele verantwoordelijkheden in de zorgketen liggen bij de direct betrokken zorgverleners of fabrikanten. Voor orgaandonatie is dit vergelijkbaar, wij scheppen de kaders om de mogelijkheden voor orgaandonatie te optimaliseren. De verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van donatie- procedures ligt bij de zorgverleners. Het daadwerkelijk beschikbaar komen van donororganen hangt echter vanzelfsprekend af van het aantal voor orgaandonatie geschikte overledenen, en deze laatste factor is uiteraard niet te beïnvloeden. Daarmee zijn wij systeemverantwoordelijk.

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

##### *Subsidies*

- In het op artikel 8 van het wetsvoorstel van de Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal gebaseerde Eisenbesluit lichaamsmateriaal worden globale eisen gesteld aan de technische handelingen met lichaamsmateriaal. Het Eisenbesluit biedt tevens de mogelijkheid normen aan te wijzen die een praktische invulling geven aan de globaal gestelde eisen. Er is een subsidie verstrekt aan het Nederlands Normalisatie Instituut om ondersteuning en advies te geven bij het opstellen van deze normen.
- Diverse (project- en onderzoeks)subsidies gericht op kwaliteit en veiligheid van lichaamsmateriaal en medische hulpmiddelen.

##### *Wetgeving*

- De evaluatie van de Wet inzake bloedvoorziening is in 2002 gestart. Er wordt onder andere onderzocht of de centrale aansturing heeft geleid tot het oplossen van problemen rondom de afstemming in de activiteiten van de bloedinzameling en de organisatorische knelpunten. Gelet op het specifieke karakter van dit project en het beperkte aantal specialisten op dit terrein heeft het onderzoek enige vertraging opgelopen. Uiterlijk oktober 2003 zal de evaluatie van de wet definitief afgerond zijn. Wel zal er rond de jaarwisseling 2002–2003 een voortgangsrapportage verschijnen. De Kamer is hierover reeds bij schrijven d.d. 15 april 2002 (TK; 2001–2002, 28 000 XVI, nr. 114) geïnformeerd.

- Wetsvoorstel kwaliteit en veiligheid lichaamsmateriaal (WKvl) (TK, 2001–2002, 27 844 nr. 6) Het wetsvoorstel is inmiddels door de tweede kamer aanvaard. Bij de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel komt het op de Wet op de orgaandonatie gebaseerde Besluit kwaliteitseisen orgaanbanken te vervallen. In plaats hiervan worden in een algemene maatregel van bestuur de op artikel 8 van de WKvl gebaseerde eisen gesteld waaraan instellingen die handelingen verrichten met lichaamsmateriaal dienen te voldoen.

#### *Voorlichting*

- Wij zijn van plan om met een actieve voorlichtingscampagne een positievere opvatting over orgaandonatie bij de bevolking te bewerkstelligen. Doelstelling van deze campagne is de donatiebereidheid van nabestaanden te vergroten. Ook de donatiebereidheid van allochtonen kan door deze campagne worden vergroot. We streven ernaar het percentage nabestaanden dat bij raadpleging negatief oordeelt over donatie wanneer de overledene niet geregistreerd stond te laten dalen van 76%<sup>1</sup> naar 70%<sup>2</sup>.

#### *Financiering donorregister*

- Door de jaarlijkse aanschrijving van achttienjarigen is er steeds aanwas van het Donorregister. De respons op de aanschrijvingen in de periode 1998–2001 was ruim 37%. Daarnaast melden zich ook personen spontaan aan als donor. Bij het donorregister waren eind 2001 4 757 767 geldige wilsbeschikkingen geregistreerd. Hiervan gaf bijna 46% volledige toestemming tot orgaandonatie, 8% toestemming met beperkingen, 34,1% geen toestemming en ruim 12% laat het over aan een derde/nabestaande.
- Sinds 1 oktober 2001 maakt het Donorregister deel uit van het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG).

**Tabel 4: Aantal malen van raadplegen van het Donorregister**

Realisatie 2000	4 605
Realisatie 2001	6 728
Raming 2002	8 000

De toename in het raadplegen van het donorregister lijkt het gevolg te zijn van het aanstellen van donatiefunctionarissen in ziekenhuizen.

<sup>1</sup> Rapportage NTS nationale analyse donatieformulieren over 2001.

<sup>2</sup> Meetinstrument is de rapportage NTS over 2003.

## 2.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x €1000

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Verplichtingen</b>	278 023	298 961	264 674	278 609	273 710	271 052	270 942
<b>Uitgaven (totaal)</b>	<b>250 756</b>	<b>265 477</b>	<b>255 404</b>	<b>273 316</b>	<b>270 682</b>	<b>271 055</b>	<b>270 942</b>
<i>Waarvan garantieverplichtingen</i>	<i>7 493</i>	<i>32 076</i>	<i>7 000</i>	<i>6 500</i>	<i>3 152</i>		
<b>Programmauitgaven (totaal)</b>	238 364	255 742	244 165	262 147	259 811	260 186	260 073
Functioneren medisch tuchtrecht		1 739	1 738	1 738	1 738	1 738	1 738
Opleiden beroepsbeoefenaren		105 892	118 776	129 472	127 837	126 888	126 881
Kwaliteit, doelmatigheid curatief somatisch		59 440	28 617	29 372	28 810	28 736	33 650
Ethisch verantwoord handelen		8 956	7 359	7 360	7 335	7 335	7 335
Onderzoek en deskundigheid in de zorg		35 144	25 455	27 463	27 463	27 462	22 461
Spoedeisende medische hulp		16 242	11 749	10 024	10 711	9 711	9 711
Arbeidsgerelateerde aandoeningen		6 590	4 133	4 134	4 116	4 116	4 116
Kwaliteit en toegankelijkheid geneesmiddelen		10 806	35 446	40 621	40 620	40 567	40 548
Kwaliteit/veiligheid gebruik lichaamsmateriaal		10 933	10 892	11 963	11 181	13 633	13 633
<b>Apparaatsuitgaven</b>	12 392	9 735	11 239	11 169	10 871	10 869	10 869
<b>Ontvangsten</b>	7 172	4 575	3 214	3 214	3 214	3 214	3 214

## 2.4 Budgetflexibiliteit

Bedragen x €1000

	2003		2004		2005		2006		2007	
<b>Totaal geraamde kasuitgaven</b>		<b>255 404</b>		<b>273 316</b>		<b>270 682</b>		<b>271 055</b>		<b>270 942</b>
<i>– apparaatsuitgaven</i>		<i>11 239</i>		<i>11 169</i>		<i>10 871</i>		<i>10 869</i>		<i>10 869</i>
Dus programma-uitgaven		244 165		262 147		259 811		260 186		260 073
<i>Waarvan juridisch verplicht</i>	<i>80%</i>	<i>195 332</i>	<i>5%</i>	<i>13 107</i>	<i>2%</i>	<i>5 196</i>	<i>1%</i>	<i>2 602</i>	<i>0%</i>	<i>0</i>
<i>Waarvan complementair noodzakelijk en/of bestuurlijk gebonden</i>		<i>0</i>	<i>70%</i>	<i>113 503</i>	<i>70%</i>	<i>181 868</i>	<i>70%</i>	<i>182 130</i>	<i>70%</i>	<i>182 051</i>
<i>Waarvan Beleidsmatige reserveringen</i>	<i>15%</i>	<i>36 625</i>	<i>18%</i>	<i>47 186</i>	<i>20%</i>	<i>51 962</i>	<i>20%</i>	<i>52 037</i>	<i>20%</i>	<i>52 015</i>
<i>Waarvan Overig budget</i>	<i>5%</i>	<i>12 208</i>	<i>7%</i>	<i>18 350</i>	<i>8%</i>	<i>20 785</i>	<i>9%</i>	<i>23 417</i>	<i>10%</i>	<i>26 007</i>
Totaal	100%	244 165	100%	262 147	100%	259 811	100%	260 186	100%	260 073

De bedragen voor beleidsmatige reserveringen vloeien voort uit o.a. de meerjaren afspraken, afspraken die zijn gemaakt met de Vaste Kamer Commissie VWS en toezeggingen aan de Kamer. Daarbij moet gedacht worden aan uitgaven op het gebied van Palliatieve Zorg, Richtlijnontwikkeling en implementatie, opzet regionale ondersteuningsstructuur van en voor medisch specialisten (District op orde), Complicatieregistratie, DBC's, onderzoek naar de Wachtlijstproblematiek, Benchmarking, Spoedeisende medische hulpverlening, Crisisbeheersing en Ramp Enschede/Volendam. Daarnaast zijn middelen gereserveerd voor de opleiding voor vluchtelingenarts, het Nictiz en voor uitbreiding van opleidingscapaciteit (voor huisartsen, verloskundigen en orthodontie).

## 2.5 Groeiparagraaf VBTB

Het algemene informatiebeleid heeft als doel de kwaliteit en de transparantie van de beleids- en verantwoordingsinformatie te verbeteren. De VWS-begroting en Zorgnota respectievelijk de verantwoording, het Jaarbeeld zorg en de brancherapporten worden langs deze lijnen opgesteld. De opzet van de brancherapporten is met de sector afgestemd. De brancherapporten nieuwe stijl bieden een geobjectiveerd beeld in feiten en cijfers van de situatie in het veld van VWS. Samengevat bieden de brancherapporten nieuwe stijl:

- een objectieve gegevensverzameling die in de beleidscyclus en de sector gebruikt kan worden,
- consistentie: een uniforme wijze van rapporteren om onderlinge horizontale vergelijkbaarheid tussen de sectoren te verhogen,
- een basisdataset die wordt gedefinieerd in overleg met de belanghebbende partijen in de sector,
- een blik op het gehele veld van preventie, cure, care, GGZ, welzijn en sport,
- door een systematische verzameling van gegevens (op basis van een vast stramien) ontstaat een duidelijk beeld van de belangrijkste informatielacunes. Deze tekorten worden ook concreet benoemd,
- op termijn een mogelijkheid tot toetsing van concrete doelstellingen van beleid aan de «neutrale» basisinformatie; de brancherapporten vormen zo een objectieve gegevensverzameling die voor alle onderdelen van de beleidscyclus (voorbereiding, uitvoering en verantwoording of evaluatie) benut kan worden.

Dit betekent dat het ministerie van VWS ook in de richting van de betrokken partijen in het veld het VBTB-gedachtegoed actief uitdraagt, zodat ook zij op dezelfde wijze hun begroting, uitvoering en verantwoording gaan inrichten.

In het kader van het programma Modernisering Curatieve Zorg (MCZ) worden initiatieven van verzekeraars ondersteund om informatie over kwaliteit van functioneren, producten en prestaties van de curatieve zorg inzichtelijk te maken. In een meer vraaggestuurd en patiëntgeoriënteerd zorgstelsel is dit voor alle betrokken partijen nuttige informatie. Deze doelstelling is nader uitgewerkt in een aantal deelprojecten, die het afgelopen jaar goede voortgang hebben geboekt. Voorbeelden hiervan zijn deelprojecten als «Invoering DBC's 2003, deelmarktanalyses, en producttypering eerste lijn». Per 1 januari 2003 zullen DBC's worden ingevoerd; waarmee een flinke impuls wordt gegeven aan transparantie in prestaties en functioneren van ziekenhuizen. In combinatie met de introductie van een nieuw verzekeringsstelsel in 2005 zal dit een forse bijdrage leveren aan de doelstellingen van het programma MCZ.

Informatie over de kwaliteit van functioneren, producten en prestaties in de curatieve zorg is voor alle betrokken partijen van belang. Voor VWS zijn deze gegevens van belang omdat ze kunnen worden benut in het kader van beleids- en verantwoordingsinformatie. Het verzamelen, analyseren, toegankelijk en vergelijkbaar maken van gegevens kan nog veel meer dan nu gebeurt worden ondersteund door het gebruik van ICT-middelen. Het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ) zal een prominente rol moeten vervullen bij de totstandkoming van een betere informatievoorziening met ICT, rondom en voor de patiënt, met als doel de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te verhogen.



**Tabel 5: Overzicht evaluatieonderzoeken voor de VWS-begroting 2003**

Onderwerp	Geplande uitvoering
Evaluatie van de Wet BIG	Eind 2002
Evaluatie van de Euthanasiewet	December 2003
Evaluatie van het ERFO-centrum	2002
Evaluatie van de WOD	Medio 2002–2003
Evaluatie van de Wet inzake bloedvoorziening	2002-okt. 2003
Evaluatie van de algemene en operationele doelstellingen curatieve zorg	2002–2007
Eindevaluatie «Betere zorg, tevreden patiënten»	Medio 2004

Voor meer informatie over programmering van evaluatieonderzoek wordt verwezen naar de bedrijfsvoeringsparagraaf.

## BELEIDSARTIKEL 3: GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG, VERSLAVINGSZORG EN MAATSCHAPPELIJKE OPVANG

### 3.1 Algemene beleidsdoelstelling

**Het bijdragen aan een gezondere en veiligere samenleving door het verminderen en voorkómen van psychosociale en psychiatrische problematiek onder de bevolking.**

Om deze doelstelling te realiseren ontwikkelen wij beleid dat de voorwaarden schept voor een toegankelijk, samenhangend en kwalitatief goed aanbod van geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke zorg dat aansluit bij de vraag van individu en maatschappij. Ook coördineren wij het Nederlandse drugsbeleid dat erop gericht is problemen door het gebruik van drugs te verminderen en te voorkomen.

#### *Relatie met de Zorgnota*

De inzet van de begrotingsmiddelen op dit beleidsartikel is niet los te zien van inzet van de premiemiddelen die voor de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang ter beschikking worden gesteld. De begrotings- en premiemiddelen vullen elkaar aan in budgettaire omvang. Ook inhoudelijk gezien vullen ze elkaar aan: de inzet van begrotingsmiddelen voor bijvoorbeeld kwaliteitsprojecten of preventieprojecten kan van invloed zijn op de premiegefinancierde zorgverlening. De toelichting in deze beleidsbegroting beperkt zich in principe tot een toelichting op de prestaties door de inzet van begrotingsmiddelen. Op onderdelen zal verwezen worden naar de Zorgnota 2003. Ter illustratie staan in onderstaande tabel de totale budgetten die onder bovengenoemde sectoren vallen. Ze worden in de Zorgnota nader toegelicht en onderbouwd.

**Bedragen x € 1 mln.**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Programma-uitgaven beleidsartikel 3	296,7	296,4	283,1	282,7	282,8	282,8
Sector Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang (totaal)*	3 485,9	3 601,9	3 647,3	3 709,0	3 750,2	3 780,7

\* Dit zijn de totale uitgaven voor de sector volgens de Zorgnota 2003 (dus inclusief de begrotingsmiddelen).

#### *Relatie met de Welzijnsnota*

De middelen die worden ingezet om de doelstellingen van de Welzijnsnota te verwezenlijken zijn in de verschillende operationele doelstellingen van dit beleidsartikel verwerkt. Bij beleidsartikel 8 (Sociaal beleid) staat wat de verschillende beleidsartikelen bijdragen aan de programmalijnen van de Welzijnsnota.

**Programmalijnen (bedragen x € 1000)**

	Participatie en toegankelijkheid	Voorkomen van sociale uitsluitingen	Lokaal sociaal beleid	Professionaliteit/kwaliteit van voorzieningen	Onderzoek, monitoring en infovoorziening	Totaal
Operationele doelstellingen:						
- Landelijke instellingen mo en vo		1 998				1 998
- Inzicht maatschappelijke problematiek i.r.t. beleid					434	434
- Hulpverlening n.a.v. gebruik verslavende stoffen		440		8 689	4 563	13 692
Totaal		2 438		8 689	4 997	16 124

**3.2 Operationele beleidsdoelstellingen****3.2.1 Het versterken van ambulante en residentiële hulp in de maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en verslavingszorg***Beleidseffecten*

Wij verstrekken (op basis van de Welzijnswet 1994) specifieke uitkeringen aan centrumgemeenten voor maatschappelijke opvang (mo), vrouwenopvang (vo) en verslavingsbeleid. Binnen hun verzorgingsgebied ontwikkelen centrumgemeenten daarmee beleid dat gericht is op de realisering of instandhouding van het geheel van voorzieningen voor opvang en verslavingszorg dat is afgestemd op de regionale behoefte en op het beleid en de voorzieningen in aanpalende sectoren. De specifieke uitkering voor maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid is bedoeld voor activiteiten als het bieden van onderdak, begeleiding, informatie en advies aan personen die hun thuissituatie hebben (moeten) verlaten en niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving. Daarnaast wordt de ambulante verslavingshulpverlening en -preventie hieruit gefinancierd, inclusief activiteiten t.b.v. overlastbestrijding.

Op basis van het jaarbericht 2001 van de Monitor Maatschappelijke Opvang (MMO) blijkt dat in de (residentiële) opvangvoorzieningen in 2001, 55 000 cliënten zijn aangemeld (waarvan 52% aanmeldingen voor de maatschappelijke opvang en 48% voor de vrouwenopvang).

In 2000 maakten 53 428 personen gebruik van de ambulante verslavingszorg. Hiervan meldden zich 22 365 cliënten met alcoholverslaving, 26 605 met drugsverslaving, 3 526 in verband met gokverslaving en 932 personen voor overige problematiek.

In de periode 1998–2002 is het budget voor maatschappelijke opvang met 30,6% gestegen. In 2003 blijft het budget ongewijzigd. De centrumgemeenten hebben de budget-uitbreiding van de afgelopen jaren overwegend ingezet voor dak- en thuislozenopvang en crisisopvang<sup>1</sup>. Zowel gemeenten als uitvoerende instellingen zien echter de noodzaak om een sterker accent te leggen op preventie en herstel.

<sup>1</sup> Besteding extra rijksmiddelen maatschappelijke opvang door centrumgemeenten 2000 en 2001, SGB0, mei 2002.

### *Aard van de verantwoordelijkheid*

Wij zijn systeemverantwoordelijk voor een toereikende en zorgvuldige verdeling van de specifieke uitkeringen. Het Rijk creëert randvoorwaarden, vooral via de specifieke uitkering verslavingsbeleid/maatschappelijke opvang en de specifieke uitkering vrouwenopvang. Met deze specifieke uitkering kunnen centrumgemeenten een gevarieerd aanbod van opvangvoorzieningen leveren aan dak- en thuislozen en vrouwen die slachtoffer zijn van huiselijk geweld. De centrumgemeenten zijn resultaatverantwoordelijk voor het uitvoerend werk (Welzijnswet 1994, art. 4). Gemeenten moeten voldoen aan de verantwoordingsplicht. Wij hebben een voorwaardenscheppende rol bij het verwezenlijken van het instrumentarium om de maatschappelijke effecten te meten. Hiervoor bestaan de Nationale Drug Monitor en de Monitor Maatschappelijke Opvang. We werken aan de ontwikkeling van de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid, waarbij het eerste jaarbericht eind 2002 gereed is.

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

#### *Specifieke uitkeringen*

- 43 gemeenten ontvangen een specifieke uitkering maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid.
- 35 gemeenten ontvangen een specifieke uitkering vrouwenopvang.

#### *Wetgeving*

Wij stellen de Registratieregeling maatschappelijke opvang en vrouwenopvang vast voor instellingen voor maatschappelijke opvang en vrouwenopvang die gesubsidieerd worden door de centrumgemeenten. Deze gegevens zijn relevant voor de Monitor Maatschappelijke Opvang (MMO).

#### *Convenanten, bestuurlijke afspraken*

- Daarnaast willen wij in 2003 een richtinggevend kader verder ontwikkelen voor een sluitende keten van zorg en opvang voor zwerfjongeren en dit vastleggen in een bestuurlijk akkoord. Door het Trimbos-instituut wordt een onderzoek gedaan naar de toereikendheid van het hulpaanbod voor zwerfjongeren. De resultaten van dit onderzoek verschijnen in het najaar van 2002.
- Daarnaast stimuleren we gemeenten hun regieverantwoordelijkheid te nemen om een hulpverleningsaanbod te creëren voor zorgwekkende zorgmijders. Hierbij wordt samengewerkt met hulpverleningsorganisaties, politie, GGD en andere partijen. Deze samenwerking wordt bovendien vastgelegd in een lokaal of regionaal OGGZ-convenant.

Aanvullende/Nadere activiteiten zijn opgenomen in de Zorgnota 2003.

#### *Overleg*

Op basis van de voorstellen uit het landelijke «Actieplan Onderdak» zullen we in samenspraak met andere ministeries (VROM, SZW, BZK) en de VNG, centrumgemeenten stimuleren om:

- preventie- en nazorgbeleid te ontwikkelen,
- de toestroom naar de maatschappelijk opvang te beperken en
- de doorstroom naar andere voorzieningen (AMW en woonbegeleiding) te bevorderen.

In 2003 zullen wij in overleg met de VNG en de Federatie Opvang bezien welke maatregelen gewenst zijn om vanuit centrumgemeenten de komende jaren meer te investeren in preventie en nazorg. Dit laatste is van belang om de druk op de opvangvoorzieningen te verminderen.

### Onderzoek

- In mei 2003 wordt er een visitatie gehouden bij de gemeenten over de vraag hoe de extra middelen voor de opvang van zwerfjongeren (€ 3 mln.) in 2002 en 2003 ingezet zijn. Op basis van die visitatie wordt bezien of een aparte uitkering voor de opvang van zwerfjongeren gewenst is.
- Er komt een onderzoek naar de kostenstructuur in de maatschappelijke opvang en de vrouwenopvang.
- In de vrouwenopvang gaat het om de opvang van vrouwen en eventueel hun kinderen die vanwege (seksuele) mishandeling niet meer thuis kunnen verblijven. Om meer zicht te krijgen op de aanmeldingen en instroom van vrouwen in de vrouwenopvang is het Trimbos-instituut in 2002 een onderzoek gestart. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek zullen wij in 2003 een overleg Vrouwenopvang organiseren met de 35 centrumgemeenten, VNG en Federatie Opvang dat een plan van aanpak moet opleveren, waar terugdringing van de «draaideurproblematiek» deel van uitmaakt. Hiermee worden de beleidsvoornemens uitgevoerd die genoemd worden in de nota «Privé Geweld – Publieke Zaaik» die geldt voor de periode 2003–2006. De minister van Justitie heeft dit rapport in april 2002 mede namens VWS naar de Kamer gezonden (Kamerstukken II, 2001–2002, 28 1345, nr. 1).
- Op basis van de resultaten van een onderzoek van de Algemene Rekenkamer naar de opvang van zwerfjongeren constateren we dat negen centrumgemeenten een beleid voor zwerfjongeren hebben vastgelegd. Daarnaast zeiden 21 centrumgemeenten geld specifiek aan zwerfjongeren te besteden. Onze planning is om het aantal gemeenten dat beleid maakt te verdubbelen. Op basis van de resultaten van het rapport van de Algemene Rekenkamer naar de opvang van zwerfjongeren wordt geconstateerd dat er in pensions slechts 254 plaatsen zijn voor zwerfjongeren, terwijl er op jaarbasis 2600–4600 zwerfjongeren zijn. Onze planning is om deze plaatsen de komende vier jaar met meer dan de helft te laten toenemen. Deze toename wordt gefinancierd uit de bij nota van wijziging (TK 2000–2002, 28 000 XV, nr. 40) beschikbaar gestelde € 3 miljoen voor de opvang van zwerfjongeren. Om de uitbreiding te ondersteunen werken we in 2003 een bestuurlijk akkoord met de betrokken partijen uit. Daarbij zal ook worden afgesproken hoe de praktische implementatie gerealiseerd zal worden.

Tabel 1: Prestatiegegevens					
Output	2001 Realisatie	2002 Raming	2003 Raming	2004 Raming	2005 Raming
Aantal gemeenten met beleid zwerfjongeren	9	11	15	18	20
Aantal opvangplaatsen voor zwerfjongeren	254	290	350	375	391
Aantal vrouwen dat jaarlijks terugkeert in de vrouwenopvang	60%	60%	58%	56%	54%

Bron: Rapport Algemene Rekenkamer opvang zwerfjongeren; Jaarbericht 2001 Trimbos-instituut (Monitor Maatschappelijke Opvang).

### **3.2.2 Het versterken van het aanbod van voorzieningen voor vrouwenhulpverlening, begeleiding en opvang van zwangere vrouwen en moeders, integratie, slachtofferhulp en categoriale maatschappelijke hulpverlening**

#### *Beleidseffecten*

Verscheidene landelijk werkende instellingen bieden maatschappelijke opvang en vrouwenopvang. Hun doelgroepen kampen met ernstige, vaak seksespecifieke problemen, dak- en thuisloosheid, seksuele mishandeling of ongewenste zwangerschap. Wij ondersteunen en verbeteren de werkzaamheden van deze instellingen om te komen tot een toereikend en effectief hulpaanbod.

#### *Aard van de verantwoordelijkheid*

Wij zijn systeemverantwoordelijken en dragen zorg voor een landelijke infrastructuur door een zorgvuldige subsidietoekenning voor dit stelsel van voorzieningen.

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

#### *Subsidies*

Als instrument worden voornamelijk subsidies ingezet. De volgende instanties ontvangen jaarlijks subsidie op basis van een productbegroting: instanties gericht op hulpverlening bij prostitutie (Mr. A. de Graafstichting, Stichting de Rode Draad), thuislozen (Federatie Opvang), verkeersslachtoffers (slachtofferhulp verkeersslachtoffers), slachtoffers vrouwenhandel (Stichting tegen vrouwenhandel), en instanties op het gebied van kwaliteitsverbetering en begeleiding en opvang van zwangere vrouwen en moeders (VBOK, FIOM). De FIOM en de VBOK ontvangen samen jaarlijks ruim € 5 mln. aan subsidie. Deze subsidies dragen ook bij aan programmaliijn 2 uit de Welzijnsnota: voorkomen van sociale uitsluitingen.

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

#### *Beleidseffecten*

Betrouwbare kennis en informatie onderbouwen rationele beslissingen van overheidsdiensten en uitvoerende instellingen en maken beleidsverantwoording beter mogelijk. De Monitor Maatschappelijke Opvang (MMO) verzamelt landelijke en systematische gegevens over vraag, aanbod en beleid in de maatschappelijke opvang en de vrouwenopvang. Naast en in samenwerking met de andere monitoren ontstaat een betrouwbaar totaalbeeld van de geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke zorg. Wij zien de MMO als één van de speerpunten van beleidsverantwoording die binnen enkele jaren moeten zijn geconsolideerd. De resultaten van de MMO worden gepresenteerd in een jaarlijkse rapportage van kerngegevens van de maatschappelijke opvang en in een beknopte evaluatie. Daarnaast vinden themarapportages plaats en een rapportage over gemeentelijk beleid. In 2005 wordt de totale monitor geëvalueerd en zal de beleidsinformatie op deze terreinen aanzienlijk zijn verbeterd.

Er bestaat een gebrek aan beleidsrelevante epidemiologische gegevens, over het optreden en het beloop van psychische stoornissen, zorgbehoefte en zorggebruik. Om hierin te voorzien, laten wij in 2002–2003 secundaire analyses uitvoeren van data van de eerste Netherlands Mental

health Survey and Incidence Study (Nemesis I, 1996 e.v.) en wordt een follow-up voorbereid van dit longitudinale bevolkingsonderzoek in 2006 (Nemesis II).

#### *Aard van de verantwoordelijkheid*

Bovengenoemde activiteiten vloeien voort uit een onderdeel van de landelijke functie zoals omschreven in artikel 1 van de Welzijnswet 1994, namelijk het volgen, signaleren en analyseren van ontwikkelingen in de samenleving. Wij zijn resultaatverantwoordelijk betreffende dat dit volgen, signaleren en analyseren op een adequate wijze gebeurt.

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

##### *Subsidies*

Wij financieren de ontwikkeling van de Monitor Maatschappelijke Opvang (MMO) en toeleverende gegevensbronnen door middel van subsidies. Hiermee dragen wij ook bij aan de uitvoering van programmaliijn 5 van de Welzijnsnota: onderzoek, monitoring en informatievoorziening.

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

#### *Beleidseffecten*

De Koppelingswet sluit voor vreemdelingen zonder wettelijke verblijfstitel de toegang af tot de sociale ziektekostenverzekeringen (ZFW, AWBZ en WTZ). Deze vreemdelingen behoren altijd medisch noodzakelijke zorg te krijgen als een arts de noodzaak daartoe vaststelt. Omdat een particuliere ziektekostenverzekering doorgaans ontbreekt of onvoldoende dekking biedt en deze vreemdelingen vaak niet over voldoende financiële middelen beschikken, loopt de zorgverlener het risico dat een behandeling niet vergoed zal worden.

Om financieel nadeel voor zorgverleners zo nodig te compenseren, kan een beroep worden gedaan op de Regeling Koppeling. Deze regeling wordt instandgehouden door de Stichting Koppeling en is uitsluitend toegankelijk voor zorgverleners en -instellingen in de eerstelijns-gezondheidszorg en AWBZ-gefinancierde zorg. Uitgangspunt blijft dat de patiënt zelf de behandelkosten moet vergoeden. Pas wanneer pogingen tot het verkrijgen van betaling niets hebben opgeleverd, kan een beroep worden gedaan op de Regeling Koppeling. Zorgverleners kunnen niet rechtstreeks om financiële compensatie verzoeken bij de Stichting Koppeling. Een verzoek moet ondersteund worden door een regionaal overlegplatform.

De uitvoering van de Regeling Koppeling is geëvalueerd in het kader van de evaluatie van de Koppelingswet. Binnen de Regeling Koppeling is eigenlijk sprake van twee aparte regelingen: één voor de financiering van zorg geleverd door eerstelijnszorgverleners (huisartsen, verloskundigen, apothekers), en één voor zorg geleverd door AWBZ-gefinancierde instellingen. Ziekenhuizen en ambulancediensten kunnen geen beroep doen op de Regeling Koppeling. Zij maken in het kader van de beleidsregel dubieuze debiteuren afspraken met zorgverzekeraars over oninbare kosten voor medisch noodzakelijke zorg aan vreemdelingen zonder wettelijke verblijfstitel.

Uit de evaluatie blijkt dat de Regeling Koppeling in hoge mate voldoet aan haar doelstelling medisch noodzakelijke zorg aan illegalen te financieren.

#### *Aard van de verantwoordelijkheid*

Wij zijn verantwoordelijk voor het kenbaar maken van het bestaan van de regeling onder zorgaanbieders, en voor de garantie van een zorgvuldige procedure bij het toekennen van de gelden aan en door de Stichting Koppeling.

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

##### *Subsidies*

Wij stellen financiële middelen beschikbaar aan de Stichting Koppeling in de vorm van een jaarlijkse subsidie.

##### *Wetgeving*

Koppelingswet.

**Tabel 2: Prestatiegegevens**

	2001 realisatie	2002 raming	2003 raming	2004 raming	2005 raming	2006 raming	2007 raming
Samenwerkingsverbanden tussen zorgverleners	21	29	34	40	40	40	40

Bron: Werkplan 2002 Stichting Koppeling

Het streven is in totaal veertig regionale samenwerkingsverbanden te realiseren. Er zijn er nu 21; acht samenwerkingverbanden zijn in oprichting en vijf in voorbereiding.

De Regeling Koppeling zal de komende drie jaar worden uitgebouwd tot volledige landelijke dekking is gerealiseerd.

### **3.2.5 Het scheppen van de voorwaarden voor een toegankelijk, samenhangend en kwalitatief goed aanbod van geestelijke gezondheidszorg**

#### *Beleidseffecten en de aard van verantwoordelijkheid*

Wij zijn verantwoordelijk voor het scheppen van randvoorwaarden die ertoe bijdragen dat cliënten zorg ontvangen die ze nodig hebben, geboden in een kwalitatief hoogstaande zorgketen zonder lange wachtlijsten en wachttijden. Voor een verdere toelichting verwijzen we naar de Zorgnota 2003. Hieronder volstaan we met een beschrijving van de begrotingsgefinancierde instrumenten.

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

##### *Subsidies*

- De indicatiestelling voor langdurig zorgafhankelijken wordt per 1 januari 2003 uitgevoerd door Regionaal Indicatieorganen (RIO). Er is met subsidie geïnvesteerd in onafhankelijke en kwalitatief goede indicatiemethoden en deskundigheid.
- Subsidiëring DBC-traject in de GGZ. Met deze subsidie wordt de ontwikkeling van DBC's in de GGZ mogelijk gemaakt. Het traject «DBC's in de GGZ» valt onder het reeds bestaande DBC2003 traject van de somatische curatieve zorg.
- Subsidiëring kenniscentrum psychosociale hulpverlening bij rampen.
- In 2003 zal het Plan van Aanpak Interculturalisatie van de Gezondheids-



zorg verder uitgewerkt worden. Waar mogelijk wordt aangesloten bij bestaande initiatieven. Als onderdeel van het plan van aanpak zal het Centraal en Onafhankelijk Steunpunt opgericht worden. Wat betreft onderzoek, ontwikkeling en monitoring blijft de gemengde werkgroep van ZONMw werkzaam.

- De financiering voortzetten van het kenniscentrum Arbeid en Psyche, van het ZONMw-project «Betere zorg, tevreden patiënt», van het GGZN-project «Arbeid als speerpunt in de GGZ», van de doel-financiering TNO en van het preventieprogramma bij ZONMw.

#### *Convenant, bestuurlijke afspraken*

- Wij zullen de implementatie en naleving van de afspraken die zijn gemaakt door de commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid monitoren en faciliteren door: ondersteuning van voorlichtings-activiteiten aan werkenden door bedrijfsartsen en huisartsen, deskundigheidsbevordering van de eerste- en tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en van huisarts en bedrijfsarts, het verbeteren van de beschikbaarheid en bereikbaarheid van hulpverlening eerste- en tweedelijns-GGZ, afstemming en verwijzing binnen de gezondheidszorg en versterking van de professionele positie van de bedrijfsarts.

#### *Overleg*

Het rapport «Zorg van velen» van de Commissie Geestelijke Volksgezondheid is begin 2002 uitgebracht en wordt benut voor een discussie met alle betrokken partijen over de toekomstige structuur van de geestelijke gezondheidszorg en de bevordering van de geestelijke volksgezondheid. Dit zal leiden tot een standpuntbepaling in april 2003.

#### *Onderzoek*

- Door de sector zelf, door ZONMw en door de Stichting Maatschappij en Onderneming wordt in een aantal pilots de leidraad van de commissie-Donner betreffende psychische arbeidsongeschiktheid getest. De resultaten zijn medio 2003 beschikbaar.
- In opdracht van ZONMw evalueert de Maastricht Health Economics Research and Consultancy Agency (MHERCA) het kenniscentrum Arbeid en Psyche en de drie andere kenniscentra rond arbeidsgerelateerde klachten. Eind 2002 zijn de resultaten daarvan beschikbaar.
- ZonMw evalueert het project «Betere zorg, tevreden patiënt» (Medwerk). De eerste tussenrapportage vindt plaats in het najaar 2002, de eindrapportage wordt begin 2004 verwacht.
- TNO-Arbeid evalueert het GGZN-project «Arbeid als speerpunt in de GGZ». Eind 2003 zijn de uitkomsten beschikbaar.
- Het GGZ-aanbod wordt gemonitord door middel van incidentele peilingen en door gebruik te maken van een landelijke databank waarin (wachtl)ijstgegevens worden verzameld van de zorginstellingen, de vrijgevestigde psychotherapeuten en de vrijgevestigde psychiaters. De instellingen verzamelen die gegevens in hun eigen informatiesysteem, ZORG-IS. Verder zijn er vijf regionale patiëntenregistratiesystemen die de patiëntenstromen volgen door de verschillende zorgvormen heen. Tot slot wordt gebruikgemaakt van de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid.

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

#### *Beleidseffecten*

Doelstelling van het Nederlandse drugsbeleid is om de risico's van het drugsgebruik voor het individu, zijn directe omgeving en de samenleving te voorkomen of te beperken. De vraag naar drugs en de risico's van drugsgebruik voor het individu en zijn directe omgeving worden verminderd door professioneel zorg- en preventiebeleid. In dit verband is het relevant dat het aantal sterfgevallen als gevolg van drugsgebruik de afgelopen jaren stabiel is gebleven. Wij streven ernaar die stabiele trend te handhaven.

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

Internationaal vergeleken, loopt Nederland niet uit de pas in het cannabisgebruik. Na een jarenlange toename is het gebruik van cannabis onder jongeren zelfs gestabiliseerd. De stijging van het aantal cannabisgebruikers dat hulp zoekt vlakkt af. Wij streven naar een bestending van deze ontwikkelingen door te investeren in preventie, onderzoek en monitoring, en in een verbetering van het hulpaanbod in de verslavingszorg (Resultaten Scoren). In lijn met de wens van de Kamer handhaven we de huidige capaciteit voor de behandeling met heroïne. We zullen de nodige maatregelen treffen, in overleg met de gemeenten, de inspectie voor de Gezondheidszorg en de betrokken onderzoekers.

Het aantal opiaatverslaafden blijft stabiel, evenals het aantal opiaatcliënten in de ambulante verslavingszorg. Het injecteren van opiaten neemt af evenals het aantal aidsmeldingen onder HIV-geïnfecteerde gebruikers. Overdosering komt vrij weinig voor. Wij willen deze positieve trends doorzetten, onder meer door te investeren in de intramurale verslavingszorg, preventie en onderzoek. Aandacht voor seksueel risicogedrag blijft nodig.

**Tabel 3: Schatting recente gebruikers**

Soort drug	Geschat aantal recente gebruikers
Cannabis	323 000
Cocaïne	26 500
Opiaten	Geen schatting i.v.m. zeer geringe aantallen
XTC	40 000
Amfetaminen	13 000

Bron: Nationale Drugmonitor (NDM) 2001.

#### *Aard van de verantwoordelijkheid*

Patronen van en trends in druggebruik zijn van een groot aantal factoren afhankelijk, zoals sociaal-economische factoren, ontwikkelingen in de jongerencultuur, demografische en religieuze ontwikkelingen en wellicht het gevoerde beleid. Het is niet mogelijk om het effect van elk van deze factoren te bepalen op gebruikspatronen en trends. Internationale vergelijkingen laten zien dat zich in landen met verschillende vormen van drugsbeleid identieke gebruikspatronen en trends kunnen aftekenen, en dat patronen en trends kunnen divergeren in landen met een min of meer vergelijkbaar beleid. Kortom, het is niet mogelijk een causaal verband te leggen tussen beleid en patronen en trends, met name in de incidentie en prevalentie.

Wij zijn systeemverantwoordelijk voor de verslavingszorg door de voorwaarden voor een goed aanbod te creëren. De daadwerkelijke uitvoering van verslavingszorg ligt in handen van instellingen en gemeenten.

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

##### *Subsidies*

- Activiteiten gericht op voorlichting over en preventie van problematisch middelengebruik (zoals voor XTC in het kader van de nota «Samenspannen tegen XTC»).
- Instanties gericht op hulpverlening en maatschappelijke integratie (t.b.v. overlastbestrijding) van problematische gebruikers van psychoactieve middelen.
- Het landelijk kennisinstituut en projectsubsiëring van onder meer vakinstellingen op dit gebied.
- Detoxificatie met naltrexon: in 2003 vindt nog follow-up plaats van de cliënten die in 2001 hebben deelgenomen aan het experiment, waarbij zij al of niet onder narcose een detoxificatiebehandeling met behulp van naltrexon hebben ondergaan, gevolgd door een ambulante behandeling gedurende tien maanden. Eind 2003 vindt de eindrapportage van het experiment plaats.
- In 1998 startte het Programma Verslaving van ZONMw voor een periode van drie jaar. In 2000 werd het met eenzelfde periode verlengd. In de tweede periode is het vooral de bedoeling de in gang gezette beweging in onderzoek, ontwikkeling en evaluatie verder te stimuleren, en met name aandacht te besteden aan de implementatie van bruikbare resultaten. Met implementatieprojecten kan de invoering van «evidence based» vernieuwing in de dagelijkse praktijk op grotere schaal worden gestimuleerd en geëvalueerd. De drie centrale thema's zijn: 1) individuele gevoeligheid voor verslavende stoffen; 2) terugval in verslavingsgedrag, hunkering (craving), en 3) de verbetering en

innovatie van preventie, zorg en monitoring. De projecten die binnen de thema's worden uitgevoerd, richten zich in principe op alle potentieel verslavende stoffen. In de praktijk gaat het in de meeste projecten om drugsgebruik, en in mindere mate om het gebruik van alcohol of tabak. Eind 2001 waren er in totaal vijftig projecten gestart. Ongeveer de helft daarvan is inmiddels ook afgerond.

- Het programma Resultaten Scoren wordt voortgezet. Wij subsidiëren dit programma met € 0,7 mln. per jaar. GGZ Nederland is, in overleg met VWS, verantwoordelijk voor de uitvoering. Resultaten Scoren heeft als doelstelling de kwaliteit en de innovatie van de verslavingszorg en -preventie te versterken. Daartoe werkt de sector samen in drie ontwikkelcentra. Het meerjarig programma wordt na 2003 waarschijnlijk met een jaar verlengd. In 2003 worden protocollen voor detoxificatie, zelfhulp en dubbele diagnose ontwikkeld, getoetst en overgedragen aan het veld. In 2003 worden ook cliëntprofielen geschreven voor de sociale verslavingszorg en wordt de pilot Elektronisch preventiedossier afgerond. Daarnaast worden de regionale leernetwerken die dit jaar zijn opgericht verder uitgebreid.
- Ondersteuning van bijzondere ondersteuningsorganisaties en belangenvertegenwoordigers in de verslavingszorg. Tjandu werkt aan de vermindering van verslavingsproblematiek zoals die zich manifesteert binnen de Molukse gemeenschap. Mainline informeert harddrugsgebruikers over de negatieve bijwerkingen van drugsgebruik met voorlichtingsactiviteiten en publicaties. Subsidie van het platform multiculturele verslavingszorg en Arrazi draagt bij aan de uitvoering van programmalijn 2 van de Welzijnsnota: voorkomen van sociale uitsluitingen.
- Projecten ter bevordering van internationale samenwerking. Wij faciliteren het Nederlands Focal Point, dat voor Nederland gegevens levert aan het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) voor onder andere de vijf door het EMCDDA vastgestelde kernindicatoren. Deelname aan de Pompidougroep (permanente werkgroep) van de Raad van Europa.
- Activiteiten voor het Actieplan Alcoholzorg zijn opgenomen in de Zorgnota. Het streven is het aantal probleemdrinkers in 2004 terug te brengen tot 980 000 (in 2001 bedroeg het aantal probleemdrinkers 1 100 000). Sinds enige tijd kunnen bepaalde probleemdrinkers die in aanraking gekomen zijn met justitie behandeld worden in een forensische verslavingskliniek. Uit een effect- en procesevaluatie waarvan de resultaten in 2003 beschikbaar zijn, zal blijken of deze interventie voldoet.
- Op verschillende locaties wordt geëxperimenteerd met organisatorische aanpassingen in de (eerstelijns) GGZ die een doelmatiger gebruik en voorschrijven van psychofarmaca beogen. In juni 2003 komen de resultaten van deze «proeftuinen» beschikbaar.

#### *Onderzoek*

- De Nationale Drug Monitor en het (mee)financieren van permanente, periodieke en incidentele gegevensstromen op het gebied van drugs, alcohol, andere riskante genotmiddelen, verslaving en hulpverlening. Hiermee dragen wij ook bij aan de uitvoering van programmalijn 5 van de Welzijnsnota: onderzoek, monitoring en informatievoorziening.
- In 1999 is de Nationale Drug Monitor (NDM) van start gegaan met als doel monitoring van de drugs- en alcoholproblematiek. De NDM is ondergebracht bij het Trimbos-instituut. Inmiddels heeft de NDM vier Jaarberichten samengesteld, waarvan het meest recente, het Jaarbericht 2002, als bijlage bij de voortgangsrapportage «Drugsbeleid

2001–2002» aan de Tweede Kamer wordt aangeboden. Separaat verschijnen regelmatig achtergrondstudies, waarbij specifieke aspecten van de drugsproblematiek nader worden uitgewerkt. In 2002 verschijnt de achtergrondstudie «Cannabis: feiten en cijfers», opgesteld door het bureau NDM. Andere producten van het NDM-bureau zijn de wetenschappelijke signaleringen over zorg- en preventiethema's en de coördinatie van diverse werkgroepen van experts rond verslaving.

- Voor onderzoek en epidemiologie zijn in de Pompidougroep vele activiteiten in gang gezet om in Europees verband vergelijkbare gegevens te verkrijgen. Voorbeelden hiervan zijn het multi-city project en school surveys (ESPAD). De komende jaren zal ook meer aandacht worden besteed aan het vertalen van de beschikbare gegevens naar het ontwikkelen van drugsbeleid. Ook in internationaal verband wordt meer gestreefd naar «evidence-based policy». Om dit te ondersteunen is voor drie jaar financiering beschikbaar gesteld voor een (Nederlandse) secretaris van de werkgroep Onderzoek en epidemiologie. Thans worden er door het Ierse voorzitterschap voorbereidingen getroffen voor de ministeriële conferentie die in 2003 zal worden gehouden.

#### *Voorlichting*

- Voorlichting en communicatie over drugs- en verslavingsaangelegenheden vanuit Nederlands perspectief voor internationale doeleinden. Hierbij kan onder andere gedacht worden aan de follow-up van de internationale cannabisconferenties.

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

#### *Beleidseffecten*

Het algemeen maatschappelijk werk (AMW) is een eerstelijnsvoorziening voor mensen die psychosociale hulp behoeven. Als een soort «huisarts» bij materiële (huisvesting, arbeid/inkomen, schulden) en immateriële (eenzaamheid, lage assertiviteit) problematiek biedt het onder meer informatie en advies, begeleiding en behandeling, ondersteuning en dienstverlening. Het AMW kent tevens meer specifieke publieksgerichte voorzieningen voor onder ander scholen, gezondheidscentra, buurten, ziekenhuizen en jeugdzorg.

#### *Aard van verantwoordelijkheden*

Wij zijn systeemverantwoordelijk, dat wil zeggen dat onze verantwoordelijkheid bestaat uit een adequate rapportage en een zorgvuldige uitvoering van de tijdelijke stimuleringsregeling AMW. De gemeente is zelf verantwoordelijk voor de voorziening algemeen maatschappelijk werk. In het kader van de versterking van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg is, om de gezamenlijke verantwoordelijkheid van Rijk en gemeenten in de eerstelijns GGZ tot uitdrukking te brengen, echter een tijdelijke stimuleringsregeling AMW (2000–2003) ontworpen, die als doel heeft de capaciteitstekorten in het AMW weg te werken.

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

#### *Specifieke uitkeringen*

- Wij stellen gemeenten in staat het AMW te stimuleren zodat meer mensen gebruikmaken van het laagdrempelige, kortdurende en brede hulpverleningsaanbod. Daarvoor breiden wij de capaciteit van het

AMW uit tot de door ons gewenste kwaliteitsnorm van 1 fte uitvoerend maatschappelijk werker per 6000 inwoners. Deze inhaalslag komt neer op een realisatie van 369 fte eind 2003. Een capaciteitsuitbreiding eind 2003 van 22% ten opzichte van 1998.

<b>Tabel 4: Prestatiegegevens</b>			
	2001 Realisatie	2002 Raming	2003 Raming
Capaciteit AMW	54%	80%	100% (369 fte's)

<sup>1</sup> De Tijdelijke Stimuleringsregeling Algemeen Maatschappelijk Werk loopt van 2000–2003.

SGBO en het NIVEL hebben vorig jaar een evaluatie uitgevoerd onder gemeenten en instellingen voor AMW. Uit deze tussentijdse evaluatie blijkt onder meer dat 25% van de gemeenten verwacht de capaciteitsnorm van 1:6000 te halen. Medio 2001 was 54% van de totale capaciteit die met de stimuleringsgelden gerealiseerd zou moeten worden, al gerealiseerd. De hiervoor benodigde middelen zijn beschikbaar gesteld bij motie-Melkert (APB, 1999). Tijdens en na afloop van deze stimuleringsperiode wordt de ontwikkeling gevolgd en geëvalueerd in samenwerking met de Vereniging voor Nederlandse Gemeenten (VNG).

#### *Onderzoek*

- De resultaten van het evaluatieonderzoek over de maatschappelijke effecten komen in 2003 beschikbaar.
- Er zullen drie regionale experimenten starten om de toegankelijkheid tot de eerstelijnspsycholoog te vergroten. Vervolgens wordt bekeken in hoeverre dit leidt tot een beter inzicht in de latente vraag, tot terugdringing van de toestroom naar de tweede lijn en naar de budgettaire gevolgen die dit met zich meebrengt. 3.2.8 Het versterken van landelijke instellingen voor maatschappelijke opvang en vrouwenopvang is een operationele doelstelling.

#### *Beleidseffecten*

De eerstelijnszorg is een basisvoorziening die onder meer hulp, zorg en voorlichting biedt aan bijzondere doelgroepen. Wij willen een versterking en verbetering van dit aanbod bereiken en daarom stellen we landelijke instellingen in staat hun cliënten hulp, ondersteuning en instrumenten voor zelfontplooiing te bieden.

#### *Aard van de verantwoordelijkheid*

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

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

#### *Subsidies*

- Instanties gericht op vrouwenhulpverlening en geboorteregeling (zoals zwangerschapsbegeleiding, vrouwenopvang, vrouwenzelfhulp, seksespecifieke zorg en dienstverlening, hulp bij seksuele problemen, hulpverlening bij prostitutie, seksueel en relationeel geweld, begelei-

ding slachtoffers vrouwenhandel en vrouwenbesnijdenis). TransAct, de Federatie Vrouwenzelfhulp en de Rutgers NISSO Groep ontvangen tezamen jaarlijks ongeveer € 4,2 mln.

- Instanties gericht op maatschappelijke opvang (zoals de koepelorganisatie van de maatschappelijke opvang (Federatie Opvang) en het Gestructureerd Overleg Maatschappelijke Opvang (GOMO)).
- Diverse instellingen en projecten gericht op bijzondere problematiek (zoals stichting Korrelatie, Joods Maatschappelijk Werk, gereformeerde maatschappelijke dienstverlening, Moluks Diakonaal Maatschappelijk Werk, Federatie SOS telefonische hulpdiensten) en op participatie van betrokken partijen in het beleid (thuislozen, prostituees, slachtoffers vrouwenhandel en vrouwenbesnijdenis, slachtofferhulp en Indische Nederlanders). Met de hulpverlening door de organisaties die werkzaam zijn in de dienstverlening voor bijzondere doelgroepen is jaarlijks een bedrag van ongeveer € 3 mln. gemoeid.

### 3.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x € 1000

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Verplichtingen</b>	348 927	306 379	278 535	283 318	285 262	285 205	285 629
<b>Uitgaven (totaal)</b>	<b>265 315</b>	<b>299 954</b>	<b>299 270</b>	<b>286 049</b>	<b>285 485</b>	<b>285 643</b>	<b>285 629</b>
<b>Programmauitgaven (totaal)</b>	262 222	296 662	296 357	283 136	282 651	282 809	282 795
Doeluitkeringen mo, vo en vz		221 171	220 667	220 664	220 665	220 664	220 664
<i>Waarvan specifieke uitkeringen</i>		221 171	220 667	220 664	220 665	220 664	220 664
Landelijke instellingen mo en vo		7 601	7 389	7 480	7 478	7 479	7 479
Inzicht maatschappelijke problematiek irt beleid		434	434	434	434	434	434
Toegankelijkheid gezondheidszorg voor illegalen		3 387	3 630	3 630	3 630	3 630	3 630
Bevorderen geestelijke gezondheidszorg		22 356	22 936	26 380	25 924	25 885	25 871
Hulpverlening nav gebruik verslavende stoffen		20 634	20 683	16 337	16 318	16 515	16 515
<i>Waarvan specifieke uitkeringen</i>		4 823	4 823	0	0	0	0
Vergroten aanbod Algemeen maatschappelijk werk		12 256	12 257	0	0	0	0
<i>Waarvan specifieke uitkeringen</i>		12 256	12 257	0	0	0	0
Landelijke instanties doelgroepen		8 823	8 361	8 211	8 202	8 202	8 202
<b>Apparaatsuitgaven</b>	3 093	3 292	2 913	2 913	2 834	2 834	2 834
<b>Ontvangsten</b>	6 228	2 020	1 588	1 588	1 588	1 588	1 588

### 3.4 Budgetflexibiliteit

Bedragen x € 1 000

	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Totaal geraamde kasuitgaven</b>	<b>299 270</b>	<b>286 049</b>	<b>285 485</b>	<b>285 643</b>	<b>285 629</b>
– <i>apparaatsuitgaven</i>	2 913	2 913	2 834	2 834	2 834
Dus programma-uitgaven	296 357	283 136	282 651	282 809	282 795
<i>Waarvan juridisch verplicht</i>	100% 296 357	7% 19 820	6% 16 959	6% 16 969	6% 16 968
<i>Waarvan complementair noodzakelijk en/of bestuurlijk gebonden</i>		89% 251 991	89% 251 559	89% 251 700	89% 251 688
<i>Waarvan Beleidsmatige reserveringen</i>		0% 0	0% 0	0% 0	0% 0
<i>Waarvan Overig budget</i>		4% 11 325	5% 14 133	5% 14 140	5% 14 139
Totaal	100% 296 357	100% 283 136	100% 282 651	100% 282 809	100% 282 795

Aan de beleidsmatige reserveringen is nog geen verplichting of noodzakelijke status gegeven. Dat wil uiteraard niet zeggen dat voor deze gelden geen beleidsvoornemens bestaan. Die beleidsvoornemens zijn in de begroting en zorgnota verwoord. Daarnaast omvat de post overig budget reserveringen voor actuele ontwikkelingen en onderzoek.

### 3.5 Groeiparaagraaf VBTB

De verantwoording over de te bereiken resultaten in de geestelijke gezondheidszorg, de maatschappelijke zorg en de verslavingzorg staat of valt met de beschikbare informatie. In 2003 investeren wij daarom in de ondersteunende functie van ICT voor de kwaliteit van de zorg, voor een passende en doelmatige bekostiging en voor verantwoordingsmogelijkheden van het beleid. We willen bereiken dat problemen rond gangbare informatiesystemen in de sector worden opgelost en noodzakelijke vernieuwingen en randvoorwaarden worden doorgevoerd. Tussen 2004–2006 worden de totale resultaten daarvan zichtbaar. In 2006 wordt de noodzaak gezien van verder investeren in de onderliggende aanleverende gegevenssystemen.

De omslag naar een decentraal vraaggericht zorgstelsel heeft gevolgen voor de informatievoorziening. Daarbij gaat het om informatie ter versterking van de positie van de zorgvrager, om inzicht in het functioneren van de zorgmarkten en om verantwoordingsinformatie ten aanzien van de publieke belangen van de overheid. De brancherapporten nieuwe stijl, aangekondigd in het Plan van Aanpak Informatievoorziening in de zorg (TK 2000–2001, 26 753, nr. 57), lopen hierop vooruit. In november 2002 wordt dit overzicht van neutrale basisinformatie over de prestaties van het systeem opnieuw aan de Tweede Kamer aangeboden. Ten opzichte van de eerste proeve, die in september 2001 aan de Tweede Kamer is aangeboden, bevat het brancherapport Geestelijke Gezondheidszorg/Maatschappelijke Zorg 2002 kwalitatief betere en vollediger informatie die bovendien is geactualiseerd. In 2002 wordt in een pilot de afstemming met het Nationaal Kompas (RIVM) onderzocht ter voorbereiding van een geïntegreerd en via internet bereikbaar kennisproduct. Daarmee wordt voorzien in het beter toegankelijk maken van wetenschappelijke kennis en informatie voor markt en overheid.

Het committeren van subsidieontvangers aan de VBTB-systematiek is aanwijsbaar toegenomen, maar blijft een punt van aandacht (groeipad).



Eind 2002 publiceert de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid haar eerste Jaarbericht. Met de Nationale Drugmonitor (NDM), de Monitor Maatschappelijke Opvang (MMO) en het brancherapport GGZ/MZ is nu een samenhangend stelsel van hoogwaardige informatievoorziening opgezet waaraan relevante beleidsinformatie over een langere periode ontleend kan worden.

De wet- en regelgeving krachtens de Welzijnswet 1994 is afgerond en in uitvoering genomen en de registratie maatschappelijke opvang en andere gegevensbronnen is verbeterd.

De verbetering van registraties in de zorg- en hulpverlening blijft aandacht houden. In geaggregeerde vorm leveren deze beleidsrelevante gegevens op. De investeringen in het RIPAG (Regionaal Informatiesysteem Patiëntengegevens GGZ) stelsel en de psychiatrische casusregisters hebben geleid tot een dekking van 41% van de bevolking (april 2002) en een uitbreiding van de regionale samenwerking. Er wordt gestreefd naar 65% in 2003. De ICT-investeringen zijn onder meer benut voor de ontwikkeling en de uitbouw van het nieuwe landelijke zorg-informatiesysteem van de GGZ-branchen (ZORG-IS) en leiden tevens tot toegenomen bewustwording van het belang van verantwoording over prestatie en productie. De deelname aan ZORG-IS groeit en de invoering van een gestandaardiseerde Zorggegevensset is een feit. Komend jaar worden met GGZ Nederland afspraken gemaakt over de aanlevering van informatie vanuit ZORG-IS, wat een voorwaarde voor subsidie is. In de begroting van 2004 komen deze gegevens over te bereiken prestaties (zoals verstrekte zorg per maand, kenmerken cliënt/hulpvraag, aanmeldklachten, diagnostiek, juridische status, cliëntwaardering en wachttijden) terug.

Na zorgvuldige voorbereiding vindt vanaf 2002 de invoering van de Landelijke Centrale Middelens Registratie (LCMR) incrementeel plaats. Deze biedt bijzondere mogelijkheden voor beleidsinformatie waaronder kwaliteit van het voorschrijfgedrag van verslavingsartsen, het volgen van risicogroepen, de medische consumptie van methadon en andere Opiumwetmiddelen. In 2004 komt deze informatie beschikbaar voor de begroting.

De eerste interim-rapportage van het evaluatieprogramma rond de versterking van de eerstelijns GGZ (NIVEL en SGB) bevat een voor-meting met gegevens over het algemeen maatschappelijk werk, eerstelijnspsychologen en huisartsen, en documentatie over het effect van versterkende maatregelen per discipline. In maart 2003 en 2004 zijn de volgende tussenrapportages gereed. In april 2004 is de eindrapportage beschikbaar.

**Tabel 5: Overzicht voorgenomen evaluaties**

Onderwerp	Geplande uitvoering
Evaluatie van de leidraad van de commissie-Donner	2003
Evaluatie stimuleringsregeling algemeen maatschappelijk werk	2003
Effect- en procesevaluatie forensische verslavingskliniek	2003
Evaluatie GGZN-project «Arbeid als speerpunt in de GGZ»	2003
Evaluatie experiment detoxificatie met naltrexon	2003
Evaluatie proeftuinen (gebruik en voorschrijven van psychofarmaca)	2003
Eindevaluatie project «Betere zorg, tevreden patiënt»	2004
Evaluatie onderzoek versterking eerstelijns-GGZ (NIVEL en SGB0)	2004
Evaluatie Monitor Maatschappelijke Opvang	2005

Voor meer informatie over programmering van evaluatieonderzoek wordt verwezen naar de bedrijfsvoeringsparagraaf.

## **BELEIDSARTIKEL 4: GEHANDICAPTENZORG EN HULPMIDDELEN- BELEID**

### **4.1 Algemene doelstelling**

**Mensen met beperkingen hebben alle mogelijkheden om volledig te participeren in de samenleving.**

Mensen met lichamelijke, zintuiglijke en/of verstandelijke beperkingen moeten de mogelijkheid hebben om onderwijs te volgen, te werken, zelfstandig te wonen en aan vrijetijdsbesteding te doen zoals iedere burger zonder beperkingen. Zij dienen de beschikking te hebben over een inkomen. Hun verlangen naar mobiliteit moet kunnen worden verwezenlijkt. Daarnaast is toegang tot communicatiemiddelen en (digitale) informatiebronnen van belang. Veel van deze zaken liggen niet direct op het beleidsterrein van VWS. Als coördinator van het gehandicaptenbeleid streven we naar inclusief beleid. De aandacht voor de mogelijke (onbedoelde) gevolgen van beleid voor mensen met beperkingen dient op alle terreinen vanaf de eerste beleidsvoorbereiding te worden meegenomen. Dit beleid monitoren wij en waar nodig stimuleren we deze ontwikkeling. Instrumenteel komt dit tot uitdrukking in de verkenning van een verdere uitbreiding van het wetsvoorstel Gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte vanuit dit perspectief. Hiervoor is nauwe samenwerking noodzakelijk, vooral met de ministeries van VenW, VROM, OCenW en SZW.

Mensen met beperkingen zelf en hun belangenorganisaties vragen steeds weer aandacht om als individu te worden gezien. Een persoon kan dan wel lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke beperkingen hebben, maar beschikt daarnaast over een groot aantal andere vaardigheden. De laatste tien jaar is er – mede als gevolg van overheidsbeleid – een verschuiving geweest in de richting van een «gewone» plaats in de samenleving. Mensen met beperkingen zijn medeburgers met dezelfde rechten en plichten als ieder ander. Onder het motto «gewoon waar het kan, speciaal waar het moet» moeten mensen met een beperking daarom zo veel mogelijk gebruik kunnen maken van reguliere voorzieningen. Soms zal er een aanpassing nodig zijn en in enkele gevallen is toch nog een specifieke voorziening noodzakelijk. Met name hulpmiddelenzorg zal dan nogal eens voorwaardenscheppend kunnen zijn voor «normaal» maatschappelijk functioneren. Integratie en coördinatie van ondersteunende voorzieningen rond de cliënt is daarbij het uitgangspunt.

De algemene doelstelling wordt vertaald in operationele doelstellingen, die in samenhang dienen te worden beschouwd. Wij streven op doelmatige wijze naar volledige maatschappelijke participatie van mensen met beperkingen, en opheffing van de gescheiden leefsituatie in wonen, onderwijs, werk en vrijetijdsbesteding. Hiervoor is noodzakelijk dat mensen met beperkingen over voorzieningen kunnen beschikken die hun beperking compenseren. Het is ook van belang dat de samenleving fysiek en sociaal toegankelijk is. Mensen met beperkingen moeten zelf kunnen kiezen hoe zij hun leven willen inrichten en welke ondersteuning zij daarbij nodig hebben. De operationele doelstellingen zijn ambitieus geformuleerd. Realisatie ervan is afhankelijk van onder andere de financiële mogelijkheden. Zij moeten dan ook gezien worden als doelstellingen, die voor een groot aantal jaren zullen worden gebruikt. Jaarlijks zal stapsgewijs worden aangegeven welke activiteiten voor het van toepassing zijnde begrotingsjaar zullen worden ondernomen om deze operatio-

nele doelstellingen te gaan bereiken. Resultaatmeting daarvan moet plaatsvinden met behulp van streefwaarden en indicatoren. Meting en beoordeling wordt dan mogelijk. De indicatoren en streefwaarden zijn echter nog niet voorhanden. Hiervoor dient nog onderzoek plaats te vinden.

#### *Relatie met de Zorgnota*

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

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

#### **Bedragen x € 1 mln.**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Programma-uitgaven beleidsartikel 4	30,9	28,1	26,8	25,0	25,1	25,1
Sector Gehandicaptenzorg en hulpmiddelen (totaal)* (Totaal)*	4 964,6	5 074,3	5 185,5	5 332,6	5 445,0	5 496,1

\* Dit zijn de totale uitgaven voor de sector volgens de Zorgnota 2003 (dus inclusief de begrotingsmiddelen).

#### *Relatie met de Welzijnsnota*

Een beperkt deel van dit beleidsartikel wordt ingezet voor het realiseren van de doelstellingen/programmaliijnen van de Welzijnsnota (zie onderstaande tabel). Budgettair gezien wordt vooral bijgedragen aan de programmalijn Participatie en toegankelijkheid. Daarnaast zullen per 1 januari 2003 21 landelijke gehandicapten- en patiëntenorganisaties hun basissubsidie via het Patiëntenfonds ontvangen en niet meer op grond van de Welzijnswet. Bij het beleidsartikel 8 (Sociaal beleid) staat wat de verschillende beleidsartikelen bijdragen aan de programmalijnen van de Welzijnsnota.

**Programmalijnen (bedragen x € 1000)**

	Participatie en toegankelijkheid	Voorkomen van sociale uitsluitin- gen	Lokaal sociaal beleid	Professionaliteit/ kwaliteit van voorzieningen	Onderzoek, monitoring en infvoorziening	Totaal
Operationele doelstellingen:						
Beschikken over beperking- compenserende voorzieningen			778	99	1 215	2 092
Fysiek en sociaal toegankelijke samenleving						
Gescheiden leefsituatie opheffen		200				200
Individuele+collectieve zeggenschap voorzieningen	3 916					3 916
Totaal	3 916	200	778	99	1 215	6 208

**4.2 Operationele beleidsdoelstellingen****4.2.1 Mensen met beperkingen hebben de beschikking over voorzieningen die de beperkingen compenseren***Beleids effecten en aard van de verantwoordelijkheid*

Aan dit doel zijn in algemene zin twee aspecten te onderscheiden:

- Er is voldoende aanbod van voorzieningen die de beperkingen kunnen compenseren, zoals hulpmiddelen, thuiszorg, gezinsbegeleiding en begeleiding bij wonen (zie Zorgnota).
- Het moet mogelijk zijn te kunnen kiezen tussen verschillende aanbieders en soort voorzieningen.

Onze systeemverantwoordelijkheid delen we in de uitvoering met andere departementen en organisaties in de gezondheidszorg. De aanbieders zelf dragen er zorg voor, dat het aanbod daadwerkelijk tot stand komt.

*Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**Wet- en regelgeving*

- In het kader van de deregulering tweede tranche van de extramurale hulpmiddelenzorg start in 2003 een experiment functiegerichte aanspraak voor het functiegebied blindheid en slechthoortheid. Op basis van voorbereidingen in 2002 zal aan dit functiegebied een traject worden gekoppeld voor protocollering van indicatiestelling en zorgrealisatie. De resultaten worden gebruikt voor herformulering van de Regeling hulpmiddelen in functiegerichte termen. Het volledige traject van de tweede tranche deregulering Regeling hulpmiddelen 1996 zal in 2005 zijn afgerond. VWS en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zijn gezamenlijk verantwoordelijk.
- Eind 2002 komen de resultaten beschikbaar van een onderzoek naar de inkomenspositie van gehandicapten en chronisch zieken in relatie tot mogelijke fiscale compensatie van meerkosten op grond van handicap of chronische ziekte (IGCZ). Op basis van onderzoek zullen wij in samenwerking met de betrokken ministeries bezien of de regelgeving voor ziektegerelateerde kosten en voorlichting verbeterd kan worden.

De minister van SZW is verantwoordelijk voor de IGCZ. De minister van VWS is verantwoordelijk voor indicatiestelling via de Regionale Indicatieorganen (RIO's).

#### *Experimenten en onderzoek*

- In het kader van het convenant tussen VWS en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) over een doelmatige uitvoering van de hulpmiddelenzorg is onder regie van ZN in 2001/2002 een twaalfstal experimenten uitgevoerd. Het gaat om een nieuw instrumentarium voor het inkopen, voorschrijven en verstrekken van hulpmiddelen. De ZN zullen de resultaten van de experimenten in 2003 breder implementeren. Wij faciliteren door medefinanciering van de experimenten.
- Marktmonitor hulpmiddelen. Deze monitor ondersteunt de omslag van een aanbodgericht naar een vraaggestuurd, klantgericht verstrekkingensysteem. In 2003 zal een update plaatsvinden van het marktonderzoek naar medische hulpmiddelen. Specifieke onderzoeksvragen worden gericht op de mate van marktwerking, de gevolgen van deregulering voor de sector, de realisering van vraagsturing en de kansen voor innovatieve technologische ontwikkelingen. Resultaten van het marktonderzoek worden ook gebruikt voor het brancherapport Hulpmiddelen 2003.
- Er bestaan kinderdagcentra voor kinderen met meervoudig complexe handicaps (MCG). De meeste gebouwen zijn functioneel verouderd. In 2002 zijn drie experimenten met MCG kinderdagcentra in gang gezet. Tijdens de experimentele periode wordt een zorgmodel ontwikkeld in nieuwe gebouwen, die aan moderne eisen voldoen. De experimenten zullen in 2003 worden afgerond. Hiervoor is in 2003 € 0,3 mln. gereserveerd. De implementatiefase bestrijkt de jaren 2004 tot en met 2006. Het nieuw ontwikkelde zorgmodel zal in 2007 worden geëvalueerd.
- In het zomerakkoord van 2000 in het kader van de Meerjarenaafspraken Gehandicapten is vanaf 2002 op jaarbasis € 1,6 mln. beschikbaar gesteld voor de doorstroming van verstandelijk en meervoudig gehandicapte kinderen vanuit de 105 Kinderdagverblijven (KDC's) naar het onderwijs. Deze groep kinderen kunnen met zorgonderwijsarrangementen de keuze voor school maken. Tot en met 2003 wordt ervaring opgedaan met samenwerkingsprojecten. Als de Wet Leerlinggebonden financiering in werking treedt, ontstaat hiervoor een wettelijke basis. Aan de hand van de ervaringen uit de samenwerkingsprojecten in 2003 zal een prognose worden gemaakt over deelnamecijfers aan het onderwijs van verstandelijk en meervoudig gehandicapte kinderen.
- In 2003 zullen wij het Actieplan Doven uitvoeren in samenwerking met OCenW. In samenwerking met het CVZ zal worden onderzocht of de doventolkvoorziening aansluit bij de behoefte van doven en slechthorenden. Plots- en laatdoven nemen een bijzondere positie in binnen de groep van auditief gehandicapten. Ook de zorg- en dienstverlening aan plots- en laatdoven zal daarom onderwerp van onderzoek zijn. In het kader van dit actieplan wordt ook gewerkt aan de ontwikkeling van de Nederlandse gebarentaal door het Nederlands Gebarent centrum en de versterking van de belangenbehartiging voor doven en slechthorenden.

#### **4.2.2 De samenleving is fysiek en sociaal toegankelijk voor mensen met beperkingen**

##### *Beleidseffecten en aard van de verantwoordelijkheid*

De samenleving moet zich bewust zijn van de problemen die mensen met beperkingen kunnen ondervinden en dat fysieke en sociale aanpassingen volledige participatie van mensen met beperkingen mogelijk maken. Dit betekent aan de ene kant dat mensen zonder beperkingen bekend zijn met mensen met beperkingen en niet onzeker of ontwijkend zijn in de omgang met hen. Aan de andere kant betekent dit dat belemmeringen in de sociale en fysieke organisatie van onze samenleving moeten worden afgebroken. Deze veranderingen gaan niet altijd vanzelf. Daarom werken we aan het wettelijk instrumentarium om mogelijkheden voor mensen met een beperking of chronische ziekte tot deelname aan het maatschappelijk verkeer af te dwingen.

Wij hebben een stimulerende en coördinerende rol bij de betrokkenheid van de andere departementen en overheden, maatschappelijke organisaties en bedrijven als het gaat om fysieke en sociaal-maatschappelijke toegankelijkheid. Andere organisaties zijn nadrukkelijk medeverantwoordelijk.

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

##### *Subsidies*

- 2003 Europees Jaar van mensen met een beperking. Dit jaar staat in het teken van maatschappelijke bewustwording van het recht op volwaardig burgerschap van mensen met beperkingen. We streven ernaar om op interactieve wijze een duurzame integratie van mensen met beperkingen in de samenleving te bevorderen. De activiteiten in 2003 zullen doorlopen in 2004. Uitvoering vindt plaats door het Nationaal Comité Europees Jaar van mensen met een beperking 2003 in samenwerking met intermediaire organisaties en lokale overheden. De systeemverantwoordelijkheid van ons wordt gedeeld met de bewindspersonen SZW en OCenW. Resultaatmeting en evaluatie van de activiteiten van het Jaar zijn onderdeel van het traject. Samen met SZW laten wij een effectmeting houden na afloop van het Jaar.
- Drempels Weg. Internet biedt een belangrijke bijdrage aan de participatiemogelijkheden van mensen met beperkingen. Daarom dragen wij bij aan het vergroten van de toegankelijkheid van internetsites en het bevorderen van computergebruik door mensen met beperkingen. Ons streven is om in 2003 onder andere 150 websiteaanbieders een intentieverklaring te laten ondertekenen en ze te ondersteunen bij de aanpassing van hun site aan de toegankelijkheidseisen.

##### *Wet- en regelgeving*

- Wetsvoorstel gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte. Dit wetsvoorstel zal bijdragen aan het vergroten van het gebruik van algemene voorzieningen op de terreinen arbeid, beroepsonderwijs en openbaar vervoer door mensen met een handicap. Het wetsvoorstel (Kamerstukken II, 2001–2002, 28 169, nrs. 1–5 en 12) is op 4 juli 2002 door de Tweede Kamer aangenomen. Het is ons streven het wetsvoorstel in 2003 in werking te laten treden. Daarom zijn er middelen gereserveerd voor voorlichting over het wetsvoorstel, en is voorzien in een bijdrage aan de kosten van de uitbreiding van de Commissie gelijke behandeling voor dit wetsvoorstel. Ook zal een monitoringsysteem worden ontwikkeld om de werking en de gevolgen van de wet te kunnen volgen. Voor de langere termijn wordt conform de motie-

Pastors c.s. (24 170, nr. 68) en de moties die zijn ingediend tijdens de behandeling in de Tweede Kamer (28 169 nrs. 13–23) gewerkt aan een mogelijke uitbreiding van het wetsvoorstel met de terreinen wonen, goederen en diensten en stedelijke ruimten. Ook wordt gewerkt aan een verkenning van de uitbreidingsmogelijkheden met andere terreinen genoemd in de moties (deze verkenning wordt gekoppeld aan een inventarisatie van knelpunten, waar in de moties eveneens om is gevraagd).

#### *Overleg*

- *E-accessibility*. De Europese Unie stimuleert de toegankelijkheid van websites door toepassing van een standaardprotocol. De Nederlandse overheid streeft ernaar om in het Europese Jaar van mensen met beperkingen alle overheidsinformatie die via het internet wordt verspreid te laten voldoen aan deze standaard. Het ministerie van BZK heeft hierbij een stimulerende rol. Wij zijn betrokken bij het opzetten van een internationaal netwerk van centres of excellence om de benodigde kennis toegankelijk te maken.
- *Design for all*. Een belangrijke bijdrage aan de integratie van mensen met beperkingen wordt verkregen als ontwerpers in de ontwerpfase van producten of diensten al rekening houden met de grote verschillen tussen mensen. VWS zal samen met EZ, SZW en VenW en derden eind 2002/begin 2003 een serie bijeenkomsten organiseren waarin aan opdrachtgevers en ontwerpers handvatten wordt gegeven om volgens de principes van design for all te werken.

#### **4.2.3 De gescheiden leefsituatie van mensen met beperkingen is opgeheven**

##### *Beleidseffecten en aard van de verantwoordelijkheid*

In het verleden zijn veel voorzieningen specifiek voor mensen met beperkingen gecreëerd. Enerzijds biedt dit bescherming voor kwetsbare personen, maar anderzijds leidt dit tot een niet-aanvaardbare scheiding tussen bevolkingsgroepen (gehandicapt versus «normaal»). Opheffing van deze gescheiden leefsituatie is wenselijk, waarbij de noodzakelijke bescherming gewaarborgd blijft.

Het afbouwen van specifieke voorzieningen betekent in veel gevallen uitbreiding van reguliere voorzieningen. Het onderscheid tussen intramurale voorzieningen aan de ene kant en aanpassingen, zorg en ondersteuning aan huis aan de andere kant zal sterk afnemen.

Samen met het ministerie van SZW zijn we indirect verantwoordelijk voor de beoogde ontwikkelingen in dit kader. De ministeries doen dit door te faciliteren en te stimuleren.

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

##### *Subsidies*

- Stimuleringsprogramma Doorstroom van dagbesteding naar betaald werk. Het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) voert op basis van een inventarisatierapport drie projecten uit: monitoring van de doorstroommogelijkheden van veertig deelnemers, ontwikkeling van methodieken voor begeleiders om doorstroom te bevorderen en ondersteuning van regionale netwerken van SPD's, centra voor dagbesteding en organisaties voor arbeidsintegratie. De looptijd van het programma is 2000–2003.



#### *Overleg*

- Participatie van kinderen met een handicap in de reguliere kinderopvang vindt al plaats. Over de verdere mogelijkheden en knelpunten voor een toename van het aantal kinderen met een handicap in de reguliere kinderopvang is een extern advies uitgebracht. In dit advies wordt aandacht geschonken aan de extra kosten die participatie van kinderen met een handicap in de reguliere kinderopvang met zich meebrengt en aan de toegankelijkheid van de reguliere kinderopvang voor de kinderen met een handicap. In de loop van 2003 moet besluitvorming plaatsvinden over de verdere uitwerking en aanpak van dit advies.

#### **4.2.4 Mensen met beperkingen hebben individuele en collectieve zeggenschap over de soort, invulling en de kwaliteit van af te nemen voorzieningen**

##### *Beleidsaspecten en aard van de verantwoordelijkheid*

De positie van de cliënt in de zorgvoorzieningen en de collectieve belangenbehartiging zijn noodzakelijke voorwaarden om de geschetste doelen te kunnen bereiken. Enerzijds zal de cliënt de mogelijkheid moeten hebben om zijn eigen keuzen te kunnen maken uit het aanbod van voorzieningen. Geïndividualiseerde budgetten spelen hierbij een grote rol. Aan de andere kant hebben belangenorganisaties medeverantwoordelijkheid bij de voorbereiding en uitvoering van beleid, met name in de informatievoorziening voor mensen met beperkingen. Het is onze verantwoordelijkheid om bij te dragen aan de noodzakelijke voorwaarden om tot de gewenste situatie te komen.

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

##### *Subsidies*

- Bij het zomerakkoord van de MJA-gehandicaptenzorg in 2000 is met ingang van 2002 structureel € 2,7 miljoen beschikbaar gesteld om de positie van de cliënt op regionaal niveau te versterken door verbetering van het vrijwilligersbeleid en professionalisering van de ondersteuning. Per 2003 loopt de subsidie via het Patiëntenfonds.
- Medezeggenschap. Voor mensen met een handicap die langdurig zijn aangewezen op verzorgd verblijf in een instelling en/of gebruikmaken van dagbestedingsactiviteiten, is medezeggenschap over de wijze waarop die zorg en activiteiten wordt geboden van essentieel belang voor de kwaliteit van hun bestaan. Daarom subsidiëren wij landelijke organisaties om het werk van cliëntenraden in woonvormen en dagverblijven/activiteitencentra te ondersteunen door middel van informatie, voorlichting, deskundigheidsbevordering en externe ondersteuning aan cliëntenraden en zorginstellingen.
- Kwaliteitstoetsing. Voor het monitoren en toetsen van de feitelijke ontwikkeling van de kwaliteit van zorg is de raadpleging en inbreng van de gebruikers van die zorg van essentieel belang. De kwaliteits-toetsing vanuit cliëntenperspectief zal worden gecontinueerd.
- Project Intergemeentelijk en Lokaal beleid gericht op ouderen, gehandicapten, chronisch zieken en (ex)psychiatrische patiënten (Project IGLO+). Doelstelling is het bevorderen van lokaal integraal gehandicapten-, ouderen- en GGZ-beleid door goede informatie van de rijksoverheid aan gemeenten en door onderling gebruik te maken van eigen ervaringen met integratie van beleid op lokaal niveau. De looptijd van het project is 2002–2004. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten is verantwoordelijk voor de uitvoering.

- Hulpmiddeleninformatiecentrum (HIC). De stichting HIC heeft als doel de bevordering van transparantie en vraagsturing in de hulpmiddelenvoorziening en is voorwaardenscheppend voor een goed verloop van het dereguleringsstraject. In 2003 zal worden besloten over de wijze waarop het HIC zal worden gecontinueerd.
- Website Nietafwachten.nl. Oorspronkelijk opgezet als extra medium voor de ondersteuning van de wachtlijstaanpak, heeft de site zich ontwikkeld tot informatieplatform voor alle beleidsontwikkelingen in de gehandicaptensector. Ook in 2003 zal de site een belangrijke ondersteuning zijn bij beleidstrajecten zoals de zorgzwaarte-financiering, zorgvernieuwing en de diverse pilots en een belangrijke informatiebron blijven voor cliënten, instellingen en andere partijen. De kosten voor 2003 worden geraamd op € 250 000. De site valt onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS. Doelstelling is om in 2003 het bezoekersaantal (gemiddeld 250–300 per dag) ten minste op hetzelfde niveau te houden.
- Tevredenheidsmonitor Hulpmiddelen. De tevredenheidsmonitor geeft vanuit de gebruikers van hulpmiddelen input voor het hulpmiddelenbeleid en wordt gebruikt in het kader van de evaluatie van het dereguleringsstraject. Eind 2003 komen resultaten beschikbaar, die als input zullen dienen voor de marktmonitor hulpmiddelen en de signaleringslijst van het CVZ.

### 4.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x € 1000

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Verplichtingen</b>	42 420	36 030	29 971	29 645	27 937	27 813	27 982
<b>Uitgaven (totaal)</b>	<b>37 046</b>	<b>35 091</b>	<b>31 100</b>	<b>29 819</b>	<b>27 977</b>	<b>28 002</b>	<b>27 982</b>
<b>Programmauitgaven (totaal)</b>	33 744	30 850	28 075	26 794	25 045	25 070	25 050
Verbeteren kwaliteit gehandicaptenzorg		12 769					
Vraaggestuurde zorg door ontwikkeling zorgvormen		5 643					
Monitoren wachtlijsten en indicatiestelling		450					
Bijdrage aan de Welzijnsnota		6 041					
Bevorderen uitvoerend werk voor gehandi- capten		2 544					
Kwaliteit, doelmatigheid hulpmiddelen- voorzieningen		3 403					
Beschikken over beperking-compenserende voorzieningen			8 776	9 690	9 564	9 421	9 402
Fysiek en sociaal toegankelijke samenleving			5 999	5 059	3 380	3 381	3 380
Gescheiden leefsituatie opheffen			942	964	1 019	1 019	1 019
Individuele+collectieve zeggenschap voorzieningen			12 358	11 081	11 082	11 249	11 249
<b>Apparaatsuitgaven</b>	3 302	4 241	3 025	3 025	2 932	2 932	2 932
<b>Ontvangsten</b>	579	347	295	295	295	295	295

## 4.4 Budgetflexibiliteit

Bedragen x € 1000

	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Totaal geraamde kasuitgaven</b>	<b>31 100</b>	<b>29 819</b>	<b>27 977</b>	<b>28 002</b>	<b>27 982</b>
– apparaatsuitgaven	3 025	3 025	2 932	2 932	2 932
Dus programma-uitgaven	28 075	26 794	25 045	25 070	25 050
Waarvan juridisch verplicht	12% 3 369	7% 1 876	6% 1 541	6% 1 428	6% 1 428
Waarvan complementair noodzakelijk en/of bestuurlijk gebonden	73% 20 495	71% 19 024	68% 17 023	61% 15 208	54% 13 656
Waarvan Beleidsmatige reserveringen	15% 4 211	22% 5 895	26% 6 481	34% 8 434	40% 9 966
Waarvan Overig budget	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0
<b>Totaal</b>	<b>100% 28 075</b>	<b>100% 26 794</b>	<b>100% 25 045</b>	<b>100% 25 070</b>	<b>100% 25 050</b>

De bedragen voor beleidsmatige reserveringen geven dat deel van de uitgaven aan, dat nog niet is belegd met juridische verplichtingen en complementair noodzakelijke en/of bestuurlijk gebonden uitgaven. Dat wil overigens niet zeggen, dat voor deze uitgaven geen concrete beleidsvoornemens bestaan. Die beleidsvoornemens zijn in deze begroting en reeds eerder verschenen nota's aan de Kamer verwoord. Het betreft in deze onder andere de bekostiging van de doorstroming van verstandelijk en meervoudig gehandicapte kinderen vanuit het kinderdagverblijf naar het onderwijs en van activiteiten, waarmee het uitbouwproces van consulententeams naar expertisecentra voor ernstig meervoudig gehandicapten wordt gerealiseerd. De uitvoering van deze beleidsvoornemens, waaronder het aangaan van de concrete verplichtingen, vindt deels in 2002 en grotendeels in 2003 plaats. Voor deze uitvoering zijn de Welzijnswet, de Kaderwet volksgezondheidssubsidies en de Begrotingswet met de daarbij behorende regelgeving van toepassing.

## 4.5 Groeiparagraaf

Bij de toelichting op de algemene doelstelling is aangegeven, dat de operationele doelstellingen ambitieus zijn geformuleerd. Het bereiken van deze operationele doelstellingen zal meerdere jaren vergen. Streefwaarden en indicatoren voor deze ambitieus geformuleerde operationele doelstellingen zijn nog niet ontwikkeld. Resultaatmeting is echter van essentieel belang. Dit houdt in dat dit ter hand genomen wordt.

De vernieuwingen in de formulering van de operationele doelstellingen vergen nieuwe informatie en nieuwe informatiebronnen en -systemen om gegevens te verwerken en streefwaarden te ontwikkelen. Zo wordt benchmarking steeds belangrijker. Via benchmarking wordt transparant gemaakt hoe instellingen functioneren op het gebied van doelmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg. Deze informatie is bedoeld voor zowel het instellingsmanagement als de overheid. Daarnaast is mogelijk een onderzoek noodzakelijk om meer en betere streefwaarden en indicatoren te kunnen ontwikkelen voor het gehandicaptenbeleid. Eerst zullen we echter in 2002/2003 intern en in overleg met de onderzoeksbureaus nagaan hoe we de mogelijkheden van de rapportages van het SCP, NIZW, RIVM/VTV en de jaarlijkse brancherapporten voor het gebruik van indicatoren en streefwaarden meer kunnen gaan benutten.

**Tabel 1: Overzicht voorgenomen evaluaties**

Onderwerp	Geplande uitvoering
Evaluatie 2003 Europees Jaar van mensen met beperkingen	2004
Evaluatie van het dereguleringstraject	2003
Evaluatie uitbreiding van de opvangcapaciteit	Eind 2004
Evaluatie Wet basisvoorziening kinderopvang	2007

Voor meer informatie over programmering van evaluatieonderzoek wordt verwezen naar de bedrijfsvoeringsparagraaf.

### 5.1 Algemene beleidsdoelstelling

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

Het aantal 75-plussers neemt de komende jaren met gemiddeld 15 000 mensen per jaar toe tot ruim 1,1 miljoen in 2010. Ongeveer een kwart daarvan is 85-plus. Naast deze demografische ontwikkelingen bepalen ook de geneeskundige, technologische, sociaal economische en culturele ontwikkelingen de aard en omvang van de zorgvraag in de toekomst.

De wachtlijstaanpak in de jaren 2000–2002 heeft geleid tot een forse stijging van het zorgaanbod. Het aantal mensen in zorg is in de periode 1998–2001 met ongeveer 80 000 personen (ruim 15%) toegenomen. Doordat de behoefte aan zorg ook fors toenam (sterker dan op grond van de vergrijzing verwacht mocht worden), was het aantal wachtenden in oktober 2001 87 300 (van wie 32 500 zonder overbruggingszorg) ongeveer stabiel vergeleken met een eerdere peiling in maart 2001 (82 100 wachtenden, van wie 32 400 zonder overbruggingszorg) maar beduidend lager dan in mei 2000 (101 700 wachtenden, van wie 49 500 zonder overbruggingszorg). (Bron cijfers: TK 2001–2002, 25 170, nr. 25). Het is niet realistisch om te veronderstellen dat – met de toenemende vraag en de omvang van de bestaande wachtlijst – in 2003 alle wachtlijsten volledig weggewerkt zullen zijn. In 2003 zullen onze inspanningen erop gericht zijn zo veel mogelijk evenwicht te brengen in zorgvraag en zorgaanbod. Aan de aanbodzijde zijn de inspanningen gericht op het aanjagen van intramurale bouwinitiatieven, met name door het hergebruik van ruimte (leegstaande ruimte in ziekenhuizen, ruimte en vrijkomende ruimte in extramuraliserende verzorgingshuizen). Ook de modernisering van de AWBZ levert naar verwachting een bijdrage aan de aanbodzijde doordat nieuwe partijen kunnen toetreden en aanbieders binnen de AWBZ «op elkaars terrein» kunnen opereren. Aan de vraagzijde wordt in aansluiting op de wensen van cliënten getracht de vraag naar zorg in een intramurale setting te verminderen door het aanbieden van reële extramurale alternatieven. Daarvoor wordt onder andere de woonzorgstimuleringsregeling ingezet en wordt gewerkt aan de totstandkoming van een dienstenstelsel.

Om de keuzevrijheid van mensen die langdurig aangewezen zijn op zorg en dienstverlening verder te vergroten, zal de stimulering van de persoonsgebonden en persoonsvolgende budgetten ook in de sector verpleging en verzorging (VenV) actief ter hand worden genomen door vereenvoudiging en voorlichting. Ook zal de positie van cliënten in de zorg op institutioneel niveau moeten worden versterkt. Zowel op nationaal als op regionaal en lokaal niveau zullen cliëntenorganisaties hun positie als eerste partij in de zorg moeten gaan innemen.

Daarnaast zal er meer aandacht zijn voor wat mensen zelf willen en kunnen opbrengen in de zorg voor hun naasten. De mantelzorg het fundament van het zorgsysteem waarvan circa 1,3 miljoen mensen afhankelijk zijn – moet worden verstevigd om de groeiende druk te kunnen opvangen. Hiervoor zullen de organisaties ter ondersteuning van de mantelzorgers versterkt worden.

Tegelijkertijd zal de professionele zorg moeten worden versterkt. De

arbeidsmarktproblematiek in de zorg – in het bijzonder het hoge ziekteverzuim – moet worden aangepakt. Hier ligt een primaire verantwoordelijkheid van de sector zelf.

#### *Intensiveringen*

De palliatieve zorg (amendement-Rouvoet c.s., TK 2001–2002, 28 000 XVI, nr. 26) wordt verder versterkt door middel van een toereikend aanbod, een adequate organisatie en een hoge kwaliteit van de palliatieve zorg in de meest brede zin van het woord. Hiervoor wordt € 10 mln. beschikbaar gesteld. Meer in het bijzonder komen deze extra middelen ten goede aan onder andere de verpleeghuizen en verzorgingshuizen, waar palliatieve zorg aan patiënten mogelijk wordt gemaakt. In een brief aan de Tweede Kamer (TK 2001–2002, 28 000 XVI, nr. 115) is het gebruik van de middelen aangegeven.

De aanvullende tranche van de woonzorgstimuleringsregeling is bijgesteld van € 25 mln. naar € 13 mln. Deze tranche is rechtstreeks aan de begroting van het Ministerie van VROM toegevoegd. Het Ministerie van VROM voert de regeling uit.

#### *Relatie met de Zorgnota*

De inzet van de begrotingsmiddelen op dit beleidsartikel is niet los te zien van inzet van de premiemiddelen die voor verpleging, verzorging en ouderen ter beschikking worden gesteld. De begrotings- en premiemiddelen vullen elkaar aan in budgettaire omvang. Ook inhoudelijk gezien vullen ze elkaar aan: de inzet van begrotingsmiddelen voor bijvoorbeeld kwaliteitsprojecten of preventie-projecten kan van invloed zijn op de premiegefinancierde zorgverlening.

De toelichting in deze beleidsbegroting beperkt zich in principe tot een toelichting op de prestaties door de inzet van begrotingsmiddelen. Op onderdelen zal verwezen worden naar de Zorgnota 2003. Ter illustratie staan in onderstaande tabel de totale budgetten die onder bovengenoemde sectoren vallen. Ze worden in de Zorgnota nader toegelicht en onderbouwd.

#### **Bedragen x € 1 mln.**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Programma-uitgaven beleidsartikel 5	40,1	29,0	32,9	25,0	25,0	24,9
Sector Verpleging en verzorging (totaal)*	9 732,1	9 849,6	9 977,0	10 087,8	10 133,5	10 170,9

\* Dit zijn de totale uitgaven voor de sector volgens de Zorgnota 2003 (dus inclusief de begrotingsmiddelen).

#### *Relatie met de Welzijnsnota*

De middelen die worden ingezet om de doelstellingen van de Welzijnsnota te verwezenlijken, zijn in de verschillende operationele doelstellingen van dit beleidsartikel verwerkt. Bij beleidsartikel 8 (Sociaal beleid) staat wat de verschillende beleidsartikelen bijdragen aan de programmaliijnen van de Welzijnsnota.

## Bijdrage Welzijnsnota aan operationele doelstellingen voor 2003

Programmalijnen (bedragen x € 1000)	Participatie en toegankelijkheid	Voorkomen van sociale uitsluitingen	Lokaal sociaal beleid	Professionaliteit/kwaliteit van voorzieningen	Onderzoek, monitoring en informatievoorziening	Totaal
Operationele doelstellingen:						
Tijdigheid en toegankelijkheid				1 142	605	1 747
Passendheid en keuzevrijheid	6 050	261	500	264	47	7 122
Informele zorg en preventie						
Kwaliteit en doelmatigheid	500			645	500	1 645
Communicatie en coördinatie ouderen-beleid	4 563					4 563
Totaal	11 113	261	500	2 051	1 152	15 077

Bron: VWS.

## 5.2 Operationele beleidsdoelstellingen

### 5.2.1 Het bevorderen van een zodanig aanbod van intramurale en extramurale zorgvoorzieningen en dienstverlening dat de mensen die ervoor in aanmerking komen binnen redelijke termijnen geholpen worden

#### *Beleidseffecten*

Om het beleid op het terrein van verpleging, verzorging en dienstverlening af te stemmen op de wijze waarop de vraag zich zowel kwantitatief als kwalitatief ontwikkelt in de komende decennia, brengen we vanaf 2003 elke vier jaar de «Vooruitzichten verpleging, verzorging en dienstverlening» uit. Daarnaast zal via de AWBZ-brede zorgregistratie structureel meer inzicht worden geboden in de feitelijke actuele instroom en realisatie van de vraag naar zorg- en dienstverlening. Beide instrumenten vormen een belangrijke input voor het te voeren beleid. De AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) zal op termijn de periodieke wachtlijstpeilingen gaan vervangen, doordat met de AZR permanent inzicht ontstaat in vraag en aanbod en daarmee de omvang van wachtlijsten. Voorts zullen we een regionaal opererend team faciliteren dat potentiële initiatiefnemers stimuleert en procesmatige knelpunten signaleert en oplost. Het afstemmen van zorgvraag en zorgaanbod zal ook in 2003 prioriteit krijgen. De effecten van de aanpak van de wachtlijsten worden – daar waar inspanningen van marktpartijen leiden tot daadwerkelijk meer aanbod en productie – grotendeels met premiemiddelen gefinancierd via het zogenoemde boter-bij-de-vis-principe. Voor de effecten van de maatregelen op de capaciteit van de zorgverlening verwijzen we naar de Zorgnota. Via de begrotingsgefinancierde uitgaven ontstaat inzicht in de vraagontwikkeling en de aard en omvang van de wachtlijsten. Het aantal wachtenden geldt als belangrijkste indicator voor het bereiken van deze doelstelling. In de afgelopen periode zijn de wachtlijsten intensief aangepakt (zie tabel 1). Zowel het totaal aantal wachtenden als het aantal wachtenden dat het zonder zorg moet stellen is substantieel gedaald. Ook in 2003 wordt een maximale inspanning verricht voor het vergroten van de productie.

**Tabel 1: Streefwaarde aantal wachtenden VenV-sector**

	Mei 2000	Maart 2001	Oktober 2001
Wachtenden zonder zorg	49 500	32 400	32 500
Wachtenden met overbruggingszorg	52 200	49 700	54 800
<b>Totaal aantal wachtenden</b>	<b>101 700</b>	<b>82 100</b>	<b>87 300</b>

Bron: (TK 2001–2002, 25 170, nr. 25).

Bij deze operationele doelstelling ligt voor de lijnen van de Welzijnsnota het accent op «professionaliteit en kwaliteit van voorzieningen» en «onderzoek en monitoring van informatievoorziening».

#### *Aard van de verantwoordelijkheid*

Voor de realisatie van deze doelstelling zijn wij afhankelijk van de inspanningen van de afzonderlijke zorgaanbieders en lokale overheden. Daarbij speelt tevens het aanbod op de arbeidsmarkt een belangrijke rol. Bij het bereiken van deze doelstelling spelen talrijke exogene factoren een rol zoals technologische ontwikkelingen, sociaal-culturele ontwikkelingen en bestuurlijke en organisatorische ontwikkelingen in de zorg. Wij vervullen een aanjaagfunctie en faciliteren het werkveld.

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

##### *Subsidies*

- Strategisch Beleidsonderzoek. Onderzoek naar ontwikkelingen binnen de sector verpleging, verzorging en ouderen onder andere op het gebied van ICT in de zorg en de ontwikkeling van vraag en aanbod.
- Periodiek onderzoek naar de omvang van de wachtlijsten.
- Instellingen. In 2003 wordt een aantal plaatsen in bejaardenpensions bekostigd en wordt wachtgeld betaald aan een aantal ex-medewerkers van een instelling op basis van een in 1994 aangegane verplichting. Beide zijn aflopend beleid en qua omvang gering.

##### *Overleg/voorlichting*

- Aanjagen van intramurale bouwinitiatieven en extramurale alternatieven om aan de aanbodzijde een bijdrage te leveren aan het versnellen van in gang gezette bouwplannen.

### **5.2.2 Een zodanige zorgverlening en dienstverleningswijze aanbieden dat mensen naar eigen keuze een zorg- en verblijfsarrangement kunnen samenstellen dat op de eigen behoefte is afgestemd**

#### *Beleids effecten*

Om de keuzevrijheid van mensen die langdurig van zorg afhankelijk zijn verder te vergroten, stimuleren we persoonsgebonden en persoonsvolgende budgetten. De mogelijkheden worden ook vergroot door een gevarieerd aanbod van wonen met zorg op maat. Meer dan nu zou de zorg naar de mensen toe moeten komen in plaats van andersom. Enerzijds omdat steeds meer mensen dat als gewenst ervaren, maar anderzijds ook omdat het gezien de demografische ontwikkelingen in de komende jaren fysiek vrijwel onmogelijk is om in de toekomst in voldoende mate te voorzien in intramurale voorzieningen. De woonzorg-



stimuleringsregeling heeft onder andere tot doel de diversiteit in aanbod en de samenwerking van partijen op het gebied van wonen, zorg en dienstverlening te stimuleren. Ook wordt via de woonzorgstimuleringsregeling (een gedeelte van de) zorginfrastructuur gefinancierd die het mogelijk maakt om langer zelfstandig te kunnen blijven wonen.

Een belangrijk punt van aandacht is de ontwikkeling van een stelsel van welzijn en dienstverlening, zodat mensen niet onnodig snel hun zelfstandigheid en mogelijkheden voor maatschappelijke participatie verliezen. Relatief kleine inspanningen/investeringen in welzijn kunnen grote(re) besparingen in zorgkosten opleveren. In het kader van keuzevrijheid is er speciale aandacht voor de wensen van allochtone ouderen.

Bovengenoemde doelstelling streven we via twee sporen na: enerzijds door het versterken van de vrager (financieel en in toegang tot informatie) anderzijds door het zorgsysteem van zodanige prikkels te voorzien dat ook langs die kant een gevarieerder aanbod van zorg en dienstverlening zal ontstaan. Bij deze operationele doelstelling ligt voor de lijnen van de Welzijnsnota de nadruk op «participatie en toegankelijkheid» (onder andere de woonzorgstimuleringsregeling).

Op dit moment beschikt circa 72% van de mensen in zorg (ruim 600 000) over een eigen vorm van verblijf. Rekening houdend met de tendens van extramuralisering en de totale groei van het zorgaanbod streven we per eind 2003 naar 75%. De groei van het zorgaanbod is de afgelopen jaren voor 16% met PGB's gefinancierd. Na de vereenvoudiging in het kader van de modernisering AWBZ zou dat ultimo 2003 naar 20% kunnen groeien (streefwaarde ultimo 2003).

#### *Aard van de verantwoordelijkheid*

Wij zijn in het streven naar het verwezenlijken van deze doelstelling sterk afhankelijk van de bereidheid en mogelijkheden van zorgaanbieders om tot een nieuw aanbod te komen. Ook lokale overheden spelen hierbij een rol. Ook de samenwerking met de minister van VROM en de wooncorporaties is een belangrijke succesfactor. Onze systeemverantwoordelijkheid delen we derhalve met andere overheden en organisaties.

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

##### *Subsidies*

- De Woonzorgstimuleringsregeling, de ontwikkelingsprogramma's «Vernieuwing en Beleidsontwikkeling» en «Wonen en zorg op maat» en diverse projecten en onderzoeken gericht op het stimuleren van nieuwe combinaties van wonen met zorg op maat. In de eerste twee tranches van de woonzorgstimuleringsregeling zijn in totaal 350 projecten gehonoreerd die hebben gezorgd voor diversiteit in woonzorgarrangementen. Tevens is de samenwerking tussen betrokken partijen op het gebied van wonen en zorg gestimuleerd. De effecten van het stimuleren van meer geschikte woningen met zorg en dienstverlening op maat zullen worden gevolgd via de woonzorgmonitor, die in opbouw is.
- Organisaties van allochtone ouderen en onderzoeken specifiek gericht op de leefsituatie en de wensen van allochtone ouderen.

##### *Onderzoek/Voorlichting*

- Het ontwikkelen van een «woonzorgmonitor».

### **5.2.3 Het faciliteren van informele zorgverlening en preventie, om zo te komen tot een beter evenwicht tussen mantelzorg en professionele zorg**

#### *Beleidseffecten*

Los van het vanzelfsprekende belang van de omvang van het voor de zorg beschikbare budget is een goed functionerend systeem van mantelzorg en effectief preventief beleid van groot belang. Mantelzorg is het fundament van het zorgsysteem waarvan circa 1,3 miljoen mensen afhankelijk zijn. Daar waar de demografische ontwikkeling in de komende jaren een forse toename laat zien van het verwachte aantal zorgbehoevendenden, groeit de populatie waaruit geput kan worden om mantelzorg te verlenen minder hard. In de toekomst zal de druk op de mantelzorg dus toenemen. Het bevorderen van de mantelzorg en het ondersteunen van de mantelzorgers draagt bij aan een beter evenwicht tussen professionele zorg en mantelzorg.

Van de ongeveer 900 000 huishoudens die hulp ontvingen in 1999 (exclusief het aantal huishoudens dat uitsluitend particuliere hulp – veelal van werksters – ontving), is 49% volledig afhankelijk van mantelzorg, ontvangt 34% uitsluitend professionele zorg en ontvangt 12% een combinatie van informele en professionele zorg.<sup>1</sup> In het licht van de personeelsschaarste in de professionele zorg enerzijds en de grote druk op mantelzorgers anderzijds, wordt zo veel mogelijk gestreefd naar combinaties en uitwisselbaarheid van informele en professionele zorg. Dit kan door in de eerste plaats de wachtlijsten te reduceren of op te lossen; hierdoor neemt het aantal zorgvragers die zowel thuiszorg als mantelzorg ontvangen toe. In de tweede plaats kan dit worden bereikt door mensen die nu nog geen zorg verlenen aan een naaste te bewegen mantelzorg te bieden of door de huidige mantelzorgers in staat te stellen langer als mantelzorger op te treden. De mantelzorgondersteuning kan worden verbeterd als professionele organisaties meer respijtzorg (dagopvang, kortdurende opname, oppaszorg) bieden. Dit is een proces van lange adem. In dit licht is het wenselijk dat het percentage mensen dat een combinatie van informele en professionele zorg ontvangt stijgt van 12% naar 15% ultimo 2003.

Een beleidsevaluatie van deze operationele doelstelling is voorzien in 2005.

#### *Aard van de verantwoordelijkheid*

Voor een goed preventief beleid is naast onze inzet ook die van lokale actoren van belang. Gemeenten hebben hierin op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) en welzijnswet een belangrijke verantwoordelijkheid. Wij zijn systeemverantwoordelijk. De hiervoor genoemde prestatiegegevens zijn dan ook nadrukkelijk streefwaarden.

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

##### *Subsidies*

- Landelijke organisaties van mantelzorgers en het financieren van de inrichting van een expertisecentrum mantelzorg bij het NIZW. De landelijke organisaties voor vrijwillige thuiszorg coördineren de inzet vanuit de steunpunten mantelzorg en de inzet van vrijwillige thuiszorg. De steunpunten mantelzorg zijn gericht op het bieden van emotionele steun, bemiddeling en praktische informatie.

---

<sup>1</sup> Gebaseerd op cijfers van het SCP. Percentages tellen niet op tot 100% omdat er nog een categorie overig is van 5%.

#### **5.2.4 Een zodanige kwaliteit en doelmatigheid in de verpleging, verzorging en dienstverlening dat tegen de geringst mogelijke kosten de hoogst mogelijke kwaliteit wordt geboden**

##### *Beleidseffecten*

Het streven naar kwaliteit en doelmatigheid heeft betrekking op zowel de instellingen als op productkwaliteit. Door de ontwikkeling van wet- en regelgeving wordt bijgedragen aan het doelmatig functioneren van de sector verpleging, verzorging en ouderen. In wet- en regelgeving is het streven gericht op deregulering waar mogelijk en het bieden van meer verantwoordelijkheden aan de instellingen (onder andere waar het gaat om het bouwregime). Verder wordt de toegankelijkheid van informatie voor ouderen en toepassing van technologie voor ouderen bevorderd. Benchmarking van instellingen moet het inzicht in de kwaliteit van de bedrijfsvoering van instellingen en onderlinge vergelijkbaarheid mogelijk maken. Verhoging van het inzicht in het eigen functioneren (vergeleken met anderen) vormt de eerste stap op weg naar verbetering van de kwaliteit van de bedrijfsvoering van instellingen.

Met gebruikmaking van benchmarkgegevens en een proefopzet bij enkele instellingen die verschillend op het benchmarkonderzoek hebben gescoord zullen tarieven voor zorg in natura worden herijkt.

##### *Aard van de verantwoordelijkheid*

Naast algemene arbeidsmarktontwikkelingen is de realisatie van deze doelstelling voor een groot deel afhankelijk van het beleid van de instellingen. Arbeidsmarktbeleid is primair een zaak van CAO-partijen. Dat geldt ook voor de kwaliteit van de bedrijfsvoering van de instellingen. Als systeemverantwoordelijke vervullen wij een aanjaagfunctie en scheppen zodanige voorwaarden dat instellingen hun verantwoordelijkheid als werkgevers en CAO-partij zullen en kunnen nemen.

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

##### *Subsidies*

- Diverse projecten op het gebied van kwaliteit en doelmatigheid op instellingsniveau; met als doel de positie van cliënten te verbeteren, kennis breder toegankelijk te maken en ouderentechnologie te stimuleren.
- Oprichting en implementatie verpleegkundige/verzorgende adviesraden binnen zorginstellingen.
- Interne visitatietrajecten bij instellingen om de knelpunten in de beroepsuitoefening op te lossen.
- Regionale ondersteuningstructuren van verplegenden en verzorgenden.
- Een overdracht van «best practices» in personeelsbeleid onder de naam «het veld adviseert het veld».

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

##### *Beleidseffecten*

Ouderen willen, net als jongeren, zelf bepalen hoe zij hun leven inrichten en deelnemen aan het maatschappelijke leven. Het ouderenbeleid krijgt vorm bij gemeenten en provincies, bij verschillende departementen en ook internationaal. Samenwerking tussen betrokkenen komt nadrukkelijk in beeld. Verpleging, verzorging en dienstverlening maken daar deel van

uit. Ook op de beleidsterreinen wonen, inkomen, arbeid, welzijn, vervoer en educatie is aandacht voor ouderen nodig.

De vergrijzing noopt tot een aanpassing van de samenleving waardoor die beter is toegesneden op de verschuiving in de wensen en behoeften van burgers en op de zich wijzigende noodzaak van participatie van burgers. Het beleid zal moeten worden gezien vanuit de levensloopbenadering. Overgangen in het leven van personen moeten vloeiender worden en verschillende maatschappelijke domeinen mogen niet langer strikt van elkaar gescheiden zijn. In dit verband worden het belang van bijvoorbeeld het langer blijven verrichten van betaalde arbeid en het anders inrichten van de gezondheidszorg breed onderkend.

Evenzeer is het van belang om discussie te voeren over vraag hoe we komen tot een samenleving die burgers uitdaagt om in bredere zin deelgenoot te blijven en medeverantwoordelijkheid te dragen. Deze meer fundamentele discussie met het veld en de (toekomstige) ouderen en de beleidsvisie die daarop gebaseerd moet worden met betrekking tot het ouderenbeleid ontbreekt tot nu toe. Voor de coördinatie van het ouderenbeleid kan deze visie echter niet worden gemist. Voor de tijdige signalering van knelpunten en aandachtspunten wordt een «monitor ouderenbeleid» ontwikkeld.

Om de participatie van ouderen te bevorderen en te ondersteunen, stellen we landelijke belangen- en cliëntenorganisaties in staat hun rol naar behoren te vervullen. Alle uitgaven binnen deze operationele doelstelling vallen in de Welzijnsnota in de lijn «participatie en toegankelijkheid».

#### *Aard van de verantwoordelijkheid*

Intersectoraal ouderenbeleid is, zoals we in het voorgaande reeds verwoordden, een zaak van diverse sectoren en departementen. Wij coördineren het ouderenbeleid. Eind 2003 zal een strategische verkenning aan het kabinet worden voorgelegd voor het beleid ten aanzien van senioren en ouderen op korte termijn (tot 2010) met een doorkijk naar 2030. Het wordt een verkenning die in dialoog met burgers en overige betrokkenen tot stand wordt gebracht.

De beleidsdoelstellingen die uit deze verkenning voortvloeien zullen hun weerslag vinden in diverse sectoren en departementen en de coördinatie van het intersectoraal ouderenbeleid.

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

##### *Subsidies*

- Organisaties van ouderen via het patiëntenfonds. Daarnaast subsidiëren we diverse specifieke projecten van ouderenorganisaties

##### *Overleg*

Het leveren van bijdragen aan supranationale organisaties en internationale overleggen en conferenties zowel in Europees, mondiaal als bilateraal verband.

##### *Onderzoek/Voorlichting*

- Het uitbrengen van een tweejaarlijkse «monitor ouderenbeleid».

### 5.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x € 1000

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Verplichtingen</b>	28 277	40 311	31 980	36 070	28 166	27 986	28 008
<b>Uitgaven (totaal)</b>	<b>27 311</b>	<b>43 230</b>	<b>32 100</b>	<b>36 026</b>	<b>28 109</b>	<b>28 053</b>	<b>28 008</b>
<b>Programmauitgaven (totaal)</b>	24 410	40 073	28 953	32 879	25 048	24 992	24 947
Tijdigheid en toegankelijkheid		3 798	1 834	3 255	3 176	3 141	3 096
Passendheid en keuzevrijheid		12 233	7 372	10 532	2 733	2 712	2 712
Informele zorg en preventie		4 851	4 755	4 755	4 755	4 755	4 755
Kwaliteit en doelmatigheid		14 828	10 429	9 739	9 739	9 739	9 739
Communicatie en coördinatie ouderenbeleid		4 363	4 563	4 598	4 645	4 645	4 645
<b>Apparaatsuitgaven</b>	2 901	3 157	3 147	3 147	3 061	3 061	3 061
<b>Ontvangsten</b>	20 898	227	227	227	227	227	227

### 5.4 Budgetflexibiliteit

Bedragen x € 1000

	2003		2004		2005		2006		2007	
<b>Totaal geraamde kasuitgaven</b>		<b>32 100</b>		<b>36 026</b>		<b>28 109</b>		<b>28 053</b>		<b>28 008</b>
<i>apparaatsuitgaven</i>		3 147		3 147		3 061		3 061		3 061
Dus programma-uitgaven		28 953		32 879		25 048		24 992		24 947
<i>Waarvan juridisch verplicht</i>	94%	27 200	57%	18 800	42%	10 500	40%	10 000	40%	10 000
<i>Waarvan complementair noodzakelijk en/of bestuurlijk gebonden</i>	0%	0	27%	9 000	36%	9 000	36%	9 000	36%	9 000
<i>Waarvan Beleidsmatige reserveringen</i>	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
<i>Waarvan Overig budget</i>	6%	1 753	16%	5 079	22%	5 548	24%	5 992	24%	5 947
<b>Totaal</b>	100%	28 953	100%	32 879	100%	25 048	100%	24 992	100%	24 947

Het overgrote gedeelte van de programma-uitgaven is niet vrij besteedbaar (overig budget), maar op enige wijze verplicht of gereserveerd. In latere jaren is het percentage overig budget op dit moment hoger.

### 5.5 Groeiparagraaf VBTB

Over het algemeen geldt dat wij met relatief weinig budget – in vergelijking tot de premiemiddelen – met name voorwaardenscheppend, faciliterend en richtinggevend kunnen werken. Over het algemeen zijn de prestaties die in «het veld» worden geleverd (in kwantitatieve en kwalitatieve omschrijving) slechts indirect te koppelen aan onze inspanningen. Wel wordt getracht om het inzicht in de prestaties zo veel mogelijk transparant te krijgen. Hiertoe wordt onder andere jaarlijks als onderdeel van de brancherapportage «Volksgezondheid» het brancherapport «Care» gepresenteerd.

Voor 2003 zijn in de evaluatieprogrammering geen evaluatieonderzoeken opgenomen. Het streven is om zo veel mogelijk via reguliere systemen van prestatiegegevens het bereiken van de doelstellingen te meten. Voor

operationele doelstelling 3 «Evenwicht en samenhang tussen informele (mantel)zorg en professionele zorg» is evaluatie in 2005 voorzien, gezien de uitbreiding van de financiële mogelijkheden waartoe in 2001 is besloten.

De ontwikkeling van de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR), de monitor ouderenbeleid en de woonzorgmonitor vormen belangrijke instrumenten om de kwaliteit van de beleids- en verantwoordingsinformatie te verbeteren.

De AZR zal op termijn inzicht geven in de actuele vraag en het aanbod binnen de gehele AWBZ en daarmee ook in de verpleging en verzorging. De AZR zal naar verwachting uitgroeien tot een regulier systeem van prestatiegegevens en gegevens opleveren over het bereiken van een evenwicht tussen vraag en aanbod en de termijnen waarbinnen degenen die daarvoor in aanmerking komen geholpen worden. Zolang de AZR nog niet volledig operationeel is, zal inzicht worden verkregen in de verhouding tussen vraag en aanbod door periodieke wachtlijstinventarisaties. Om nader invulling te geven aan de coördinatiefunctie op het terrein van het ouderenbeleid zullen wij een beleidsmonitor ontwikkelen. Hiermee kan systematisch de inhoud van beleidsontwikkelingen van departementen, lagere overheden en binnen het veld worden gevolgd. Deze informatie wordt vastgelegd in een tweejaarlijks te verschijnen publicatie over het intersectoraal ouderenbeleid (eerste publicatie begin 2003).

Ook de inzet van het benchmarkinstrument om tarieven te herijken en een maatlat te ontwikkelen voor het beoordelen van kosten en kwaliteit van instellingen, draagt bij aan de verhoging van het inzicht en verhoging van de sturing in de sector.

**Tabel 2: Overzicht voorgenomen evaluaties**

Onderwerp	Geplande uitvoering
Evaluatie van de operationele doelstelling: evenwicht en samenhang tussen informele (mantel) zorg en professionele zorg	2005

Voor meer informatie over programmering van evaluatieonderzoek wordt verwezen naar de bedrijfsvoeringsparagraaf.

## BELEIDSARTIKEL 6: ARBEIDSMARKTBELEID<sup>1</sup>

### 6.1 Algemene beleidsdoelstelling

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

#### *Aard van de verantwoordelijkheid*

Met betrekking tot het arbeidsmarktbeleid in dit beleidsartikel zijn wij verantwoordelijk voor het door de VWS-sectoren geleverde en te leveren voorzieningenniveau. Vanuit deze verantwoordelijkheid leveren wij een bijdrage aan een goede aansluiting van vraag en aanbod van personeel in de VWS-sectoren.

Voor de middellange termijn is het arbeidsmarktbeleid gericht op het reduceren van de dreigende tekorten aan met name verplegend en verzorgend personeel door voldoende gekwalificeerd en gemotiveerd personeel aan te trekken en te behouden om de beoogde zorg te leveren. De primaire verantwoordelijkheid berust bij de sociale partners. Daarnaast leveren we een bijdrage aan het algemene arbeidsmarkt- en werkgelegenheidsbeleid van het kabinet.

### 6.2 Operationele beleidsdoelstellingen

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

#### *Beleidseffecten*

In 1999 zijn doelstellingen afgesproken met sociale partners in de arbeidsmarktconvenanten (Convenant Arbeidsmarktbeleid Zorgsector (CAZ) en Convenant Arbeidsmarktbeleid Welzijn en Jeugdhulpverlening (CAWJ)). De centrale doelstelling in deze convenanten is het voorkómen van personeelstekorten. Naast de centrale doelstelling zijn voor de periode 2000–2004 concrete subdoelstellingen geformuleerd die een bijdrage leveren aan het realiseren van de centrale doelstelling. Belangrijke doelstellingen in CAZ-verband<sup>2</sup> zijn:

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

Daarnaast is vanaf 2001 een intensivering van het arbeidsmarktbeleid in gang gezet met de uitwerking van de aanbevelingen van de Commissie Van Rijn. Deze intensivering is in onderstaande vier sporen uiteengezet:

- Spoor 1: aantrekkelijk maken van werk;
- Spoor 2: langere gemiddelde werktijd;
- Spoor 3: stimuleren van instroom;
- Spoor 4: tegengaan van uitstroom.

In de Zorgnota 2003 wordt uitgebreid ingegaan op de uitwerking van deze vier sporen.

<sup>1</sup> (Zie ook: beleidsartikel 2, voor arbeidsmarktbeleid artsen en paramedici.)

<sup>2</sup> Ook in het CAWJ zijn subdoelstellingen opgenomen. Hier concentreren wij ons echter op de CAZ-doelstellingen, omdat deze door het kwantitatieve karakter goed meetbaar zijn en de zorgsector bovendien in omvang een stuk groter is.

In de onderstaande tabel staan de realisatiecijfers tot en met 2001 van de CAZ-subdoelstellingen, evenals het indicatieve pad naar de CAZ-doelstellingen in 2003. Het basisjaar van deze doelstellingen is 1999.

<b>Tabel 1: indicatoren CAZ-doelstellingen</b>					
	1999	2000	2001	2002	2003
	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Raming	Raming
Ziekteverzuim zorg en welzijn	7,8%	7,8%	7,5%	7,0%	6,8%
WAO-instroom zorg en welzijn	1,8%	1,9%	1,9%	1,8%	1,7%
Instroom opleidingen VenV-personeel	20 663	17 858	19 356*	22 420	24 700
Nettoverloop VenV-personeel	4,7%	5,4%	4,9%*	4,3%	3,8%

\* Instroom opleidingen VenV en Nettoverloop VenV zijn ramingen.

Bron: VWS.

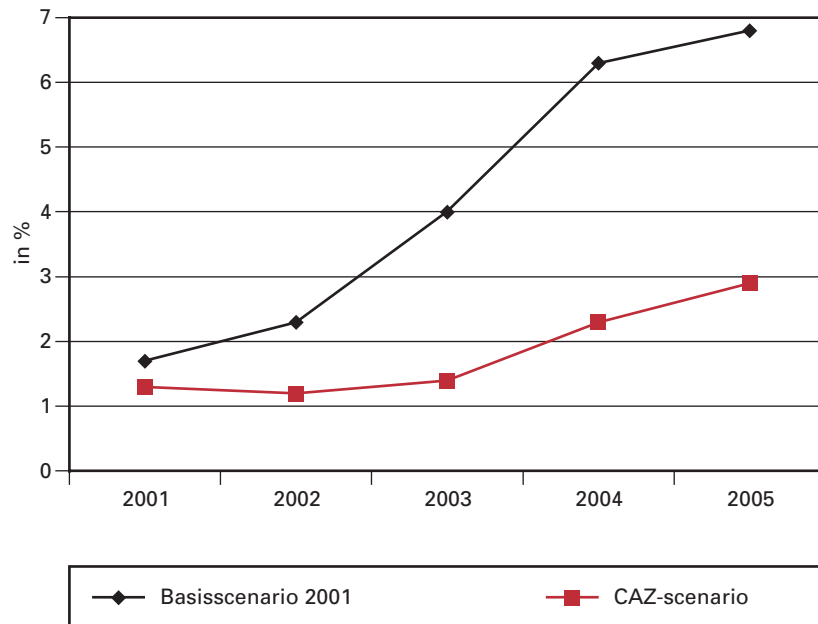
In de tabel is te zien dat in 2001 een daling is ingezet in het ziekteverzuim en dat ook de toename van de WAO-instroom lijkt te zijn gekeerd. Aangezien de WAO-instroom mede afhankelijk is van de hoogte van het ziekteverzuim en deze zich met een jaar vertraging manifesteert, wordt bovendien voor volgend jaar een daling van de WAO-instroom verwacht. Daarnaast ziet het ernaar uit dat de instroom in de VenV-opleidingen in 2001 is toegenomen en dat het nettoverloop onder VenV-personeel is gedaald.

In oktober 2002 sturen wij de jaarlijkse Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (RAZW) naar de Tweede Kamer. De RAZW geeft uitvoerig (cijfermatig) inzicht in de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt.

Onderstaande grafiek uit Regiomarge 2001, die in januari 2002 verscheen, laat vervolgens de berekende tekorten aan gekwalificeerd verpleegkundig en verzorgend personeel in twee scenario's zien. Het basisscenario 2001 gaat uit van ongewijzigd beleid. Het CAZ-scenario gaat uit van de veronderstelling dat alle CAZ-doelstellingen gerealiseerd worden. De grafiek laat zien hoe belangrijk het is dat de CAZ-doelstellingen worden gehaald.



**Grafiek 1: Tekorten (in %) aan verplegend en verzorgend personeel volgens berekeningen Regiomarge 2001**



Bron: Regiomarge 2001.

De ontwikkeling van de economie, de demografie en de zorgvraag zijn van grote invloed op het behalen van de doelstellingen. Daarnaast hebben wet- en regelgeving van met name de ministeries van Financiën, SZW en VWS grote invloed op de kaders waarbinnen het arbeidsmarktbeleid plaatsvindt.

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

##### *Subsidies*

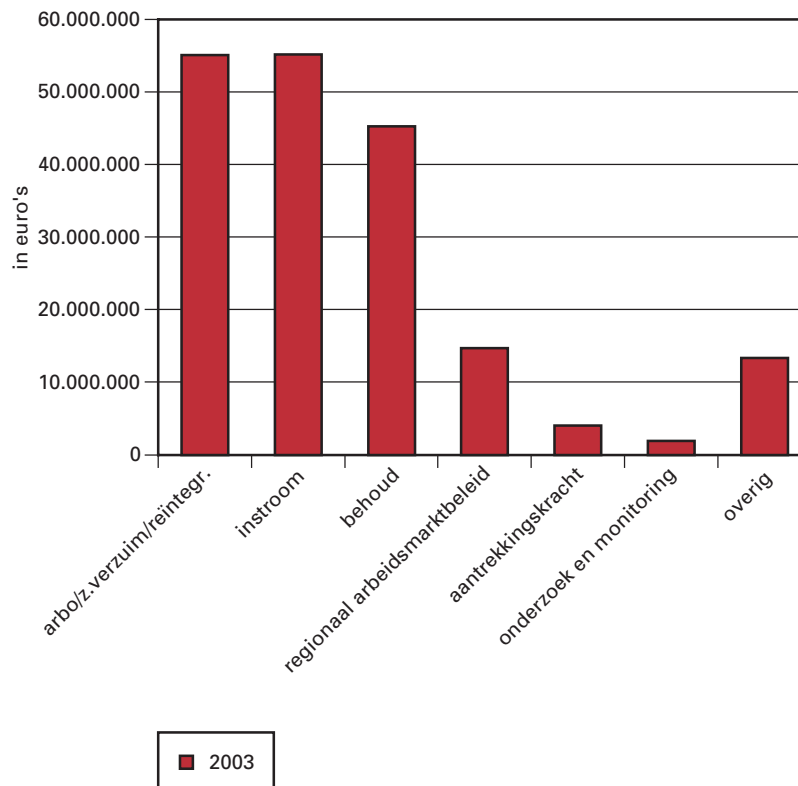
- Sectorfondsen op basis van hun jaarlijkse activiteitenplannen en jaarverslagen. Voor de sectoren die zijn aangesloten bij een van de bovengenoemde arbeidsmarktconvenanten gelden de in convenantverband vastgestelde speerpunten als kader voor het beoordelen van de activiteitenplannen. Na afloop van het subsidiejaar leggen de sectorfondsen verantwoording af over de bestedingen en de bereikte resultaten in het afgelopen jaar. Op basis hiervan vindt definitieve afrekening plaats.
- Onderzoeksprogramma's bij de Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA). In het kader van de arbeidsmarktconvenanten worden onderzoeksprogramma's uitgevoerd, die gericht zijn op de onderbouwing en de ontwikkeling van het arbeidsmarktbeleid. We leveren een financiële bijdrage aan het onderzoeksprogramma en zijn met de overige convenantpartijen betrokken bij de keuze van de onderzoeksonderwerpen en bij de begeleiding van de onderzoeken.

##### *Overleg*

- Overleg en afspraken met sociale partners. Met als doel de convenantdoelstellingen zo spoedig mogelijk te verwezenlijken, voeren wij als medeondertekenaar overleg over de uitwerking van de arbeidsmarktconvenanten. Uit dit overleg vloeit het bestedingsplan van de

sectorfondsen voort waarin per speerpunt de maatregelen voor het komende jaar en de daaraan gekoppelde effecten staan geformuleerd. Daarnaast zijn net als in 2001 en 2002 ook voor 2003 extra middelen beschikbaar gesteld. Ten opzichte van 2000 is in 2003 € 451,5 mln. extra uitgetrokken voor de uitwerking van de eerder genoemde aanbevelingen van de Commissie-Van Rijn. In 2001 was dit € 274,5 mln. extra en in 2002 was dit € 452,9 mln. extra. Deze middelen worden voornamelijk via de premiesfeer beschikbaar gesteld. Voor de uitvoering hiervan voeren wij eveneens overleg met sociale partners. In de Zorgnota 2003 zullen we ingaan op het gebruik van de extra middelen.

**Staafdiagram 1: Raming bestedingen 2003 sectorfondsen per speerpunt**



\* De bestedingen van de sectorfondsen over 2003 zijn nog onder voorbehoud.

In bovenstaand staafdiagram is te zien dat in 2003 de nadruk zal liggen op de instroom van zorgpersoneel. In de Zorgnota 2003 zullen de speerpunten uitgebreid worden toegelicht.

### 6.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x € 1000

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Verplichtingen</b>	312 114	203 593	178 163	178 352	176 903	177 555	177 547
<b>Uitgaven (totaal)</b>	<b>207 307</b>	<b>222 908</b>	<b>202 415</b>	<b>187 689</b>	<b>177 089</b>	<b>177 555</b>	<b>177 547</b>
<b>Programma-uitgaven (totaal)</b>	203 275	218 927	198 845	184 507	174 604	175 070	175 062
Structurele aanpak arbeidsmarktknelpunten		218 927	198 845	184 507	174 604	175 070	175 062
<b>Apparaatsuitgaven</b>	4 032	3 981	3 570	3 182	2 485	2 485	2 485
<b>Ontvangsten</b>	16 467	3 698	28	28	28	28	28

### 6.4 Budgetflexibiliteit

Bedragen x € 1000

	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Totaal geraamde kasuitgaven</b>	<b>202 415</b>	<b>187 689</b>	<b>177 089</b>	<b>177 555</b>	<b>177 547</b>
– <i>apparaatsuitgaven</i>	3 570	3 182	2 485	2 485	2 485
Dus programma-uitgaven	198 845	184 507	174 604	175 070	175 062
<i>Waarvan juridisch verplicht</i>	98% 194 910	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0
<i>Waarvan complementair noodzakelijk en/of bestuurlijk gebonden</i>	0% 0	97% 179 033	97% 169 427	97% 169 427	97% 169 427
<i>Waarvan Beleidsmatige reserveringen</i>	2% 3 935	2% 3 691	1% 1 747	1% 1 747	1% 1 747
<i>Waarvan Overig budget</i>	0% 0	1% 1 783	2% 3 430	2% 3 896	2% 3 888
Totaal	100% 198 845	100% 184 507	100% 174 604	100% 175 070	100% 175 062

Aan de beleidsmatige reserveringen zijn nog geen verplichting of noodzakelijke status gegeven. Dat wil uiteraard niet zeggen dat voor deze uitgaven geen concrete beleidsvoornemens bestaan. Die beleidsvoornemens zijn in deze begroting en in de Zorgnota 2003 verwoord. Daarnaast omvat de post overig budget reserveringen voor actuele ontwikkelingen en onderzoek.

### 6.5 Groeiparagraaf VBTB

Zoals wij in de Begroting 2002 hebben toegezegd is zowel voor het Convenant Arbeidsmarktbeleid Zorg (CAZ) als het Convenant Arbeidsmarktbeleid Welzijn Jeugdhulpverlening (CAWJ) voorzien in monitoring van de doelstellingen. Voor het CAZ zijn de plannen uitgewerkt in een eerste rapportage die eind juni 2001 is verschenen. De monitoring vindt jaarlijks in het najaar plaats door de OSA. Het Integrerend OSA-rapport 2001 en de Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn 2001 zijn in het najaar 2001 verstuurd naar de Tweede Kamer en zullen voor het jaar 2002 naar de Kamer worden verstuurd in het najaar 2002.

De gegevens die in de voortgangsrapportage van het CAZ zijn opgenomen geven in het voorjaar en najaar de stand van zaken over het verloop van de doelstellingen van het arbeidsmarktconvenant. Het gaat dan om

doelstellingen op het gebied van bijvoorbeeld vacatures, ziekteverzuim, het verloop en de instroom in de opleidingen voor verpleging en verzorging en de uitstroom. In paragraaf 6.2.1 schreven wij al dat het behalen van deze indicatoren van veel meer factoren afhankelijk is dan alleen van het CAZ-programma, zoals de ontwikkeling van de economie, de demografie, de zorgvraag en de wet- en regelgeving.

In dit artikel hebben we voornamelijk de voortgangsrapportages van het CAZ beschreven. De CAWJ-partijen hebben een gelijksoortige aanpak. Zo is in april 2002 een voorjaarsrapportage verschenen met de stand van zaken van de CAWJ-doelstellingen. De gegevens uit de voortgangsrapportages leveren sturingsinformatie op en kunnen aanleiding zijn voor beleidsaanpassingen.

Voor meer informatie over programmering van evaluatieonderzoek wordt verwezen naar de bedrijfsvoeringsparagraaf.

## BELEIDSARTIKEL 7: JEUGDBELEID

### 7.1 Algemene doelstelling

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

We willen bereiken dat jongeren een sterke positie hebben, houden of krijgen in de samenleving, dat hun kansen daarop zo groot mogelijk zijn en we willen sociale achterstand of uitval tegengaan. Daarom werken we zowel aan ontwikkelingskansen voor jeugdigen als aan oplossingen voor hun problemen.

Ouders zijn en blijven de eerst- en eindverantwoordelijken voor de opvoeding van kinderen. Het is echter een overheidstaak om voorwaarden te scheppen op basis waarvan ouders hun opvoedingsverantwoordelijkheid kunnen invullen. We richten ons daarom onverminderd op de ondersteuning van gezinnen. Overheden, veldpartijen, landelijke organisaties, sociale partners en belangenorganisaties maken de wereld van het jeugdbeleid groot, divers, veelzijdig en complex. Het tegengaan van versnippering, verkokering en fragmentarisering is van groot belang. Ons beleid is mede gericht op het scheppen van de juiste voorwaarden op bestuurlijk niveau. We spannen ons in voor een samenhangende, sluitende en vraaggeoriënteerde infrastructuur voor jeugdigen (jeugdketen). Hiervoor moeten we samenhang aanbrengen in het jeugdbeleid van overheden, een sluitend stelsel van voorzieningen voor jeugdigen realiseren en jeugdbeleid ontwikkelen dat jongeren aanspreekt. Bij het vormgeven van effectief jeugdbeleid is belangrijke winst te behalen wanneer de primair betrokken departementen van OC&W, Justitie, SZW, BZK en VWS gezamenlijk en integraal jeugdbeleid formuleren over de eigen grenzen heen. Daartoe wordt gezamenlijk een gemeenschappelijk kader voor het jeugdbeleid opgesteld: de landelijke jeugdagenda.

#### *Kinderopvang naar SZW*

In het Strategisch Akkoord (SA) is opgenomen dat het beleidsterrein kinderopvang van VWS naar SZW wordt overgeheveld. De formele overdracht van de beleidsverantwoordelijkheid voor kinderopvang is geregeld bij Koninklijk Besluit (KB) van 22 juli 2002. De budgettaire verwerking van de programmagelden vindt plaats in de ontwerpbegrotingen 2003. Derhalve zijn de begrotingsteksten over kinderopvang opgenomen in de SZW-begroting.

#### *Relatie met de Welzijnsnota*

De middelen die worden ingezet om de doelstellingen/programmaliijnen van de Welzijnsnota te verwezenlijken zijn in de operationele doelstellingen 7.2.3 tot en met 7.2.5 van dit beleidsartikel verwerkt. Bij beleidsartikel 8 (Sociaal beleid) staat wat de verschillende beleidsartikelen bijdragen aan de programmaliijnen van de Welzijnsnota.

## Bijdrage Welzijnsnota aan operationele doelstellingen voor 2003

Programmalijnen (bedragen x € 1000)	Participatie en toegankelijkheid	Voorkomen van sociale uitsluitingen	Lokaal sociaal beleid	Professionaliteit/kwaliteit van voorzieningen	Onderzoek, monitoring en informatievoorziening	Totaal
Operationele doelstellingen:						
– Participatie en toegankelijkheid	10 633					10 633
– Lokaal sociaal beleid	5 542		4 866			10 408
– Onderzoek, monitoring en informatievoorziening					3 351	3 351
Totaal	16 175		4 866		3 351	24 392

## 7.2 Operationele doelstellingen

### 7.2.1 Het ontwikkelen en waarborgen van een adequaat stelsel van jeugdzorg

#### *Beleideffecten en aard van de verantwoordelijkheid*

Samen met onze collega-bewindslieden van Justitie zijn we verantwoordelijk voor het ontwikkelen en waarborgen van een adequaat stelsel van jeugdzorg voor de ondersteuning van jongeren en ouders bij (dreigende) problemen bij het opgroeien en opvoeden. Wij zijn verantwoordelijk voor het waarborgen van een stelsel van jeugdzorg en hebben een coördinerende taak voor de gehele jeugdzorg. Jeugdzorg omvat naast de jeugdhulpverlening ook de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen, de zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen en de jeugdbescherming.

Bij de Tweede Kamer is een voorstel voor een Wet op de jeugdzorg ingediend waarmee een vraaggerichte, eenduidige aansturing en financiering van de jeugdzorg gerealiseerd kan worden. De Wet op de jeugdzorg zal vijf jaar na inwerkingtreding worden geëvalueerd.

Deze begroting is (nog) gebaseerd op de huidige Wet op de jeugdhulpverlening. De provincies en de grootstedelijke regio's zijn verantwoordelijk voor de planning van een regionaal aanbod aan jeugdhulpverlening en voor het realiseren van voldoende aanbod voor alle jeugdigen op wie een maatregel van justitiële kinderscherming van toepassing is. Zij ontvangen hiervoor van het Rijk een doeluitkering. De ontwikkeling van de vraag naar jeugdzorg is afhankelijk van een complex van factoren zoals demografische ontwikkelingen, integratie van jeugdigen in de samenleving, gezinssituatie en school. Samen met de provincies en grootstedelijke regio's bereiden we de implementatie van de Wet op de jeugdzorg voor. Belangrijk onderwerp hierbij is één centrale toegang tot de jeugdzorg per provincie: het Bureau Jeugdzorg (BJZ). Deze bureaus moeten bijdragen aan het in beeld brengen van de hulpvraag en regelen dat de cliënt daadwerkelijk de juiste hulp krijgt. Daarnaast wordt gewerkt aan flexibilisering van het zorgaanbod, zodat cliënten zo veel mogelijk maatwerk kunnen krijgen in de vorm van passende en samenhangende zorg.

De gemiddelde omvang van de wachtlijsten en de wachttijden geven een indicatie of de beschikbare capaciteit aan jeugdhulpverlening toereikend is om in de vraag te voorzien. Het gemiddelde bezettingspercentage en de gemiddelde duur van de hulpverlening geven een indruk van de doelmatigheid van het gebruik van de capaciteit. Vorig jaar is gestart met een

nieuw informatiestelsel in de jeugdzorg. Dit is in eerste instantie gericht op het in kaart brengen van de wachtlijstgegevens in de jeugdzorg. De komende jaren zal dit uitgebreid worden met cijfers over vraag en aanbod. In de voortgangsrapportage beleidskader jeugdzorg 2003–2006 wordt nader ingegaan op de hier weergegeven cijfers en het gevoerde en te voeren beleid.

De betrouwbaarheid van de gegevens over het gemiddelde bezettingspercentage en de gemiddelde duur van de hulpverlening kunnen door onvolledige registratie onvoldoende worden vastgesteld. Hierdoor kunnen op basis van deze kengetallen beperkte conclusies worden getrokken. Met het nieuwe informatiestelsel zal in de toekomst wel betrouwbare en volledige informatie geleverd kunnen worden.

<b>Tabel 1: Aantal wachtenden (&gt;45 werkdagen)</b>			
	2001	2002	2003
	Realisatie	Raming	Raming
Aantal wachtenden op een vervolgesprek bij het BJZ	1 770	1 000	500
Aantal wachtenden dat wacht op start onderzoek bij Advies- en Meldpunten Kindermishandeling	623	400	200

Bron: Rapportage Taskforce Aanpak wachtlijsten jeugdzorg

De werkwijze van het Bureau Jeugdzorg (BJZ) garandeert dat bij iedere aanmelding direct een inschatting van de ernst van de problematiek gemaakt wordt. Hierdoor kan in geval van crisis meteen ingegrepen worden.

Omdat het aantal wachtenden dat wacht op een eerste vervolgesprek of startonderzoek niet eerder gemeten is, zijn deze cijfers niet vergelijkbaar met cijfers van voorgaande jaren. Het is dus niet mogelijk een trend aan te geven. Het streven is deze wachtlijst zo veel mogelijk terug te dringen. Om dit te bereiken is vorig jaar de Taskforce aanpak wachtlijsten jeugdzorg ingesteld.

<b>Tabel 2: Aantal wachtenden met een zorgvraag per zorgtype (langer dan 45 werkdagen) op basis van hun indicatiebesluit (feitelijk wachtende «zorgvragen»)</b>			
	2001	2002	2003
	Realisatie	Raming	Raming
Ambulante hulp	473	250	100
Daghulp	479	250	100
Residentiële hulp	619	400	200
Pleegzorg	474	250	100

Bron: Rapportage Taskforce Aanpak wachtlijsten jeugdzorg

Bij deze cijfers ontbreken de cijfers van vier provincies en zijn bij een aantal provincies alle wachtenden geteld, omdat het in die provincies niet mogelijk was alleen de wachtenden boven de 45 werkdagen te tellen.

**Tabel 3: Regionale capaciteit jeugdhulpverlening (uitgedrukt in aantal plaatsen), uitgesplitst per hoofdtype jeugdhulpverlening.**

	2001	2002	2003
	Realisatie	Raming	Raming
Ambulante hulp (bedrag x €1000)	149,0	148,3	160,6
Daghulp (aantallen)	4 594	4 841	4 648
Residentiële hulp (aantallen)	6 662	6 378	6 480
Pleegzorg (aantallen)	7 879	7 800	8 056

Bron: Provinciale jaarverslagen en jaarplannen jeugdhulpverlening.

De capaciteit voor ambulante hulp wordt uitgedrukt in een bedrag, omdat ambulante hulpverlening geen vaste capaciteit in de vorm van beschikbare plaatsen kent. Het budget voor de bureaus jeugdzorg en de Advies- en meldpunten kindermishandeling (AMK) maakt hier deel van uit. Provincies en grootstedelijke ramen het bedrag voor de bureaus jeugdzorg in 2003 op ruim € 61,5 mln. En voor de AMK's op € 9,7 mln. De lichte daling in 2002 wordt veroorzaakt doordat deze gegevens zijn gebaseerd op ramingen in het voorgaande jaar. De toename van ambulante hulpverlening en het redelijk gelijk blijven van de capaciteit van de overige hulpvormen vloeit voort uit het beleid de jeugdige zo licht mogelijk en zo dichtbij mogelijk te helpen. Gegevens over het aantal personen dat met ambulante hulpverlening bereikt is, zijn momenteel niet beschikbaar. Registratie in het nieuwe stelsel zal erop gericht zijn het gebruik van de diverse hulpvormen in kaart te brengen.

**Tabel 4: Gemiddeld bezettingspercentage, uitgesplitst per hoofdtype jeugdhulpverlening.**

	2001	2002	2003
	Realisatie	Raming	Raming
Daghulp	90	95	95
Residentiële hulp	97	95	95
Pleegzorg	93	95	95

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

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



**Tabel 5: Gemiddelde behandelingsduur in maanden, uitgesplitst per hoofdtype jeugdhulpverlening.**

	2001	2002	2003
	Realisatie	Raming	Raming
Ambulante (vrij toegankelijk)	7	7	7
Ambulant (geïndiceerd)	9	9	9
Dagbehandeling	14	14	14
Residentieel	21	21	21
Pleegzorg	7	7	7

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

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

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

##### *Subsidies*

Voor de realisatie van de volgende vier doelen zetten we subsidies in:

- Het instandhouden van steunfuncties voor de jeugdhulpverlening voor bijvoorbeeld zorgvernieuwing, deskundigheidsbevordering en informatievoorziening (subsidies aan bijvoorbeeld het NIZW en de Nederlandse Vereniging voor Pleeggezinnen).
- Het uitvoeren van onderzoek en experimenten gericht op zorgvernieuwing. Hiervoor subsidiëren we diverse projecten.
- Het uitvoeren van projecten gericht op de implementatie van de Wet op de jeugdzorg op het terrein van onder andere Bureau Jeugdzorg, kwaliteitszorg, zorgprogrammering, beleidsinformatie en de aansluiting tussen jeugdzorg en onderwijs.
- Het realiseren van een landelijk aanbod aan jeugdhulpverlening. De capaciteit voor residentiële hulp (575 plaatsen in 1998 en 1999) is inclusief 50 plaatsen van het Glen Mills-project van de Hoenderloogroep. Met de invoering van de Wet op de jeugdzorg wordt de financiering en aansturing van de landelijke instellingen gedecentraliseerd naar de provincies en grootstedelijke regio's.

##### *Specifieke uitkeringen*

Een doeluitkering op basis van de Wet op de jeugdhulpverlening. De extra financiële middelen in het kader van de Meerjarenaafspraken Jeugdzorg vormen een deel van deze doeluitkering.

##### *Overleg*

Deze afspraken beogen de vorming van een toegang tot de jeugdzorg (Bureau Jeugdzorg) per provincie, de vorming van een landelijk dekkend netwerk van Advies- en meldpunten kindermishandeling, het terugdringen van wachtlijsten in de jeugdzorg en het versterken van de aansluiting tussen jeugdzorg en lokaal beleid.

##### *Handhaving*

De Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming toetst de kwaliteit van de hulpverlening. Zie beleidsartikel 11c.

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

### *Beleidseffecten en aard van de verantwoordelijkheid*

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

Sinds de gewijzigde Subsidieregeling Welzijnsbeleid vanaf 1 januari 2001 in werking is getreden, verstrekken we per werkelijk geplaatst kind een subsidiebedrag (normbedrag) aan één centrale stichting. Hiermee bereiken we dat de totale subsidie aansluit op het (dalend) aantal kinderen dat op het aanbod is aangewezen.

De Centrale Stichting van Internaten voor Schippers- en Kermisjeugd (CENSIS) is verantwoordelijk voor de huisvesting, verzorging en opvoeding van kinderen van binnenvaartschippers, kermisexploitanten en circusartiesten in internaten of pleeggezinnen.

Door periodiek te rapporteren geeft CENSIS inzicht in het kwaliteitsbeleid en de kwaliteitsontwikkeling van de huisvesting, verzorging en opvoeding van kinderen.

Over het aantal kinderen dat gebruikmaakt van het aanbod kunnen we de volgende gegevens verstrekken.

<b>Tabel 6: Het aantal kinderen dat gebruikmaakt van het aanbod</b>							
	2001*	2002*	2003*	2004*	2005*	2006*	2007*
	Realisatie	Realisatie	Raming	Raming	Raming	Raming	Raming
Aantal kinderen	1 472	1 368	1 338	1 301	1 272	1 226	1 192

\* Peildatum: 15 september jaar t-1.

Bron: CENSIS, ingediende subsidieaanvraag 2002.

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

### *Ontvangsten*

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

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

#### *Subsidies*

- Subsidie per werkelijk geplaatst kind aan Stichting CENSIS.

### 7.2.3 Het bevorderen van participatie en toegankelijkheid

#### *Beleidseffecten en aard van de verantwoordelijkheid*

Bij het bevorderen van jeugdparticipatie richten we ons op het vergroten van de maatschappelijke betrokkenheid, actief burgerschap en invloed van de jeugd op zaken die haar aangaan. Kaders voor dit beleid zijn het VN-verdrag voor de Rechten van het kind en het Bestuursakkoord nieuwe stijl (BANS). Wij zijn verantwoordelijk voor de facilitering en ontwikkeling van een infrastructuur voor jeugdparticipatie en vergroting van het maatschappelijk draagvlak voor jeugdparticipatie.

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

##### *Subsidies*

- De Stichting Nationale Jeugdraad (NJR) krijgt een structurele subsidie voor de facilitering en aansturing van de uitvoering. Werking en resultaten van de NJR evalueren we in 2004. Daarbij gaat het zowel om het bereik van de NJR onder jeugdigen als om de producten van de NJR.
- De landelijke jeugdorganisaties kunnen in aanmerking komen voor een subsidie op grond van de Subsidieregeling Landelijke Jeugdorganisaties (LJO). Belangrijk element hierin is een projectentender waarop LJO's met hun innovatieve projecten intekenen. 26 LJO's maken gebruik van de regeling. Bij de organisaties zijn ongeveer 400 000 jongeren aangesloten. De LJO's voeren jaarlijks ongeveer 40 à 50 innovatieve projecten uit. In het najaar van 2001 is de huidige subsidieregeling geëvalueerd. Op basis van deze evaluatie is geconstateerd dat we moeten streven naar een herziening van de regeling per 1 januari 2004.

Voor de uitvoering van het EU-Jeugdprogramma hebben we het NIZW-International Centre voorlopig (voor twee jaar) als Nationaal Agentschap aangewezen. Het functioneren en de resultaten van het Nationaal Agentschap voor het EU-jeugdprogramma evalueren we in 2002. In 2003 wordt besloten hoe het EU-jeugdprogramma tot het einde van de programmaperiode (2006) wordt uitgevoerd.

**Tabel 7: Deelname cijfers Nederlandse jongeren aan het EU-jeugdprogramma**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
	Realisatie	Raming	Raming	Raming	Raming	Raming	Raming
Nederlandse deelnemers in uitwisselingen in Nederland (kort)	641	700	700	700	700	700	700
Buitenlandse deelnemers in uitwisselingen in Nederland	1 045	1 100	1 100	1 100	1 100	1 100	1 100
Nederlandse deelnemers in uitwisselingen in buitenland (kort)	567	650	650	650	650	650	650
Nederlandse vrijwilligers in buitenland (lang)	34	60	80	90	100	115	115
Buitenlandse vrijwilligers in Nederland (lang)	63	80	90	100	110	115	115
Nederlandse deelnemers aan Groepsinitiatieven	736	750	775	800	825	850	850

Bron: NIZW/NA (cijfers van het Nationaal Agentschap op basis van de beschikbare decentrale EU-middelen voor deze programma's).

## 7.2.4 Het ondersteunen van lokaal sociaal beleid

### *Beleids effecten en aard van de verantwoordelijkheid*

Bij het ondersteunen van het lokale beleid werken we onze activiteiten verder uit die bij de afspraken in het Bestuursakkoord nieuwe stijl (BANS) over jeugdbeleid zijn gemaakt. Het welzijnsbeleid voor jeugdigen is grotendeels gedecentraliseerd naar gemeenten en provincies, waarbij wij een systeemverantwoordelijkheid hebben. Bij de uitvoering van dit beleid zijn OCenW, Justitie, BZK en SZW nauw betrokken. Bij de evaluatie van BANS die in 2002 heeft plaatsgevonden, hebben de BANS-partners zich uitgesproken voor een vervolg op het bestuursakkoord en het jeugd-dossier daarin in 2003 en volgende jaren.

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

#### *Subsidies*

- De organisatie van een Jeugdoverleg over het eindrapport van de BANS-Bezoekcommissie Jeugd en de aanbevelingen die daarin worden gedaan voor gezamenlijk jeugdbeleid. Het eindrapport «Bans in het land» is op 24 april 2002 aan de BANS-partners aangeboden.
- Het faciliteren van de verdere ontwikkeling van brede scholen samen met OCenW. De essentie van het bredeschoolconcept is samenwerking tussen onderwijs en welzijnsinstellingen in de wijk om te komen tot een sluitend netwerk van voorzieningen voor kinderen en hun ouders. In 2002 waren er 172 gemeenten met 300 brede scholen. Voor 2004 streven we naar 500 gemeenten met 700 brede scholen.
- Pilotprojecten en activiteiten op het gebied van werkontwikkeling. Deze projecten ontwikkelen methodieken voor gemeenten om een samenhangende opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering (OenO) te realiseren. Bij gebleken succes wordt een advies tot implementatie opgesteld. In april 2002 is het kabinetsstandpunt over het organiseren van opvoeding en ontwikkeling van jeugd «Jeugd op de agenda» verschenen. Hierin wordt een richting geschetst waarin het beleid zich zou moeten ontwikkelen. In de loop van 2002 en 2003 zullen we dit beleid nader uitwerken.
- Voor- en vroegschoolse educatie (VVE) maakt vanaf 1 augustus 2002 deel uit van het landelijk beleidskader GOA (Gemeentelijke Onderwijs Achterstandenbeleid). De financiële middelen hiervoor staan op de OCenW-begroting. Ter ondersteuning van de implementatie van VVE zijn diverse activiteiten ontplooid: onder andere de VVE-makelaar en een oudercampagne. De functie van VVE-makelaar is per 1 september 2002 beëindigd, waarbij nog wordt bezien welke activiteiten van de makelaar ter ondersteuning van de voor- en vroegschoolse voorzieningen gecontinueerd worden. In 2002 is de oudercampagne gestart om deelname aan de VVE te vergroten. De campagne loopt tot en met medio 2004.
- In de periode 1999–2002 hebben de ministeries van VWS, BZK en OCenW het VNG-project Lokaal Jeugdbeleid financieel ondersteund om zodoende gemeenten te faciliteren bij het totstandkomen van een integraal lokaal jeugdbeleid. Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt voor deze periode een Beleids effectrapportage Lokaal Jeugdbeleid op, waarin de voortgang van de ontwikkeling van lokaal jeugdbeleid bij gemeenten wordt gevolgd. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek en in het licht van een eventueel vervolg op BANS, zal voor de periode 2003–2006 bezien moeten worden op welke wijze er in interbestuurlijk verband een vervolg gegeven kan worden aan de mogelijkheden om ondersteuning te bieden aan de diverse bestuurs-

niveaus bij het ontwikkelen van hun jeugdbeleid. Ondersteuning bij de verdere ontwikkeling van onder meer de brede school en VVE zou hierbinnen een plaats kunnen krijgen.

### **7.2.5 Onderzoek, monitoring en informatievoorziening**

#### *Beleidseffecten en aard van de verantwoordelijkheid*

Goede kennis- en informatievoorziening is een voorwaarde voor een samenhangend interbestuurlijk en intersectoraal jeugdbeleid van overheden.

Wij zijn verantwoordelijk voor de facilitering van uitvoerende instanties die structureel op de onderscheiden beleidsgebieden werkzaam zijn, zoals het CBS, het SCP en het International Centre van het NIZW. Onze verantwoordelijkheid voor de instandhouding van het Nederlands Instituut voor Classificatie van Audiovisuele Media (NICAM) dragen wij mogelijk met ingang van 2003 over aan het ministerie van OCenW. Een besluit hierover zal worden genomen aan de hand van de uitkomst van een evaluatieonderzoek naar de werking van het NICAM.

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

##### *Subsidies*

- Het verstrekken van structurele subsidies, projectsubsidies en opdrachten op diverse terreinen.
- Voortgang en resultaten van het gevoerde kennis- en informatiebeleid worden gepubliceerd in jaarlijks uit te brengen programmeringsnotities. Hoofdlijnen voor te voeren beleid op dit terrein worden uitgewerkt in een meerjarenprogramma jeugdonderzoek 2002–2006.
- Op 6 maart 2002 is de tweede rapportage over de implementatie van het Verdrag voor de rechten van het kind aan het Comité voor de rechten van het kind aangeboden. Wij dragen samen met andere departementen – zorg voor inbreng van ons land, de implementatie van de uitkomsten en de verslaglegging en verantwoording hiervan. De behandeling van de rapportage is voorzien in 2004, zodat in 2003 een aanvullende rapportage moet worden opgesteld. Van 8 tot 10 mei 2002 heeft te New York de VN-Kindertop plaatsgevonden. Wij zijn voor Nederland de coördinator van de follow-up van deze Top. De werkzaamheden hiervoor zijn inmiddels gestart.

### 7.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x € 1000

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Verplichtingen</b>	796 481	748 024	799 917	800 189	797 714	800 741	811 034
<b>Uitgaven (totaal)</b>	<b>847 271</b>	<b>814 021</b>	<b>805 215</b>	<b>803 504</b>	<b>800 437</b>	<b>800 556</b>	<b>811 034</b>
<b>Programmauitgaven (totaal)</b>	843 612	810 827	801 956	800 787	798 013	798 132	808 610
Ontwikkelen+waarborgen adequaat stelsel Jeugdzorg		752 885	751 676	752 303	749 858	750 042	750 042
<i>Waarvan specifieke uitkeringen</i>		711 969	710 022	710 259	710 259	710 259	710 259
Instandhouding internaten kinderen binnenschippers		26 750	25 888	25 676	25 412	25 411	25 411
Bevorderen van participatie en toegankelijk- heid		10 632	10 633	10 641	10 641	10 640	10 640
Ondersteunen van lokaal sociaal beleid		16 937	10 408	8 829	8 764	8 701	19 179
<i>Waarvan specifieke uitkeringen</i>		2 168	971	166	166	166	166
Onderzoek, monitoring en informatie- voorziening		3 630	3 351	3 338	3 338	3 338	3 338
<b>Apparaatsuitgaven</b>	3 659	3 194	3 259	2 717	2 424	2 424	2 424
<b>Ontvangsten</b>	13 249	10 567	8 211	8 030	7 984	7 984	7 984

### 7.4 Budgetflexibiliteit

Bedragen x € 1000

	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Totaal geraamde kasuitgaven</b>	<b>805 215</b>	<b>803 504</b>	<b>800 437</b>	<b>800 556</b>	<b>811 034</b>
– <i>apparaatsuitgaven</i>	3 259	2 717	2 424	2 424	2 424
Dus programma-uitgaven	801 956	800 787	798 013	798 132	808 610
<i>Waarvan juridisch verplicht</i>	95% 760 767	0% 500	0% 200	0% 100	0% 0
<i>Waarvan complementair noodzakelijk en/of bestuurlijk gebonden</i>	0% 0	90% 724 790	90% 719 366	90% 719 366	90% 719 366
<i>Waarvan Beleidsmatige reserveringen</i>	4% 35 565	9% 71 060	9% 71 096	9% 71 19	29% 71 292
<i>Waarvan Overig budget</i>	1% 5 625	1% 4 437	1% 7 351	1% 7 474	2% 17 952
Totaal	100% 801 956	100% 800 787	100% 798 013	100% 798 132	100% 808 610

Het budget jeugdbeleid bestaat voor het grootste deel uit de doeluitkering Jeugdhulpverlening voor structureel ruim € 712 mln.

### 7.5 Groeiparaagraaf

De nieuwe Wet op de Jeugdzorg treedt waarschijnlijk per 2004 in werking. Omdat deze wet op andere principes is gebaseerd dan de huidige Wet op de jeugdhulpverlening, zal dat bij invoering leiden tot andere operationele doelstellingen en prestatiegegevens. Inmiddels is in een gezamenlijk project van Justitie en VWS een voorzet gedaan voor deze operationele doelstellingen en prestatiegegevens. De inrichting van het informatie-stelsel dat de gegevens hiervoor moet leveren, is op dit moment in volle gang. Vanaf 2004 zal een basisgegevensset aangeleverd kunnen worden. In de twee tot drie jaar daarna zal dit verder gecompliceerd worden.

Het algemeen informatiebeleid heeft als doel de kwaliteit en de transparantie van de beleids- en verantwoordingsinformatie te verbeteren. Voor de implementatie van het VTBT-gedachtegoed vormt een aantal initiatieven een belangrijke impuls. Zo wordt in november 2002 een nader ingevulde versie van de brancherapporten nieuwe stijl gepresenteerd. Op termijn zullen deze rapportages een breed beeld moeten schetsen van de situatie en ontwikkeling in de verschillende sectoren.

<b>Tabel 8: Overzicht voorgenomen evaluaties</b>	
Onderwerp	Geplande uitvoering
Evaluatieonderzoek NICAM	2002–2003
Evaluatie van het Nationaal Agentschap voor het EU-jeugdprogramma	2002
Evaluatie van de Stichting Nationale Jeugdraad	2004
Evaluatie van de Wet op de jeugdzorg	Binnen 5 jaar na implementatie

Voor meer informatie over programmering van evaluatieonderzoek wordt verwezen naar de bedrijfsvoeringsparagraaf.

## BELEIDSARTIKEL 8: SOCIAAL BELEID

### 8.1 Algemene beleidsdoelstelling

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

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

Het kader voor het landelijk welzijnsbeleid was tot en met 2002 de Welzijnsnota «Sociale Kwaliteit». Omdat het uitbrengen van een nieuwe Welzijnsnota (2003–2006) de verantwoordelijkheid is van het nieuwe kabinet, gaan we vooralsnog voor 2003 uit van de hoofdlijnen van het beleid zoals in 2002.

De Welzijnsnota heeft betrekking op zes beleidsartikelen: Jeugdbeleid, Gehandicaptenzorg en hulpmiddelenbeleid, Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang, Verpleging, verzorging en ouderen, Sportbeleid en het onderhavige beleidsartikel.

#### *Relatie met de Welzijnsnota*

De middelen die worden ingezet om de doelstellingen/programmaliijnen van de Welzijnsnota te verwezenlijken, zijn in de operationele doelstellingen 8.2.1 t/m 8.2.5 van dit beleidsartikel toegelicht. In dit beleidsartikel staat wat de verschillende beleidsartikelen budgettair bijdragen aan de programmaliijnen van de Welzijnsnota.

#### Bijdrage Welzijnsnota aan operationele doelstellingen voor 2003

Programmalijnen (bedragen x € 1000)	Participatie en toegankelijkheid	Voorkomen van sociale uitsluiting	Lokaal sociaal beleid	Professionaliteit/kwaliteit van voorzieningen	Onderzoek, monitoring en informatievoorziening	Totaal
Operationele doelstellingen:						
– Participatie en toegankelijkheid	20 315					20 315
– Voorkomen van sociale uitsluiting		6 595				6 595
– Lokaal sociaal beleid			7 132			7 132
– Professionaliteit/kwaliteit van voorzieningen				3 467		3 467
– Onderzoek, monitoring en informatievoorziening					6 940	6 940
Totaal	20 315	6 595	7 132	3 467	6 940	44 449



## Bijdragen van de verschillende beleidsartikelen per programmalijn

Overzicht Welzijnsnota 2003 (x € 1000)	Bijdrage van de beleidsartikelen*						
	03	04	05	07	08	09	Totaal
Beleidsartikelen							
Programmalijnen							
- Participatie en toegankelijkheid		3 916	11 113	16 175	20 315	4 158	55 677
- Voorkomen van sociale uitsluiting	2 438	200	261		6 595		9 494
- Lokaal sociaal beleid		778	500	4 866	7 132	13 824	27 100
- Professionaliteit en kwaliteit van voorzieningen	8 689	99	2 051		3 467	10 206	24 512
- Onderzoek, monitoring en informatievoorziening	4 997	1 215	1 152	3 351	6 940	5 063	22 718
Totaal	16 124	6 208	15 077	24 392	44 449	33 251	139 501

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

### 8.2 Operationele beleidsdoelstellingen

De operationele doelstellingen van de Welzijnsnota lopen parallel met de vijf programmalijnen. Deze doelstellingen worden toegelicht in paragraaf 8.2.1 t/m 8.2.5.

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

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

Daarnaast kent Sociaal Beleid twee andere operationele doelstellingen te weten: *Versterken vrijwilligerswerk/kader* en *Voorkomen van achterstandsposities door middel van inburgering met name bij nieuwkomers in Nederland* die gericht zijn op het (stimuleren van) uitvoerend werk. De toelichting hierop is te vinden in paragraaf 8.2.6 en 8.2.7.

#### *Aard van de verantwoordelijkheid*

Het betreft hier een systeemverantwoordelijkheid.

In de Welzijnswet 1994 zijn de verantwoordelijkheden voor het welzijnsbeleid aan de verschillende overheidslagen toebedeeld. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor het uitvoerend werk, de provincies voor het steunfunctiewerk en het Rijk voor de landelijke functie.

De landelijke functie omvat allereerst de verantwoordelijkheid de vernieuwing en de kwaliteitsverbetering van het aanbod van het uitvoerend welzijnswerk te bevorderen. Daarnaast omvat deze functie de verantwoordelijkheid om uitvoerende welzijnsinstellingen en gemeenten

te stimuleren bij het (laten) implementeren van vernieuwingen. Hiermee bevorderen we dat de welzijnsinstellingen en overheden steeds flexibel en adequaat vernieuwend reageren op veranderende maatschappelijke vragen en beleidsprioriteiten.

De realisatie van alle operationele doelstellingen in dit beleidsartikel is afhankelijk van de inzet van vele actoren: maatschappelijke organisaties, gemeenten, provincies, lokale, provinciale en landelijke welzijnsinstellingen. Waar het gaat om de bevordering van de positie van personen die met een cumulatie van problemen worden geconfronteerd (zie hieronder met name bij de doelstellingen 8.2.1 t/m 8.2.5) is tevens de inzet van instellingen uit andere sectoren (zoals onderwijs, sociale diensten) een factor die meespeelt.

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

### **8.2.1 Het bevorderen van participatie en toegankelijkheid**

#### *Beleids effecten*

De eerste operationele beleidsdoelstelling van sociaal beleid is het bevorderen van participatie en toegankelijkheid. De kracht van een samenleving wordt bepaald door de mate waarin burgers en bevolkingsgroepen bereid en in staat zijn te participeren in economische en sociale verbanden. Het is de taak van de overheid om waar nodig burgers tot participatie te stimuleren. Voor kwetsbare burgers is echter een grotere inspanning vereist. Voor hen is ook van belang dat zij de nodige vaardigheden/begeleiding krijgen om tot participatie te komen en dat instellingen, voorzieningen en diensten in staat en bereid zijn een op hen toegesneden aanbod te leveren.

Belangrijkste thema's binnen deze doelstelling zijn: maatschappelijke en politieke participatie bevorderen, discriminatie voorkomen en bestrijden en de toegankelijkheid van voorzieningen bevorderen, onder andere door interculturalisatie en het bevorderen van vrijwilligerswerk. In paragraaf 8.2.6 zijn op het gebied van het eerstelijns/uitvoerend vrijwilligerswerk nog een aantal maatregelen geformuleerd.

Op genoemde terreinen wordt op interdepartementaal niveau met name samengewerkt met BZK/GSI, SZW, OCenW en Justitie.

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

##### *Subsidies*

- Instellingssubsidies aan landelijke maatschappelijke organisaties van kwetsbare groepen die voor de realisering van hun doelstellingen in grote mate gebruikmaken van het eigen vrijwilligerskader. Bijvoorbeeld: landelijke organisaties van minderheden/vluchtelingen, van vrouwen, van homoseksuelen en Samenwerkende Organisaties voor Maatschappelijk Activeringswerk (SOM). De activiteiten van deze organisaties liggen vooral op het vlak van informatievoorziening aan vrijwilligers.
- Instellingssubsidies aan landelijke instellingen gericht op methodiek-ontwikkeling, onderzoek en informatievoorziening op het gebied van genoemde belangrijkste thema's. Bijvoorbeeld het Nederlands Instituut

voor Zorg en Welzijn (NIZW), het Instituut voor Multiculturele ontwikkeling (FORUM), de Nederlandse Organisatie Vrijwilligers (NOV), de stichting Vrijwilligersmanagement (sVM), het LBL (Expertisecentrum leeftijd en maatschappij) en het Landelijk bureau ter Bestrijding van Rassendiscriminatie (LBR).

- Projectsubsidies aan organisaties. Het gaat onder andere om de uitvoering van de activiteiten van het plan van aanpak van de commissie Lokaal Vrijwilligersbeleid, de uitvoering van het onderzoeksprogramma op het gebied van vrijwilligerswerk respectievelijk homoseksualiteit, activiteiten van landelijke organisaties van etnische minderheden respectievelijk homoseksuelen en het expertisecentrum homoseksualiteit.

### **8.2.2 Het voorkomen van sociale uitsluiting**

#### *Beleidseffecten*

De tweede operationele beleidsdoelstelling van sociaal beleid is het voorkomen van sociale uitsluiting. Naast materiële factoren (werk, inkomen, huisvesting) zijn vaak ook psychosociale factoren er de oorzaak van dat mensen sociaal uitgesloten raken. Het complex van factoren kan leiden tot verslaving, drop-outgedrag en gedragsmatige problematiek. In de programmaliijn staat het bevorderen van sociale integratie van mensen met meervoudige problematiek centraal, door te stimuleren dat in isolement geraakte mensen (weer) deelnemen aan het maatschappelijk leven. Wil sociale activering lukken, dan is de inzet van vele actoren vereist. Daarom bevorderen we samenwerking en uitwisseling van «best practices» tussen bijvoorbeeld overheid, bedrijfsleven, fondsen, (nieuw) maatschappelijk en kerkelijk initiatief, zorg- en welzijnsinstellingen, sociale diensten. We werken op dit terrein zeer nauw samen met onze collega's van SZW.

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

##### *Subsidies*

- Instellingssubsidies aan landelijke instellingen zoals het NIZW (arbeidsparticipatie senioren, sluitende aanpak jongeren, sociale activering en leefbaarheid) en FORUM.
- Projectsubsidies aan organisaties voor vernieuwingsprojecten. Het Informatie- en Servicepunt Sociale Activering (ISSA), dat tot en met 2002 actief was op het gebied van informatievoorziening aan gemeenten en uitvoerend werk, heeft een aantal activiteiten ontwikkeld die onder een andere noemer zullen worden voortgezet. Het project «Talent geactiveerd» gaat het derde jaar in. Bij dit project wordt ernaar gestreefd dat 75% van de benaderden het activeringstraject afrondt en uitstroomt naar een vorm van dagbesteding, vrijwilligerswerk, additionele of reguliere arbeid. Het project heeft in aanloop vertraging opgelopen, maar inmiddels zijn ruim tachtig personen met een traject bezig. Het is nu echter nog te vroeg om over uitstroom te praten. Rapportage hierover wordt na de zomer 2002 verwacht. Op grond van dit project zal inzicht ontstaan in het mogelijk maken van de inzet van arbeidsreserves voor de thuiszorg, kinderopvang en openbare orde.
- Projectsubsidie aan het kennisnetwerk «Samenleving en Bedrijf» voor activiteiten gericht op het stimuleren van bedrijven om in samenwerking met overheden en maatschappelijke organisaties een bijdrage te leveren aan de integratie van kwetsbare groepen.

### **8.2.3 Het ondersteunen van lokaal sociaal beleid**

#### *Beleids effecten*

In de derde operationele beleidsdoelstelling van sociaal beleid staat het verbeteren van de lokale sociale samenleving centraal. Dit zal worden verbeterd door in te zetten op de volgende punten en de samenhang hiertussen:

- Versterken van de regierol van gemeenten.
- Het verbeteren van de zeggenschap van burgers.
- Het bevorderen van de intermediaire rol van provinciale steunfuncties.
- Het bevorderen van de verbindende, aanvullende en activerende rol van het gedecentraliseerde welzijnswerk, met name in achterstandswijken.

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

#### *Subsidies*

- Instellingssubsidies aan landelijke instellingen, (NIZW, FORUM, LCO, Verweij-Jonker Instituut). Hierbij staat centraal het ontwikkelen van instrumenten en methodieken voor gezamenlijke beleidsontwikkeling en- uitvoering die de gemeenten en burgers in staat stellen om situaties in de lokale samenleving te verbeteren.
- Projectsubsidies. De vier pilots gericht op de vitalisering van het platteland en de 32 provinciale pilots ter implementatie van ontwikkelde kennis en methodieken worden voortgezet. De gecontinueerde projecten lokaal sociaal beleid bij de VNG en het IPO zullen zich vooral richten op verbeterde kennis en kennisuitwisseling tussen gemeenten op het gebied van lokaal sociaal beleid. De subsidiëring van het blad Lokaal Sociaal Beleid dient hetzelfde doel.

In vervolg op het in 2002 afgesloten en geëvalueerde project «Heel de Buurt» zal in samenwerking met VROM aandacht worden besteed aan burgerinspraak specifiek gericht op herstructureringswijken. In verschillende projecten zal daarnaast nieuwe kennis worden ontwikkeld. Het komende jaar wordt gestart met het landelijk ontwikkelen van een eenvoudig te hanteren «gereedschapskist» die gemeenten en burgers in staat moet stellen om gezamenlijk op basis van de gesignaleerde sociale situatie te komen tot heldere doelstellingen over de te behalen resultaten. Dit zal in samenwerking met gemeenten en verschillende instellingen worden gerealiseerd. Resultaten van eerdere projecten om de inspraak van burgers te verbeteren, sociale structuurschetsen te ontwikkelen, resultaatgericht werken, enz. krijgen hierin een plaats.

### **8.2.4 Het bevorderen van professionaliteit en kwaliteit van welzijnsvoorzieningen**

#### *Beleids effecten*

Professionaliteit en kwaliteit van welzijnsvoorzieningen bevorderen is de vierde operationele beleidsdoelstelling van sociaal beleid. In een vitale samenleving bestaat sociale cohesie. Kwetsbare groepen staan niet uitgerangeerd aan de kant en zelfredzame burgers dragen vanuit hun maatschappelijke betrokkenheid bij aan de oplossing van sociale vraagstukken.

Lokale welzijnsvoorzieningen kunnen daarbij een belangrijke rol spelen. Dit veronderstelt de beschikbaarheid van een veelheid van instellingen die een professioneel en kwalitatief verantwoord aanbod in stand houden. Uit een inventarisatie van het Verweij-Jonkerinstituut bleek dat er veel

kwaliteitsverbeterende initiatieven worden genomen maar dat er onvoldoende afstemming en regie is. De programmalijn professionaliteit en kwaliteit wil hierin voorzien.

Centraal thema in deze programmalijn is de bevordering van samenwerking van de welzijnssector met instellingen op het terrein van veiligheid, zorg, onderwijs en wonen. Daarnaast zijn professionalisering, een grotere klantgerichtheid en het zichtbaar maken van de resultaten belangrijke doelstellingen.

In 2001 en 2002 is hiermee gestart door middel van het project Welzijn Versterkt en de opbouw van een informatiestructuur voor het sociaal-cultureel werk, in nauwe samenwerking met de veldpartijen en VNG en IPO.

Welzijn Versterkt is een initiatief – met ondersteuning van VWS – van NIZW, de Vereniging van Directeuren van lokale Welzijnsorganisaties (Verdiwel), de Vereniging Steunfuncties Welzijn (VSW) en de VOG (sinds 2002 MO Groep geheten). VNG en IPO zullen nog worden uitgenodigd om hierin te participeren. Dit project is in de plaats gekomen van het beoogde Meerjarenakkoord (MJA), om de kwaliteit van de welzijnssector te verbeteren. Hiervan was in de Begroting 2002 nog sprake. De bottom-up aanpak vanuit veldpartijen bleek levensvatbaarder dan de top-down benadering vanuit financiers en werkgevers.

*Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling*

#### *Subsidies*

- Instellingssubsidies, met name aan NIZW voor de activiteiten van het Centrum voor professionalisering Zorg en Welzijn (zoals rapportages databank, informatievoorziening, kwalificatiebeleid en beroepensstructuur).
- Projectsubsidies, onder andere voor de activiteiten die voortvloeien uit het project Welzijn Versterkt, het convenant Kwaliteitsketen welzijn Limburg, en de opbouw van een informatiestructuur voor het sociaal-cultureel werk.

### **8.2.5 Onderzoek, monitoring en informatievoorziening**

#### *Beleidseffecten*

Onderzoek, monitoring en informatievoorziening is de vijfde operationele doelstelling van sociaal beleid. Alle activiteiten binnen dit programma hebben te maken met kennis. Onderzoek als bron voor kennis over sociale vraagstukken, monitoring als het systematisch kennis verzamelen over maatschappelijke ontwikkelingen en informatievoorziening als het toegankelijk maken van die kennis voor beleid en sector.

Het project «Monitor lokaal sociaal beleid» is erop gericht een instrument te ontwikkelen waarmee gemeenten de effecten van hun beleid (in termen van prestaties of outcomes) zichtbaar kunnen maken. De uitkomsten van het pilotproject staan nu gepland voor eind 2004.

*Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet*

#### *Subsidies*

- Instellingssubsidie aan onder andere het Verweij-Jonker Instituut, aan het NGR voor onderzoeks- en monitoractiviteiten, aan het NIZW voor informatievoorziening en aan het kennisnetwerk Sociaal Beleid voor de verspreiding en benutting van die kennis.
- Projectsubsidies voor onderzoeken en experimenten alsmede

projecten om de informatieverstrekking door gemeenten aan burgers te versterken (Overheids Loket 2000, Loket Sociale As).

### 8.2.6 Versterken vrijwilligerswerk/kader

#### *Beleidseffecten*

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

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

#### *Subsidies*

- Instellingssubsidies (minus de eigen bijdrage van 20%) aan de internaten voor Vorming, Training en Advies voor de scholing van 32 340 (aspirant-)vrijwilligers. Jaarlijks wordt hiervoor in de Staatscourant een subsidieplafond gepubliceerd. Prioriteit ligt bij de training van vrijwilligers die binnen de organisatie een kaderfunctie (gaan) vervullen.
- Subsidie aan alle gemeenten en alle provincies op grond van de Tijdelijke stimuleringsregeling vrijwilligerswerk voor een meerjarig project om het lokale en provinciale vrijwilligerswerk te bevorderen. Dit project is te beschouwen als een samenhangend geheel van nieuwe activiteiten gericht op een systematische en duurzame versterking van het vrijwilligerswerk als onderdeel van de maatschappelijke en sociale infrastructuur. Voor de stimuleringsregeling is jaarlijks een bedrag van € 11,3 mln. beschikbaar. Gemeenten en provincies leggen een zelfde bedrag bij als het door ons verleende subsidiebedrag. In 2002 heeft een nulmeting plaatsgevonden bij gemeenten die gebruikmaken van de stimuleringsregeling. In 2003 wordt de voortgang gemonitord en worden op landelijk niveau ervaringen en «best practices» uitgewisseld.
- In 2001 zijn 458 voorschotten verleend vooruitlopend op de definitieve aanvragen die 1 juli 2002 moeten worden ingediend. Het aantal verleningen zal waarschijnlijk gelijk zijn aan het aantal verleende voorschotten.

**Tabel 1: Onderbouwing Vorming Training en Advies**

	2001	2002	2003
Aantal cursisten	32 340	32 340	32 340
Subsidie per geslaagde deelnemer (in euro's)	320	320	320
Begrotingsbedrag (in € miljoen)	10,4	10,4	10,4
	gerealiseerd	raming	raming
	gerealiseerd	raming	raming

### **8.2.7 Het voorkomen van achterstandsposities door inburgering, met name bij nieuwkomers in Nederland**

#### *Beleidseffecten*

De zevende operationele doelstelling van sociaal beleid is het voorkomen van achterstandsposities door inburgering, met name bij nieuwkomers in Nederland. Als gevolg van de Wet inburgering nieuwkomers (WIN), die in 1998 is ingevoerd, hebben de gemeenten de plicht om nieuwkomers de gelegenheid te geven een inburgeringsprogramma te volgen. Inburgering wordt gezien als een eerste stap in het integratieproces. Door de inburgering wordt voorkomen dat nieuwkomers in een achterstandpositie geraken.

Om de uitvoering van de WIN en de regelingen voor oudkomers te verbeteren, is van 2000 tot 2002 een Taskforce inburgering ingesteld. De voornaamste taken van deze taskforce zijn: het wegwerken van wachtlijsten oudkomers in het taalonderwijs, het verbeteren van de gemeentelijke regierol en het monitoren van de inburgering. De Task-force Inburgering die in opdracht van de departementen van Justitie, SZW, OCenW en VWS de uitvoering verbetert, expireert eind 2002. Over de overdracht van de taken van de Task-force na 31 december 2002 vindt momenteel overleg tussen de projectleiding en de betrokken departementen plaats.

Vanuit ons perspectief zal bij een verlenging van het mandaat van de taskforce worden vastgelegd dat concrete doelen worden gesteld (in de vorm van trajecten) ten aanzien van de maatschappelijke begeleiding van inburgeraars, die in het kader van gezinsvorming of -hereniging naar Nederland zijn gekomen. Samenwerking met het lokale welzijnswerk en zelforganisaties minderheden staat daarbij voorop.

De wachtlijsten voor de inburgeringsprogramma's zijn inmiddels weggewerkt. Ook op het gebied van de gemeentelijke regievoering worden resultaten bereikt. Deze zijn echter nog niet optimaal. In het voorjaar van 2002 zijn de resultaten van de WIN-evaluatie opgeleverd. Hierin werd geconstateerd dat het inburgeringsproces een goede stap is op weg naar integratie, maar in verschillende gevallen meer toegesneden zou moeten zijn op de wensen en behoeften van de nieuwkomer. Verschillende onderdelen van het inburgeringsproces, waaronder de rol van de gemeenten, zullen hierdoor opnieuw bekeken moeten worden. Daarbij zal naast de WIN-evaluatie nadrukkelijk ook het eindrapport van het Interdepartementale beleidsonderzoek doelmatigheid inburgeringsbeleid worden betrokken. Dit rapport is op 25 juni 2002 naar de Tweede Kamer gezonden, nadat het door de ministerraad was goedgekeurd. In het kabinetsstandpunt dat hierover zal worden opgesteld – en dat naar verwachting rond de jaarwisseling gereed zal zijn – zullen de verschillende onderdelen van het inburgeringsproces de revue passeren en voorzien worden van verbeteringsvoorstellen. Overigens is de nieuwe minister voor Vreemdelingenzaken en Integratiebeleid bij dit traject eerstverantwoordelijk.

Het Model trajectbegeleiding bij inburgering, dat in 2001 is opgesteld door FORUM is, hoewel trajectbegeleiding primair figureert in het kader van de WIN, ook zeer bruikbaar voor het inburgeren van oudkomers. Om dit te bevorderen wordt met de Taskforce Inburgering en FORUM afgesproken dat het hierop gerichte ontwikkelingstraject in 2003 wordt verlengd.

#### *Aard van de verantwoordelijkheid*

De ministers voor Vreemdelingenbeleid en Integratie (V&I), OCenW, SZW en VWS zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het voorkomen van achterstandsposities van nieuwkomers door inburgering. V&I coördineert

het inburgeringsbeleid. De Taskforce inburgering valt onder verantwoordelijkheid van de ministeries van V&I, OCenW, SZW en VWS. De genoemde departementen, de gemeenten, de uitvoerende instellingen op het gebied van onderwijs en welzijn en niet in de laatste plaats de nieuwkomers zelf zijn belangrijke actoren die alle bijdragen aan de realisatie van de bovengenoemde doelstelling.

*Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling*

*Subsidies*

- Projectsubsidies voor activiteiten van de Taskforce inburgering en FORUM om verschillende onderdelen van het inburgeringstraject voor nieuw- en oudkomers te verbeteren.

*Specifieke uitkeringen*

- Uitkeringen aan gemeenten op grond van de WIN.

<b>Tabel 2: Overzicht van het aantal gemeenten waaraan een uitkering is verleend en het aantal beschikkingen en verklaringen</b>				
	Raming bereik			
	2000	2001	2002	2003
Verleend aan aantal gemeenten	537*	504*	501*	501*
Aantal beschikkingen	19 410 – 1998*	16 485 – 1999*	19 031 – 2000*	– 2001*
Aantal verklaringen	11 532 – 1998*	14 442 – 1999*	13 490 – 2000*	– 2001*
Landelijk budget incl. OCenW (in € miljoen)	134,1***	140,0***	168,6***	
VWS-deel (in € miljoen)	49,1**	51,1**	60,6**	60,8**

Bron:

\* CFI.

\*\* Rijksbegroting VWS.

\*\*\* Rijksbegroting OCenW en VWS.

Sinds 2000 wordt de zogenoemde t-2-systematiek toegepast: de gemeenten ontvangen een aandeel van het landelijke voor inburgering beschikbare budget dat in overeenstemming is met de relatieve prestatie van de gemeenten in het jaar t-2. De prestatiecriteria zijn het aantal vaststellende en vrijstellende beschikkingen over een inburgeringsprogramma en het aantal verklaringen dat de toets of het examen is afgelegd.



### 8.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x € 1000

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Verplichtingen</b>	141 564	137 456	132 559	129 344	133 625	132 382	133 348
<b>Uitgaven (totaal)</b>	<b>126 498</b>	<b>136 756</b>	<b>136 429</b>	<b>132 363</b>	<b>134 208</b>	<b>133 356</b>	<b>133 348</b>
<b>Programma-uitgaven (totaal)</b>	123 362	133 468	133 118	129 035	131 221	130 369	130 361
– Bevorderen van participatie en toegankelijkheid		22 039	22 384	22 186	22 698	22 782	22 781
– Het voorkomen van sociale uitsluiting		6 884	6 595	6 599	6 314	6 327	6 327
– Het ondersteunen van lokaal sociaal beleid		7 524	7 132	7 154	8 102	8 143	8 143
– Professionaliteit en kwaliteit welzijnsvoorziening		3 099	3 467	3 485	3 580	3 600	3 600
– Onderzoek, monitoring en informatievoorziening		7 511	6 940	6 995	4 795	4 796	4 796
– Scholen van aspirant vrijwilligers		22 188	22 208	22 190	23 928	23 910	23 903
– Voorkomen achterstandsposities nieuwkomers		64 120	64 392	60 426	61 804	60 811	60 811
<i>Waarvan specifieke uitkeringen</i>		<i>63 196</i>	<i>63 400</i>	<i>59 331</i>	<i>60 911</i>	<i>59 874</i>	<i>59 874</i>
<b>Apparaatsuitgaven</b>	3 136	3 288	3 311	3 328	2 987	2 987	2 987
<b>Ontvangsten</b>	1 799	4 205	3 851	3 851	3 851	3 851	3 851

### 8.4 Budgetflexibiliteit

Bedragen x € 1000

	2003		2004		2005		2006		2007	
<b>Totaal geraamde kasuitgaven</b>		<b>136 429</b>		<b>132 363</b>		<b>134 208</b>		<b>133 356</b>		<b>133 348</b>
– apparaatsuitgaven		3 311		3 328		2 987		2 987		2 987
Dus programma-uitgaven		133 118		129 035		131 221		130 369		130 361
<i>Waarvan juridisch verplicht</i>	<i>89%</i>	<i>118 475</i>	<i>11%</i>	<i>14 194</i>	<i>–</i>	<i>403</i>	<i>0%</i>	<i>0</i>	<i>0%</i>	<i>0</i>
<i>Waarvan complementair noodzakelijk en/of bestuurlijk gebonden</i>	<i>0%</i>	<i>0</i>	<i>76%</i>	<i>98 067</i>	<i>76%</i>	<i>99 728</i>	<i>76%</i>	<i>99 080</i>	<i>76%</i>	<i>99 080</i>
<i>Waarvan Beleidsmatige reserveringen</i>	<i>11%</i>	<i>14 643</i>	<i>13%</i>	<i>16 774</i>	<i>15%</i>	<i>19 683</i>	<i>15%</i>	<i>19 555</i>	<i>15%</i>	<i>19 555</i>
<i>Waarvan Overig budget</i>	<i>0%</i>	<i>0</i>	<i>0%</i>	<i>0</i>	<i>9%</i>	<i>11 407</i>	<i>9%</i>	<i>11 374</i>	<i>9%</i>	<i>11 368</i>
<b>Totaal</b>	<b>100%</b>	<b>133 118</b>	<b>100%</b>	<b>129 035</b>	<b>100%</b>	<b>131 221</b>	<b>100%</b>	<b>130 369</b>	<b>100%</b>	<b>130 361</b>

De beleidsmatige reserveringen (zie bovenstaande tabel) hebben betrekking op de uitvoering van de Welzijnsnota «Werken aan sociale kwaliteit». Deze is van toepassing totdat er een nieuwe Welzijnsnota is verschenen. De bedragen genoemd onder overig budget vanaf 2005 zijn de gelden van de vrijwilligersimpuls. Tot en met 2004 gaan deze gelden naar de gemeenten en provincies. Dit project wordt in de tweede helft van 2003 geëvalueerd.

### 8.5 Groeiparaagraaf VBTB

Dit jaar wordt in november opnieuw een brancherapport gepresenteerd. Het brancherapport «Welzijn en sport 2002» zal gegevens en kengetallen over de welzijnssector bevatten (zoals het aantal formatieplaatsen, het

aantal voorzieningen, etc.). De tweede uitgave van dit rapport heeft nog een beperkte opzet, maar op termijn zullen deze rapportages een breed beeld moeten schetsen van de situatie en ontwikkeling in de verschillende sectoren. Dit brancherapport kan overigens niet uitsluitend worden gezien als een verantwoordingsinstrument van de rijksoverheid. Welzijnsbeleid is immers in belangrijke mate gedecentraliseerd naar gemeenten en provincies. De gegevens in het brancherapport kunnen daarom aanleiding zijn om overleg te voeren met gemeenten, provincies en landelijke instellingen over de accenten in het eigen en door anderen gevoerde beleid. Met de voortgaande kwantitatieve en kwalitatieve verbetering van het brancherapport wordt aan dit overleg een betrouwbare feitelijke basis gegeven.

In 2003 zal er een nieuwe Welzijnsnota worden uitgebracht met de hoofdlijnen van het welzijnsbeleid van het Rijk voor de komende vier jaar. Hierbij zal onder meer gebruik gemaakt worden van het verslag over de Welzijnsnota 1999–2002 – dat een onderdeel zal zijn van de nieuwe Welzijnsnota –, alsmede van de resultaten van het onderzoek naar het gebruik en de tevredenheid van enkele producten en diensten op het terrein van welzijn die wij hebben gesubsidieerd. Afronding van het onderzoek wordt medio 2003 verwacht. De inzet is om de nieuwe Welzijnsnota op VBTB-leest te schoeien. Daartoe zullen doelen en instrumenten zo veel mogelijk concreet worden geformuleerd en er zal een monitoring- en evaluatiesystematiek worden ontwikkeld.

**Tabel 3: Overzicht voorgenomen evaluaties**

Onderwerp	Geplande uitvoering
Evaluatie Welzijnsnota	2002
Evaluatie van het project «Talent geactiveerd»	2002
Evaluatie gelden vrijwilligersimpuls	Start 2e helft 2003
Pilotproject «Monitor lokaal sociaal beleid»	2004

Voor meer informatie over programmering van evaluatieonderzoek wordt verwezen naar de bedrijfsvoeringsparagraaf.

## BELEIDSARTIKEL 9: SPORTBELEID

### 9.1 Algemene beleidsdoelstelling

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

De algemene doelstelling van het sportbeleid is gedefinieerd in de kabinetsnota «Wat sport beweegt» (TK 1996–1997, 25 125, nr. 2). Deze doelstelling luidt als volgt:

Het – met inachtneming van de intrinsieke waarde – optimaal benutten van de positieve maatschappelijke waarde van sport door:

- de kwaliteit van de sportbeoefening veilig te stellen en (waar nodig) te verbeteren;
- de kwaliteit van de sportinfrastructuur te versterken;
- de samenhang van het (mede) op sport betrekking hebbende beleid te verbeteren.

Uit deze doelstelling blijkt dat het sportbeleid er met name op gericht is een kwaliteitsimpuls te geven. Daarnaast komt duidelijk naar voren dat het niet alleen gaat om het sportbeleid van VWS, maar dat ook beleids-terreinen buiten VWS impact hebben op sportorganisaties en sporters (denk aan milieu-, energie-, fiscaal, arbeidsvoorwaardenbeleid).

#### *Relatie met de Welzijnsnota*

De middelen die worden ingezet om de doelstellingen van de Welzijnsnota te verwezenlijken, zijn verwerkt in de verschillende operationele doelstellingen van dit beleidsartikel. In beleidsartikel 8 (Sociaal beleid) staan de budgettaire bijdragen van de verschillende beleidsartikelen aan de programmalijnen van de Welzijnsnota. Onder de kop *instrumenten* is aangegeven welke instrumenten bijdragen aan welke programmalijn van de Welzijnsnota.

#### **Bijdrage Welzijnsnota aan operationele doelstellingen voor 2003**

Programmalijnen (bedragen x € 1000)	Participatie en toegankelijkheid	Voorkomen van sociale uitsluitingen	Lokaal sociaal beleid	Professionaliteit/kwaliteit van voorzieningen	Onderzoek, monitoring en informatievoorziening	Totaal
Operationele doelstellingen: – Verantwoorde sportbeoefening bij een breed publiek	4 158		13 824	10 206	5 063	33 251
<b>Totaal</b>	<b>4 158</b>		<b>13 824</b>	<b>10 206</b>	<b>5 063</b>	<b>33 251</b>

Bron: VWS.

## 9.2 Operationele beleidsdoelstellingen

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

De tweede operationele beleidsdoelstelling van sportbeleid is een verantwoorde sportbeoefening door een breed publiek, in een kwalitatief hoogwaardige sportinfrastructuur, om sociale cohesie, integratie, tolerantie en volksgezondheid te stimuleren. Zowel in de nota «Wat sport beweegt» als in de beleidsbrief «Breedtesport» (TK 1998–1999, 26 632, nr. 1) is uiteengezet welke waarden (breedte)sportbeoefening voor het individu en de maatschappij heeft. De centrale boodschap in beide stukken is dat sport een belangrijk onderdeel is van de sociale infrastructuur. Sport is niet alleen «leuk», het draagt ook bij aan het algemeen lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden van mensen en biedt veelal een ontmoetingsplaats in wijken en buurten.

In 2001 is de nota «Sport, Bewegen en Gezondheid» verschenen (TK 2000–2001, 27 841, nr. 2). Deze nota gaat in op de rol van bewegen en sporten in relatie tot gezondheid. In deze nota wordt onderkend dat «bewegen» vanuit de gezondheidsoptiek voornamelijk positieve effecten heeft. Mede gelet op de bewegingsarmoede van de Nederlandse bevolking is er een impuls nodig om mensen gezond (en blessurevrij) in «beweging» te brengen.

#### *Beleidseffecten*

Met het breedtesportbeleid streven we de volgende effecten na:

- Het instandhouden van een sportinfrastructuur die haar kerntaken (organiseren van de competitie, voorzien in voldoende kader, vraagbaak voor de vereniging) op adequate wijze uitvoert. Dit effect zullen we medio 2003 evalueren.
- Het verspreiden van kennis over milieumaatregelen en ontwikkelingen gericht op ruimtelijke ordening naar sportorganisaties en andere overheden.
- Het ontwikkelen van meer aandacht bij gemeenten voor gebruik van sport bij het gemeentelijke welzijnsbeleid. Er is een nulmeting geweest in 1998. De effecten van dit beleid evalueren we iedere twee jaar, om de vier jaar zenden we een evaluatie naar de Kamer. Dit is voorzien in 2003.
- Voldoende aanbod van een gekwalificeerd kader voor elke tak van sport. Jaarlijks wordt met behulp van de zogenoemde verenigingsmonitor geëvalueerd in hoeverre het aanbod inderdaad voldoende is. De verenigingsmonitor bestaat uit een panel van 250 verenigingen dat model staat voor bijna 29 000 sportverenigingen in Nederland. Dit panel wordt aan de hand van een uitgebreide vragenlijst bevraagd over uiteenlopende aspecten van het functioneren van de vereniging.
- Met subsidies worden bonden ondersteund bij het aanbieden van opleidingen/cursussen en het ontwikkelen van methoden om mensen voor vrijwilligerswerk te interesseren en te behouden.
- Een gestructureerde aanpak van voetbalvandalisme in alle speelsteden met betaaldvoetbalorganisaties. Jaarlijks rapporteert het Centraal Informatiepunt Voetbalvandalisme over de ontwikkelingen rondom voetbalvandalisme. Hieruit blijkt onder andere een afname van circa 3,4% van de inzet van politie bij het betaald voetbal (van 311 120 naar 300 545 uren) in het seizoen 2000–2001 ten opzichte van het seizoen 1999–2000 (excl. de inzet bij Euro 2000). Daarnaast blijkt dat het aantal

aangehouden personen in deze seizoenen is gedaald van 1 550 naar 1 193 terwijl het aantal toeschouwers met 4,3% is toegenomen. Blijvende aandacht voor dit onderwerp is gewenst. Door sociaal preventieve supportersprojecten te ondersteunen, beogen we het voetbalvandalisme verder terug te dringen.

- Het bevorderen van gezondere sportbeoefening door een breed publiek. Met behulp van een «bewegingsmonitor» wordt onder andere gemeten hoeveel uren Nederlanders sporten en hoeveel blessures zich voordoen. Uit deze monitor blijkt dat in 1998 40% van het Nederlandse publiek voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen<sup>1</sup>. Jaarlijks doen zich ongeveer 2,3 miljoen sportblessures voor, de kans op een blessure voor een sporter is thans 13%, voor topsporters zelfs 60%. Een van de doelstellingen uit de nota «Sport, bewegen en gezondheid» is om het percentage Nederlanders dat voldoet aan de Norm Gezond Bewegen in 2005 naar 45% te brengen en het blessurerisico te verlagen naar 11%.

#### *Aard van de verantwoordelijkheid*

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

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

##### *Subsidies*

- Het instandhouden van de infrastructuur van sportbonden (het gaat hier om 58 als zodanig erkende landelijke sportorganisaties). De hoogte van de subsidie is met name gebaseerd op het ledenaantal van de verenigingen (dit zijn middelen behorend tot de annex van de Welzijnsnota).
- Projecten van gemeenten of sportorganisaties gericht op sport en ontwikkelingssamenwerking (zie ook de beleidsnotitie «Sport in ontwikkeling; samenspel scoort 1», TK 1997–1998, 26 030, nr. 1).
- Projecten gericht op thema's als milieu (zie ook de beleidsnota «Goud voor groen», (TK 1998–1999, 25 125, nr. 10), ruimtelijke ordening en recreatie, en innovaties op het gebied van sportaccommodaties.
- Het NISB (Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen). Het doel van deze subsidie is sportparticipatie in brede zin te bevorderen. Hiertoe heeft het NISB een functie als expertisecentrum en ondersteunt het sportbonden en gemeenten bij de invulling van hun sportbeleid. De activiteiten van het NISB zijn onderverdeeld in zeven programmalijnen. We noemen hier de vier belangrijkste(financieel gezien): (1) participatie en kwaliteit, (2) kwalitatief sportaanbod en breedtesportimpuls, (3) sportinfrastructuur Nederland en (4) expertisepunten. Op basis van de activiteiten die binnen deze programmalijnen worden ondernomen vindt subsidietoewijzing en -afrekening plaats (dit zijn middelen behorend bij programmalijn 1 van de Welzijnsnota).
- Projecten van sportbonden/sportkoepels gericht op het bevorderen van sportbeoefening door bepaalde doelgroepen die gezien hun

<sup>1</sup> Deze norm houdt in dat kinderen minimaal een uur en volwassenen minimaal een half uur per dag matig intensief bewegen op minimaal 5 dagen van de week.

participatiegraad in een achterstandssituatie verkeren (gehandicapten, chronisch zieken, ouderen en allochtonen). Dit zijn middelen behorend bij programmalijn 1 van de Welzijnsnota.

- Gemeentelijke initiatieven op basis van een tijdelijke stimuleringsregeling. Het doel hiervan is dat gemeenten het sportbeleid een prominentere plaats geven op de gemeentelijke beleidsagenda. Na drie tranches (de regeling is in 1999 gestart) hebben 172 gemeenten (van de in totaal circa 504) een aanvraag ingediend. Deze gemeenten vertegenwoordigen 62% van alle Nederlandse inwoners. Met name de kleinere gemeenten (minder dan 10 000 inwoners) hebben nog betrekkelijk weinig gebruik gemaakt van de regeling (dit zijn middelen behorend bij programmalijn 3 van de Welzijnsnota).
- Het instandhouden en uitbreiden van een kwalitatief hoogwaardig vrijwillig sportkader (trainers/coaches/vrijwilligers). De subsidie wordt berekend op basis van het aantal opleidingsuren. De hoogte van de subsidie wordt begrensd door het beschikbare budget (dit zijn middelen behorend bij programmalijn 4 van de Welzijnsnota).
- Projecten en activiteiten voor de ontwikkeling van sport(kader) opleidingen. Verder worden projecten gericht op een verdere professionalisering van de sportsector gesubsidieerd (o.a. het toepassen van ICT in de bedrijfsvoering en communicatie met leden). Dit zijn middelen behorend bij programmalijn 4 van de Welzijnsnota.
- Initiatieven van sportbonden op het gebied van veiligheid, de verbetering van de kwaliteit van de sportinfrastructuur en ondersteuningsstructuur en het tegengaan van vandalisme (dit zijn middelen behorend bij programmalijn 4 van de Welzijnsnota).
- Compensatie voor de energieverhoging die sportverenigingen hebben betaald. Het aantal verenigingen dat we in 2001 compensatie voor energieverhoging hebben gegeven is circa 5 600. Voor 2002 verwachten we een lichte stijging tot ca. 6000 verenigingen (dit zijn middelen behorend tot de annex van de Welzijnsnota).
- Ontwikkeling en uitvoering van sportmedisch beleid door sportorganisaties en ondersteuning van projecten die met name gericht zijn op bewegingsbevordering, blessurepreventie, alcoholmatiging en tabaksontmoediging (dit zijn middelen behorend bij programmalijn 4 van de Welzijnsnota).

### **9.2.2 Het bevorderen van de beoefening van topsport in Nederland onder professionele en maatschappelijk verantwoorde omstandigheden**

De eerste operationele beleidsdoelstelling van het sportbeleid is het bevorderen van topsportbeoefening in Nederland onder professionele en maatschappelijk verantwoorde omstandigheden. In de nota «Kansen voor Topsport» (TK 1998–1999, 26 429, nr.2) is het topsportbeleid van de rijksoverheid uiteengezet. De beoefening van topsport kent verschillende «waarden» (intrinsiek, vormend en socialiserend). De rijksoverheid heeft daarbij met name een aanvullende en ondersteunende rol. Het topsportbeleid kent de volgende vier deelgebieden:

1. de maatschappelijke positie van topsporters (fasen van talentherkenning, -ontwikkeling, het topsporter zijn en de afbouw van de sportcarrière);
2. de topsportinfrastructuur (de sportbonden, het sportmedische beleid, wetenschappelijke ondersteuning, topsportaccommodaties, topsport-evenementen);
3. het tegengaan van dopinggebruik;

4. het afstemmen van beleid dat invloed heeft op het «topsportklimaat» in Nederland.

*Beleids effecten*

De effecten die we met het «topsportbeleid» nastreven, zijn:

- Het verder verbeteren van de individuele leefsituatie van topsporters, hun trainingsmogelijkheden en -faciliteiten en de deelname aan internationale wedstrijden. Elke vier jaar wordt de ontwikkeling van het «topsportklimaat» in Nederland op een aantal punten gemeten en vergeleken met andere Europese landen. Hierover wordt een aparte rapportage naar de Kamer gezonden. Het eerstvolgende rapport verschijnt in 2004. Als verklaring voor topsportsuccessen zijn als «te beïnvloeden factoren» aan te geven: de sport- of topsportcultuur (mediabelangstelling), infrastructuur voor breedtesport, de voorzieningen en faciliteiten, een adequaat talentherkennings- en begeleidingsstelsel, de individuele leefsituatie van topsporters en individuele begeleiding. Onder een referentiegroep van topsporters, -trainers en -coördinatoren is geïnventariseerd welke van deze factoren verbeterd zouden moeten worden. Achtereenvolgens waren dit: de individuele leefsituatie (en in het bijzonder de inkomenssituatie), de trainingsmogelijkheden en -faciliteiten en de deelname aan de internationale competitie. De «instrumentatie» van het subsidiebeleid is hier duidelijk op gericht (zie verder onder *instrumenten*).
- Het uitbreiden en verbeteren van de landelijke topsportaccommodatie-infrastructuur en, gerelateerd hieraan, het streven naar een grotere kans van slagen van de kandidatuur van «bids» (aanbieding om een evenement in Nederland te organiseren) die sportorganisaties uitbrengen. In 2002 is een consultatiegroep ingesteld die een voorstel heeft gedaan voor de inrichting van het toekomstige evenementen- en accommodatiebeleid. Per brief van 12 juli jongstleden (TK 2001–2002, 26 429, nr. 12) is de Kamer geïnformeerd over het advies van de consultatiegroep en de voornemens over de besteding van de (extra) middelen voor het topsportevenementen- en accommodatiebeleid. In 2002 zullen de voorstellen uit deze brief zijn uitgewerkt en het instrumentarium aangepast.
- Dopingvrije (top)sportbeoefening – en daarmee een bijdrage aan een goede gezondheid van (top)sporters – met name gebaseerd op een adequaat antidopingbeleid van landelijke organisaties. De meting hiervan vindt jaarlijks (rond juni) plaats op basis van gegevens van Necedo (Nederlands centrum voor dopingvraagstukken), Doconed (Doping controle Nederland) en het «audit-committee».

**Tabel 1: Aantal controles dat Doconed in de afgelopen jaren heeft uitgevoerd en het aantal «positieve» gevallen dat hieruit naar voren is gekomen**

Jaar	Aantal controles	Aantal «positieve» gevallen
2000	1 757	22
2001	2 270	45

Bron: Jaarverslag Doconed.

Het «audit committee» ziet erop toe dat de betreffende sportorganisatie op een adequate wijze (conform het geldende dopingreglement) met de positieve gevallen omgaat. Daarnaast wordt jaarlijks vastgesteld hoeveel

controles (in en «out of competition») er in totaal en per tak van sport moeten plaatsvinden. Dit aantal is mede afhankelijk van de ontwikkeling in het aantal «positieve» gevallen. Als een sportorganisatie hieraan niet voldoet, wordt een korting aangebracht op de subsidie voor het algemeen functioneren. De stijging in het aantal positieve gevallen laat zich moeilijk herleiden tot een aantal «beslissende» factoren.

#### *Aard van de verantwoordelijkheid*

Voor een beschrijving van onze verantwoordelijkheid voor het breedtesportbeleid verwijzen we naar 9.2.1.

*Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling (het financiële belang dat met de inzet van deze instrumenten is gemoeid behoort tot de annex van de middelen voor de Welzijnsnota)*

#### *Subsidies*

- De ontwikkeling van talentherkennings- en talentontwikkelingsprogramma's van sportbonden. Doel hiervan is dat elke tak van sport (58 organisaties voldoen aan de criteria van de Subsidieregeling welzijnsbeleid) een talentherkennings- en talentontwikkelingsprogramma ontwikkelt dat op de eigen behoefte is toegespitst. In 2001 zijn 50 projecten gesubsidieerd, in 2002 zijn dat er (per 1 juni) 45. Een aantal aanvragen is momenteel nog in behandeling.
- Landelijke sportorganisaties die hun topsportbeleid hebben gestructureerd in een topsportbeleidsplan. In 2001 ging het om 48 sportbonden, in 2002 zijn dat er (per 1 juni) 47 (de schermbond voldoet niet meer aan de subsidievoorwaarden).
- De realisatie van A/B-sportaccommodaties (een accommodatie die is aangewezen door een landelijke sportorganisatie als nationale/ internationale trainings- en wedstrijdaccommodatie). De subsidie wordt alleen verstrekt aan landelijke sportorganisaties die hier in samenwerking met gemeenten met een topsportaccommodatiebeleid een beroep op doen. In 2001 zijn in totaal vijf subsidies toegekend voor de realisatie van een A/B-accommodaties.
- Grote evenementen (EK's/WK's), mede in het kader van de «Holland promotie». In 2001 zijn voor tien evenementen subsidies verstrekt, in 2002 gaat het voornamelijk (per 1 juni) om vier evenementen die aan de voorwaarden voldoen. In 2002 wordt onderzoek gedaan naar de kwaliteitsvereisten en de (economische) spin-off van het organiseren van grootschalige evenementen.
- Necedo en Doconed voor kennisontwikkeling en voor ondersteunende activiteiten voor de sportsector.

#### *Subsidiekorting*

- Korting op de subsidie voor het algemeen functioneren van sportbonden (zie 9.2.2) verlenen we als er onvoldoende aandacht of medewerking is bij het tegengaan van ongewenste neveneffecten van topsport, zoals doping, of als er niet voldaan wordt aan het minimum aantal uit te voeren dopingcontroles. In 2002 is geen enkele organisatie gekort vanwege een ontbrekend actueel dopingreglement.

#### *Stipendiumregeling*

- De stipendiumregeling is een regeling voor A-topsporters met een inkomen dat lager is dan het minimumloon. In februari 2001 waren er 353 A-topsporters, in mei 2002 waren dat er 477. Daarvan maakten in 2001 150 sporters gebruik van de regeling, en in 2002 241. Deze cijfers fluctueren overigens gedurende het jaar.



### 9.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x € 1000

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Verplichtingen</b>	87 547	87 773	60 714	63 437	68 550	71 399	75 611
<b>Uitgaven (totaal)</b>	<b>66 158</b>	<b>86 829</b>	<b>76 760</b>	<b>77 555</b>	<b>77 732</b>	<b>77 857</b>	<b>77 854</b>
<b>Programma-uitgaven (totaal)</b>	63 653	84 052	73 994	75 031	75 281	75 689	75 686
Verantwoorde sportbeoefening bij een breed publiek		54 067	53 034	53 863	53 165	53 577	53 576
Waarvan specifieke uitkeringen		14 050	13 824	12 555	12 225	12 226	12 226
Bevorderen beoefening van topsport in Nederland		29 985	20 960	21 168	22 116	22 112	22 110
<b>Apparaatsuitgaven</b>	2 505	2 777	2 766	2 524	2 451	2 168	2 168
<b>Ontvangsten</b>	1 334	144	144	144	144	144	144

### 9.4 Budgetflexibiliteit

Bedragen x € 1000

	2003		2004		2005		2006		2007	
<b>Totaal geraamde kasuitgaven</b>		<b>76 760</b>		<b>77 555</b>		<b>77 732</b>		<b>77 857</b>		<b>77 854</b>
– apparaatsuitgaven		2 766		2 524		2 451		2 168		2 168
Dus programma-uitgaven		73 994		75 031		75 281		75 689		75 686
Waarvan juridisch verplicht	50%	36 859	16%	12 014	11%	8 535	7%	5 621	3%	2 065
Waarvan complementair noodzakelijk en/of bestuurlijk gebonden	0%	0	28%	20 835	28%	20 835	28%	20 835	28%	20 835
Waarvan Beleidsmatige reserveringen	50%	37 135	56%	42 182	61%	45 911	65%	49 233	69%	52 786
Waarvan Overig budget	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
Totaal	100%	73 994	100%	75 031	100%	75 281	100%	75 689	100%	75 686

Het sportbeleid is beschreven in verschillende beleidsnota's (zie hierboven), hierin worden de beleidsvoornemens beschreven en de budgetten die hiervoor worden aangewend. Een deel hiervan is reeds juridisch verplicht. Daarnaast wordt aan verschillende sportorganisaties een zogenaamde instellingssubsidie verstrekt. Voor het jaar 2003 is dit een juridische verplichting, voor de volgende jaren zijn deze uitgaven bestuurlijk gebonden. Dit betekent dat een verlaging van dit budget ruimschoots tevoren dient te worden gemeld aan deze organisaties en een wijziging van beleid impliceert. Het bedrag bij «beleidsmatige reserveringen» betreft een raming van uitgaven ten behoeve van beleid(sthema's) die zijn voorgenomen in de respectievelijke beleidsnota's.

### 9.5 Groeiparagraaf VBTB

Voor de meeste operationele doelstellingen, effecten en instrumenten is cijfermateriaal beschikbaar. De bruikbaarheid daarvan is echter niet altijd even evident. Er is (gezien vanaf 2002) een periode van vier jaar uitgetrok-

ken om voor alle operationele doelstellingen en instrumenten bruikbaar cijfermateriaal beschikbaar te krijgen voor de prestatiegegevens.

Voor een aantal instrumenten is in 2003 een evaluatief moment voorzien. Daarbij kan nog een slag worden gemaakt om de uitkomsten van het beleid meer te kwantificeren. Dit punt wordt in de evaluatie betrokken. Om welke evaluaties/effectenmetingen het gaat in 2003 is weergegeven in onderstaande tabel.

<b>Tabel 2: Overzicht voorgenomen evaluaties</b>	
Onderwerp	Geplande uitvoering
Evaluatie voldoende aanbod van een gekwalificeerd kader voor elke tak van sport	Jaarlijks
Evaluatie van de facilitering van (sport-)ontwikkelingssamenwerking	September 2002 – Maart 2003
Evaluatie gebruik sport bij het gemeentelijke welzijnsbeleid	2003
Evaluatie bevorderen sportbeoefening met inachtneming van milieu-eisen	2003
Evaluatie naar instandhouding infrastructuur	2003
Evaluatie evenementen- en accommodatiebeleid	2004
Evaluatie ontwikkeling van het «topsportklimaat»	2004

In de Begroting 2002 zijn twee voornemens beschreven om het jaarprogramma van het NISB te specificeren en kengetallen te ontwikkelen voor de thema's ontwikkelingssamenwerking en milieu. Ten aanzien van het NISB is in deze begroting een specificatie van het werkprogramma opgenomen. De ontwikkeling van kengetallen voor de genoemde thema's is nog niet gerealiseerd, wel is het aantal projecten opgenomen dat op basis van deze thema's is gesubsidieerd.

Voor meer informatie over programmering van evaluatieonderzoek wordt verwezen naar de bedrijfsvoeringsparagraaf.

## **BELEIDSARTIKEL 10: VERZETSDEELNEMERS, VERVOLGDEN EN BURGEROORLOGSGETROFFENEN**

### **10.1 Algemene beleidsdoelstelling**

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

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

Het beleid gericht op oorlogsgetroffenen van de Tweede Wereldoorlog en de Bersiap-periode is vooral voorwaardenscheppend van aard. Onze verantwoordelijkheid op dit terrein valt dan ook primair te kenschetsen als systeemverantwoordelijkheid. De vijf pensioen- en uitkeringswetten voor oorlogsgetroffenen worden in opdracht van ons uitgevoerd door het zelfstandig bestuursorgaan de Pensioen- en Uitkeringsraad (PUR). Daarnaast is er een aantal (gesubsidieerde) categorale instellingen en instellingen van algemeen maatschappelijk werk die de doelgroep immateriële hulpen dienstverlening bieden. Wij houden toezicht op de aard en omvang van de prestaties die deze uitvoeringsorganisaties feitelijk leveren (resultaatverantwoordelijkheid). Dit heeft vooral te maken met de unieke maatschappelijke betekenis van de begrippen «ereschuld» en «bijzondere solidariteit» als leidende principes bij de zorg voor oorlogsgetroffenen in samenhang met de steeds grotere kwetsbaarheid van de doelgroep.

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

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

De nationale manifestaties op 4 mei (herdenking gevallen) en 5 mei (viering bevrijding) moeten een waarschuwing zijn voor hedendaagse uitingen van racisme, discriminatie en intolerantie. Tegen de achtergrond

van de gebeurtenissen tijdens WOII kan vooral de jeugd bewust worden gemaakt van het gevaar van politiek extremisme van uiteenlopende aard dat in hun omgeving aanwezig is.

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

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

#### *Intensiveringen*

In verband met een hogere instroom in de wetten voor oorlogsgetroffenen dan geraamd (en de jaarlijkse loon- en prijsbijstelling) heeft het kabinet bij Voorjaarsnota extra middelen ter beschikking gesteld: € 12,7 mln. in 2002, € 8,5 mln. in 2003, € 7,0 mln. in 2004 en € 5,7 mln. in 2005. Voorts zijn de ramingen voor 2006 en 2007 naar beneden bijgesteld met € 9,3 mln. en € 24,5 mln.

## **10.2 Operationele beleidsdoelstellingen**

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

#### *Beleidseffecten en aard van de verantwoordelijkheid*

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

Het bekostigingsmodel van de PUR-organisatie is een belangrijke waarborg voor continuïteit en doelmatigheid (outputfinanciering). Dit bekostigingsmodel wordt elke drie jaar geëvalueerd. De laatste evaluatie in 2002 heeft ertoe geleid dat de hoogte van de vergoedingen is aange-

past. Iedere vier jaar wordt de Tweede Kamer geïnformeerd over de doelmatigheid en doeltreffendheid van de PUR. Hieraan hebben wij in 2001 voor het eerst voldaan.

Verder zullen wij in 2004 de subsidiesystematiek voor de immateriële hulpverlening evalueren. Voor 2005 is de evaluatie van de Tijdelijke vergoedingsregeling psychotherapie (TVP) voorzien.

Nagenoeg de gehele uitvoering van de pensioen- en uitkeringswetten is verzelfstandigd naar de PUR. Daarbij hebben wij formeel geen directe invloed op het toepassingsbeleid (de beslissing over het wel of niet toelaten van een aanvrager tot de wetten) van de PUR. Voorts verstrekken wij structureel subsidies aan een aantal gespecialiseerde instellingen voor hulp- en dienstverlening aan oorlogsgetroffenen.

De maatschappelijke effecten die het stelsel van materiële en immateriële voorzieningen genereert, liggen in de sfeer van «ereschuld» en «bijzondere solidariteit» met de getroffen van WOII en de Bersiap-periode. De laatste begrippen hebben politiek-maatschappelijk zo'n groot gewicht, dat wij naast onze systeemverantwoordelijkheid voor het totale voorzieningenaanbod ook een sterke verantwoordelijkheid ervaren voor de concrete resultaten van de uitvoering. Deze verantwoordelijkheid geven wij met name vorm door toezicht te houden op de kwaliteit van de uitvoeringsorganisaties.

**Tabel 1: Gebruik wetten en regelingen voor oorlogsgetroffenen\* (bedragen x € 1 mln.)**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
	realisatie	raming	raming	raming	raming	raming	raming
<b>Wbp</b>							
Eerste aanvragen	96	106	103	99	96	92	89
Toewijzingspercentage	21%	20%	20%	20%	20%	20%	20%
Gemiddeld aantal pensioengerechtigden	6 265	5 928	5 563	5 194	4 829	4 472	4 114
Totaal uitgaven Wbp	103,2	96,8	88,4	82,0	75,8	69,7	63,6
<b>Wbp-z</b>							
Eerste aanvragen	8	8	8	8	8	8	8
Toewijzingspercentage	33%	20%	20%	20%	20%	20%	20%
Gemiddeld aantal pensioengerechtigden	543	493	455	422	389	358	329
Totaal uitgaven Wbp-z	10,2	8,8	8,2	7,5	6,9	6,4	5,8
<b>Wuv</b>							
Eerste aanvragen	2 111	1 747	1 725	1 701	1 676	1 650	1 620
Toewijzingspercentage	25%	20%	19%	20%	20%	19%	18%
Gemiddeld aantal betaalbare uitkeringsgerechtigden (incl. uitk. art. 21b)	22 142	21 297	20 330	19 383	18 449	17 538	16 650
Totaal uitgaven Wuv	202,3	193,3	185,0	176,8	168,6	160,5	152,6
<b>Wubo</b>							
Eerste aanvragen	2 970	2 650	2 517	2 385	2 255	2 136	1 967
Toewijzingspercentage	27%	30%	30%	30%	30%	30%	30%
Gemiddeld aantal betaalbare uitkeringsgerechtigden (incl. toeslag art. 19)	12 564	12 888	13 268	13 580	13 807	13 965	14 061
Totaal uitgaven Wubo	50,1	47,9	48,6	48,9	49,0	48,9	48,6
<b>Wiv</b>							
Eerste aanvragen	13	9	9	8	7	6	5
Toewijzingspercentage	31%	10%	10%	10%	10%	10%	10%
Gemiddeld aantal pensioengerechtigden	232	222	211	198	185	172	161
Totaal uitgaven Wiv	2,9	2,6	2,5	2,3	2,1	2,0	1,9
<b>AOR</b>							
Eerste aanvragen	408	300	200	100	0	0	0
Toewijzingspercentage	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%
Omvang bestand per ultimo	632	755	814	813	756	703	654
Totaal uitgaven AOR	2,8	3,1	3,2	3,2	3,0	2,8	2,6
<b>Tvp</b>							
Aantal declaraties	1 588	2 092	2 197	2 306	2 422	2 543	2 670
Totaal uitgaven Tvp	0,7	0,9	0,9	1,0	1,0	1,1	1,1

Bron: PUR, VWS (AOR).

\* Toelichting:

Wbp: Wet buitengewoon pensioen 1940–1945.

Wbp-z: Wet buitengewoon pensioen. zeelieden-oorlogsslachtoffers.

Wiv: Wet buitengewoon pensioen Indisch verzet.

Wuv: Wet uitkeringen vervolgingslachtoffers 1940–1945.

Wubo: Wet uitkeringen burgeroorlogsslachtoffers 1940–1945.

AOR: Algemene oorlogsongevalenregeling Indonesië.

Tvp: Tijdelijke vergoedingsregeling psychotherapie naoorlogse generatie.

Hoewel het aantal nieuwe aanvragen en het aantal pensioen- en uitkeringsgerechtigden dalen, illustreert tabel 1 dat de komende jaren nog met een substantieel aantal eerste aanvragen en pensioen- en uitkeringsgerechtigden gerekend moet worden. Dit geldt bij met name de Wet uitkering vervolgingslachtoffers (Wuv) en Wet uitkering burgeroorlogs-

getroffenen (Wubo). De aanvragen voor de Tvp zullen naar verwachting zelfs de komende jaren nog toenemen.

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

##### *Subsidies*

- Wij verstrekken subsidies aan diverse instellingen voor immateriële dienstverlening (maatschappelijk werk en sociale dienstverlening) aan oorlogsgetroffenen. Hier noemen we met name de drie categorale «begeleidende instellingen» (Stichting 1940–1945/SBO, Stichting Pelita en Stichting Joods Maatschappelijk Werk) en de stichting Informatie- en Coördinatieorgaan Dienstverlening Oorlogsgetroffenen (ICODO). Daarnaast zijn er zes instellingen van algemeen maatschappelijk werk met een afdeling gespecialiseerd in maatschappelijk werk voor oorlogsgetroffenen die subsidie ontvangen.

##### *Wet- en regelgeving*

- De doelgroep vraagt regelmatig om aanpassing van het wettelijk stelsel. Dit verzoek heeft vaak als achtergrond de sterke vergrijzing van de doelgroep (mate van cliëntgerichtheid) en de steeds grotere tijdsafstand tot de gebeurtenissen tijdens WOII (steeds lastigere verificatie van de oorlogsomstandigheden). Principiële ingrepen in het wettelijk stelsel worden echter niet overwogen. Recente wijzigingen kunnen gekenschetst worden als noodzakelijk onderhoud en mineure aanpassingen in de uitvoering om ondanks de genoemde ontwikkelingen de continuïteit te garanderen. De noodzakelijke aanpassing en het onderhoud van de wet- en regelgeving vindt uitsluitend plaats op grond van monitoring van de wetstoepassing door de PUR en signalen uit de politiek.

##### *Monitoring bedrijfsvoering uitvoeringsorganisaties*

- Wij bewaken de continuïteit van de bedrijfsvoering van de uitvoeringsorganisaties. Een goede informatie-uitwisseling met de decentrale uitvoeringsorganisaties is daarbij essentieel. Zo kunnen tijdig (toekomstige) knelpunten worden gesignaleerd en kan daarop worden ingespeeld. De continuïteit en doelmatigheid in de bedrijfsvoering wordt verder gestimuleerd door de bestaande systemen van bekostiging op basis van objectieve werklastindicatoren voor de belangrijkste uitvoeringsorganisaties. Deze bekostigingssystemen worden periodiek geactualiseerd.

##### *Toezicht op de PUR*

- Onze eindverantwoordelijkheid voor de rechtmatigheid, effectiviteit en doelmatigheid van de uitkomsten van het wettelijk stelsel vereist een adequaat toezichtinstrumentarium en een goed ontwikkeld toezichtbeleid. Het instrumentarium uit de Wet op de PUR is onlangs aangepast aan de Aanwijzingen voor de regelgeving (onderdeel Zelfstandige bestuursorganen).
- De rechtmatigheid van de PUR wordt gewaarborgd door goede controle door de externe accountant van de PUR. Richtlijnen voor die controle verstrekken wij middels het zogenoemde controleprotocol. Dit protocol is dit jaar geactualiseerd.

**Tabel 2: Gerealiseerde behandeltermijnen wetsuitvoering PUR**

Periode waarin aanvragen/ bezwaarschriften zijn ingediend	Binnen (verlengde) wettelijke termijn (in %)		
	Wuv	Wubo	Wetten bp (Wbp/Wbp-z/Wiv)
<b>Eerste aanvragen</b>			
1996	89	46	59
1997	82	53	94
1998	83	67	100
1999	70	64	96
2000	71	64	95
<b>Vervolgaanvragen</b>			
1996	76	54	74
1997	79	77	87
1998	76	75	100
1999	65	67	99
2000	70	69	99
2001	80	82	97
<b>Bezwaarschriften</b>			
1996	88	30	47
1997	84	67	89
1998	85	76	98
1999	81	75	95
2000	83	77	93

Bron: PUR.

Goede informatievoorziening is cruciaal om goed toezicht te kunnen houden. Daarom zijn de afspraken met de PUR over onze informatierelatie geactualiseerd, en in een vergevorderd stadium. Hierbij wordt gestreefd naar een signaleringssysteem op basis van kengetallen. Hierdoor zullen met name ook de doelmatigheid en effectiviteit op een goede wijze gevolgd kunnen worden. Zo blijkt uit tabel 2 dat de behandeltermijnen bij Wuv en Wubo oplopen. Een verklaring hiervoor is de eerdergenoemde toenemende problematiek op het gebied van bewijsvoering en verificatie van de ingediende aanvragen.



**Tabel 3: Bekostiging PUR (bedragen x € 1 mln.)**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Wetten bp</b> (verzet, zeelieden en Indisch verzet)							
Directe apparaatsuitgaven	2,4	2,4	2,2	2,1	2,0	2,0	1,9
Programma-uitgaven	116,3	108,2	99,1	91,8	84,8	78,1	71,3
Apparaatkosten in % van programma-uitgaven	2,1%	2,2%	2,2%	2,3%	2,4%	2,5%	2,6%
<b>Wuv</b>							
Directe apparaatsuitgaven	14,5	13,7	13,6	13,1	12,7	12,2	11,8
Programma-uitgaven	202,3	193,3	185,0	176,8	168,6	160,5	152,6
Directe apparaatskosten in % van programma-uitgaven	7,2%	7,1%	7,4%	7,4%	7,5%	7,6%	7,7%
<b>Wubo</b>							
Directe apparaatsuitgaven	9,1	9,9	10,1	9,8	9,6	9,3	8,9
Programma-uitgaven	50,0	47,9	48,6	48,9	49,0	48,9	48,6
Directe apparaatskosten in % van programma-uitgaven	18,2 %	20,7%	20,8%	20,0%	19,6%	19,0%	18,3%
Totale apparaatskosten PUR	33,3	31,7	31,0	30,5	29,5	28,6	27,6
Totaal programma-uitgaven wetten	368,6	349,4	332,7	317,5	302,4	287,5	272,5
Apparaatskosten in % van programma-uitgaven	9,0%	9,0%	9,3%	9,6%	9,8%	9,9%	10,1%

Bron: VWS.

De directe apparaatskosten in procenten van de programma-uitgaven zijn bij de Wubo hoger dan bij de andere twee wetten. Dit komt door het lage gemiddelde uitkeringsbedrag bij de Wubo (veel zogenoemde art. 19 toeslagen).

De apparaatskosten van de PUR worden begrensd door een systematiek van prijs per product bekostiging. Het achterliggende kostprijsmodel wordt periodiek geëvalueerd. Op de apparaatskosten van de PUR wordt conform het strategisch akkoord een taakstelling oplopend tot € 1,3 mln. in 2006 ingevuld.

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

#### *Beleidsaspecten en aard van de verantwoordelijkheid*

Hoewel WOII en de Bersiap-tijd in Nederlands-Indië inmiddels lange tijd achter ons liggen, vindt het merendeel van de Nederlandse bevolking dat de Nationale Herdenking van de gevallen op 4 mei en de viering van de bevrijding op 5 mei en op 15 augustus moeten worden voortgezet. Onderzoek van het Nationaal Comité 4 en 5 mei onder de Nederlandse bevolking bevestigt dit.

**Tabel 4: Percentage van de Nederlandse bevolking dat (veel) belang hecht aan 4 en 5 mei**

	1999	2000	2002
Herdenking slachtoffers	87%	93%	86%
Viering bevrijding	72%	85%	81%

Bron: Nationaal Comité 4 en 5 mei.

Bij deze manifestaties staat het respect voor de slachtoffers van toen centraal. Ze zijn echter ook bedoeld als waarschuwing tegen actuele vormen van racisme, discriminatie en intolerantie. Vooral de jeugd moet gewezen worden op de gevaren van vormen van (politiek) extremisme. Het bevorderen en ondersteunen van een respectvolle houding tegenover de slachtoffers van WOII en de Bersiap-tijd in Nederlands-Indië, en het ontwikkelen van een politiek bewustzijn bij jongeren over de gevaren van (politiek) extremisme, zijn echter complexe vraagstukken, waarbij talloze individuele en maatschappelijke factoren een rol spelen. Het is dan ook moeilijk te bepalen welke invloed het beleid «herdenken en vieren» en het beleid Jeugdvoorlichting WOII-heden hierop hebben. In de groeiparagraaf wordt daarop nader ingegaan.

Voor 2004 staat een evaluatie van de herinneringscentra gepland, en voor 2005 die van het Nationaal Comité 4 en 5 mei. In 2001 is een evaluatie uitgevoerd van het projectenbeleid Jeugdvoorlichting WO II-heden over de periode 1998–2001. Uit deze evaluatie komt een overheersend positief beeld naar voren over de kwaliteit van het projectenbeleid. Een volgende evaluatie is in 2006 gepland.

Op het gebied van «herdenken en vieren» stellen wij door een financiële bijdrage verschillende organisaties in staat om een jaarlijkse herdenking en viering te organiseren of een herinneringscentrum in stand te houden.

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

##### *Subsidies*

- Nationale manifestaties: Naast een subsidie aan het Nationaal Comité 4 en 5 mei, worden in het kader van het beleid «herdenken en vieren» subsidies verstrekt aan de Stichting 15 augustus 1945 en aan het Nationaal Comité Herdenking Capitulatie 1945 Wageningen.
- Projectenbeleid Jeugdvoorlichting WOII-heden: een externe adviescommissie Jeugdvoorlichting WOII-heden adviseert over te subsidiëren projecten (30 goedgekeurde projectvoorstellen in 2001). Het beleid richt zich op het vergroten van het bereik en de effectiviteit van de voorlichting. Daarbij wordt speciale aandacht besteed aan de diverse categorieën jongeren en aan een multiculturele samenleving.
- Herinneringscentra: in het kader van het brede voorlichtingsbeleid over de gebeurtenissen tijdens WOII worden instellingssubsidies verstrekt aan het Nationaal Monument Kamp Westerbork, het Nationaal Monument Kamp Vught, het Nationaal Monument Kamp Amersfoort en aan een Indisch Herinneringscentrum in Den Haag.

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

#### *Beleidseffecten en aard van de verantwoordelijkheid*

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

Een van onze activiteiten is de uitvoering van de kabinetsbesluiten rondom het naoorlogs rechtsherstel en het versterken van de infrastructuur voor de Sinti- en Roma-gemeenschap. Dit is overigens grotendeels opgedragen aan de Stichting Rechtsherstel Sinti en Roma en voor de Indische gemeenschap aan de Stichting Het Gebaar. Beide stichtingen zijn zelfstandig bestuursorgaan. Wij blijven echter verantwoordelijk voor het toezicht en de financiering van deze stichtingen.

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

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

##### *Subsidies*

- Projecten in het kader van de vierde tranche goudpool. Het na WOII teruggevonden monetaire goud dat door nazi-Duitsland in de oorlog in beslag is genomen, is in vier tranches aan de beroofde landen teruggegeven. In tegenstelling tot de monetaire bestemming die de eerdere tranches hebben gekregen, is besloten de vierde tranche (€ 10,2 mln.) te besteden aan projecten voor in Nederland wonende slachtoffers die door de nazi's werden vervolgd met het oog op vernietiging. Deze projecten zijn inmiddels geëvalueerd.
- De Internationale Organisatie voor Migratie ontvangt subsidie van ons ter ondersteuning van de aanvraag van Nederlandse ex-dwangarbeiders op een uitkering van in Duitsland opgerichte fondsen voor schadeloosstelling van voormalige dwangarbeiders.
- Oprichten van een monument voor woonwagenbewoners/reizigers. Naar aanleiding van onderzoek naar de oorlogservaringen van de groep oorlogsgetroffen onder woonwagenbewoners/reizigers bleek behoefte te bestaan aan een eigen gedenkplaats. Wij subsidiëren de oprichting van dit monument.
- Leerstoel Holocaust en Genocide Studies. In (financiële) samenwerking met de ministeries van BZK, OCenW en Financiën faciliteren we het opzetten van een centrum voor Holocaust en genocide studies en het instellen van een daaraan verbonden leerstoel Holocaust en genocide studies. In 2007 zal een onafhankelijke commissie een tussentijdse evaluatie uitvoeren om te bezien of continueren van het centrum en de daaraan verbonden leerstoel wenselijk is.

#### Onderzoek.

- De sociale en economische gevolgen van de Japanse bezetting en de daarop volgende Bersiap- en revolutietijd, met daarin verweven het naoorlogs rechtsherstel.
- Individuele claims van de Indische gemeenschap op de overheid.
- De positie van homoseksuelen voorafgaand, tijdens en kort na de Tweede Wereldoorlog.

#### Handhaving

- Wij houden toezicht op de Stichting Rechtsherstel Sinti en Roma en de Stichting Het Gebaar. Het toezichtinstrumentarium is vastgelegd in de statuten en uitkeringsreglementen van de stichtingen en bestaat onder meer uit het bijwonen van de bestuursvergaderingen, het beoordelen van de jaarlijkse begroting, het jaarplan, de kwartaalrapportages en de jaarlijkse (financiële) verantwoording en het minimaal eenmaal per jaar samen met het bestuur evalueren van de werkzaamheden.

#### Projecten in samenwerking met het ministerie van Buitenlandse Zaken.

- Wij nemen deel aan de Task Force for International Cooperation on Holocaust Education, Remembrance and Research (ITF-Holocaust). De kernactiviteit van de ITF-Holocaust is de «Task Force Liaison projects». Deze projecten zijn gericht op het ter beschikking stellen van expertise die in de Task Force-lidstaten aanwezig is op het gebied van holocaust-educatie. Nederland werkt hierbij sinds 2000 samen met de republiek Tsjechië en werkt aan uitbreiding van het aantal liaisonlanden. Deze projecten zijn inmiddels geëvalueerd.

### 10.3 Budgettaire gevolgen van beleid

#### Bedragen x € 1000

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Verplichtingen</b>	604 136	424 190	386 853	370 714	353 630	337 430	321 454
<b>Uitgaven (totaal)</b>	<b>590 047</b>	<b>427 298</b>	<b>389 252</b>	<b>371 177</b>	<b>354 034</b>	<b>337 565</b>	<b>321 454</b>
<b>Programma-uitgaven (totaal)</b>	588 582	425 795	387 770	370 398	353 273	336 806	320 697
– Uitvoering van wetten en regelingen oorlogsgetroffenen		397 603	379 865	364 307	347 770	331 905	315 843
– <i>Waarvan bijdrage aan ZBO's</i>		31 542	31 346	31 341	31 313	31 270	31 270
– Bevordering herdenken en vieren gebeurtenissen WOII		5 694	4 709	4 708	4 709	4 709	4 709
– Uitvoering/coördinatie activiteiten Tegoeden WOII		22 498	3 196	1 383	794	192	145
<b>Apparaatsuitgaven</b>	1 465	1 503	1 482	779	761	759	757
<b>Ontvangsten</b>	674	0	0	0	0	0	0

## 10.4 Budgetflexibiliteit

Bedragen x € 1000

	2003		2004		2005		2006		2007	
<b>Totaal geraamde kasuitgaven</b>	<b>389 252</b>		<b>371 177</b>		<b>354 034</b>		<b>337 565</b>		<b>321 454</b>	
– apparaatsuitgaven	1 482		779		761		759		757	
Dus programma-uitgaven	387 770		370 398		353 273		336 806		320 697	
<i>Waarvan juridisch verplicht</i>	88%	341 208	88%	325 890	88%	310 790	88%	296 269	88%	282 213
<i>Waarvan complementair noodzakelijk en/of bestuurlijk gebonden</i>	12%	46 562	12%	44 508	12%	42 483	12%	40 537	12%	38 484
<i>Waarvan Beleidsmatige reserveringen</i>	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
<i>Waarvan Overig budget</i>	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
Totaal	100%	387 770	100%	370 398	100%	353 273	100%	336 806	100%	320 697

Vanwege het karakter van de pensioen- en uitkeringswetten en het feit dat het recht op een uitkering of pensioen in deze wetten is vastgelegd, hebben de uitgaven hieraan een (juridisch) verplicht karakter. Dit geldt ook voor de gelden verbonden aan de operationele doelstelling van paragraaf 10.2.3 (Tegoeden Tweede Wereldoorlog).

De complementair noodzakelijke en/of bestuurlijk gebonden uitgaven zijn de structurele subsidies die zijn opgenomen onder de operationele doelstellingen 10.2.1 en 10.2.2 (bijv. subsidies aan begeleidende instellingen en herinneringscentra). Onder beleidsmatige reserveringen zijn de middelen opgenomen van het door de Tweede Kamer goedgekeurde beleidsprogramma inzake jeugdvoorlichting.

## 10.5 Groeiparagraaf VBTB

Ten opzichte van de Begroting 2002 zijn de prestatiegegevens in tabel 1 aangevuld met gegevens over de Algemene Oorlogsongevallenregeling Indonesië. Gestreefd wordt naar verdere verbetering van de kwaliteit van de gegevens zowel van de AOR als de Tijdelijke Vergoedingsregeling Psychotherapie (nieuwe aanvragen en personen). Daarover zal overleg gevoerd worden met de Stichting Administratie Indonesische Pensioenen en de PUR, de leveranciers van deze gegevens. Met het Nationaal Comité 4 en 5 mei zullen afspraken worden gemaakt over de continuïteit van de aanlevering van gegevens in tabel 4 (belang 4 en 5 mei).

In de begroting 2002 is een evaluatie aangekondigd van het beleid Jeugdvoorlichting WOII-heden. Deze evaluatie is uitgevoerd door Horn Project Research en is begin 2002 afgerond. Enkele conclusies uit deze evaluatie:

- De variatie in aanvragers is toegenomen sinds de start van het projectenbeleid. Ook de spreiding van thema's is behoorlijk groot. Meer aandacht zou kunnen worden besteed aan Zuidoost-Azië en actuele totalitaire regimes.
- De jeugdvoorlichting is nog steeds in hoge mate gericht op scholieren van het voortgezet onderwijs. Projecten speciaal gericht op «buitenlandse» jongeren, drop-outs, allochtone jongeren, speciaal onderwijs e.d. zijn uitzonderingen.
- Het ontbreekt bij de jeugdvoorlichtingsactiviteiten nog aan een systematische toetsing van effectiviteit en aan andere vormen van evaluatie voor de individuele gesubsidieerde projecten. Dit hangt samen met het feit dat het om moeilijk meetbare processen gaat.

- Op korte termijn zal worden onderzocht of voor jeugdvoorlichting methoden kunnen worden ontwikkeld die een betere effectmeting van individuele projecten mogelijk maken.

Onderstaande tabel (tabel 5) geeft een overzicht van de voorgenomen evaluaties op het beleidsterrein van verzetsdeelnemers, vervolgd en burgeroorlogsgetroffenen. Het is een samenvatting van evaluatieonderwerpen en de geplande uitvoeringstermijn daarvan.

<b>Tabel 5: Overzicht voorgenomen evaluaties</b>	
Onderwerp	Geplande uitvoering
Evaluatie herinneringscentra	2004
Evaluatie subsidiesystematiek immateriële hulpverlening	2004
Evaluatie kostprijsmodel PUR	2004
Evaluatie nationaal comité 4 en 5 mei	2005
Evaluatie tijdelijke vergoedingsregeling psychotherapie	2005
Evaluatie doeltreffendheid/doelmatigheid PUR	2005
Evaluatie protocol afbouw PUR	2005
Evaluatie van het projectenbeleid jeugdvoorlichting WOII – heden	2006
Evaluatie leerstoel Holocaust en Genocide studies	2007

Voor meer informatie over programmering van evaluatieonderzoek wordt verwezen naar de bedrijfsvoeringsparagraaf.

## **BELEIDSARTIKEL 11: INSPECTIES**

### **11.A Inspectie voor de Gezondheidszorg**

#### **11.a.1 Algemene beleidsdoelstelling**

##### **Toezien op de gezondheidszorg en onderzoeken van de staat van de volksgezondheid**

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

De IGZ is een overheidsinstelling die onder verantwoordelijkheid valt van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De inspectie heeft als doel de burger bij te staan in diens hoedanigheid van consument van zorg en zorgproducten. De consument in de zorg verkeert in een zekere afhankelijkheidsrelatie, waardoor zijn keuzevrijheid beperkt is. Via de IGZ wil de overheid de volksgezondheid bevorderen en beschermen, omdat de volksgezondheid van groot belang is voor de samenleving. De missie van de IGZ heeft in dit kader een algemene strekking, waaraan door specifieke wetten meer expliciet inhoud en richting wordt gegeven.

#### **11.a.2 Operationele beleidsdoelstellingen**

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

###### *Beleidseffecten*

Een van de operationele beleidsdoelstellingen van de IGZ is toezicht en opsporing op het gebied van gezondheidszorg en volksgezondheid. Om deze doelstelling te verwezenlijken wordt het toezichtinstrumentarium ingezet. Dit instrumentarium gebruikt de IGZ om gericht toezicht te houden, door allerlei signalen op het gebied van de gezondheidszorg en de volksgezondheid op te vangen. Dit wordt ook wel de «antennefunctie» genoemd. De signalen worden met behulp van een risicoanalyse op waarde geschat. Op basis hiervan vindt een gerichte planning van de toezichtactiviteiten plaats, die wordt vastgelegd in een jaarwerkplan.

In mei 2001 heeft de commissie-Abeln haar rapport «Op weg naar gezond vertrouwen» aan VWS aangeboden. Op 12 september 2001 heeft zowel het ministerie als de Tweede Kamer de conclusies van dit rapport op hoofdlijnen overgenomen. Het jaar 2002 en de daarop volgende jaren staan in het teken van de daadwerkelijke implementatie van de aanbevelingen uit dit rapport. Daarnaast is in 2002 de invoering van gefaseerd toezicht ter hand genomen. Dit betekent dat het gangbare inspectieproces ingrijpend gewijzigd zal worden.

Het meerjarenactiviteitenplan (MAP) vormt de schakel tussen de strategische en operationele doelstellingen en de jaarwerkplannen van de inspectie. In het MAP 2002–2005 zijn de taken van de IGZ die voortvloeien uit wet- en regelgeving vertaald naar aard, intensiteit en frequentie van

toezicht. De inspectietaken in algemeen en thematisch toezicht zijn in het MAP geconcretiseerd, gebaseerd op een risico-inschatting. Verder is per cluster de kans op (gezondheids)schade ingeschat en de ernst van deze schade voor de verschillende objecten van toezicht. Dit heeft geleid tot een prioritering in het algemeen en thematisch toezicht.

#### *Aard van de verantwoordelijkheidsverdeling*

De verantwoordelijkheidsverdeling tussen het ministerie van VWS en de IGZ is geregeld in de Gezondheidswet. De IGZ is zelf verantwoordelijk voor de inhoud van het toezicht, maar valt wel onder de ministeriële verantwoordelijkheid. Dit geldt voor alle operationele doelstellingen.

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

##### *Algemeen toezicht*

- Een algemeen toezichtbezoek is objectgericht (ziekenhuis, beroepsbeoefenaar, etc) en kent een planning op middellange termijn.

##### *Interventietoezicht*

- Tot interventietoezicht wordt besloten als sprake is van een signaal dat de kwaliteit van zorg mogelijk in het geding is. Interventietoezicht vindt plaats op korte termijn.

##### *Thematisch toezicht*

- Als uit de antennefunctie signalen naar voren komen met een landelijk karakter die mogelijk gevolgen kunnen hebben voor het overheidsbeleid, dan is thematisch toezicht de meest geëigende toezichtvorm. Hierbij fungeert het inspectieobject als informatiebron en is er veelal sprake van een steekproefsgewijze aanpak.

Vanaf 2001 zijn de resultaten van toezichtactiviteiten nader gespecificeerd en gepland, zowel naar volume als naar capaciteit, in de vorm van een productieregistratie. Deze productieregistratie omvat alle typen producten die de IGZ momenteel onderscheidt en registreert per vier maanden apart voor elk IGZ-cluster en voor elke locatie (vier regio's en Hoofdinspectie) het aantal gerealiseerde producten. De geleverde productie wordt afgezet tegen de geplande productie. De productieregistratie levert hiermee managementinformatie om de uitvoering van het jaarwerkplan te bewaken en het primaire proces en/of de planning te sturen. De productieregistratie wordt herhaaldelijk geëvalueerd.

In onderstaande tabel is de totale productie van de inspectie (regionale inspecties plus hoofdinspectie) weergegeven.



<b>Tabel 1: Productie IGZ</b>			
	Realisatie 2001	Raming 2002	Raming 2003
<b>Algemeen toezicht:</b>			
Algemeen toezicht en quick scan	3 019	3 000	3 000
<b>Interventietoezicht:</b>			
Meldingen en calamiteiten	31 515	31 000	31 000
Rapportages (w.o. <b>Thematisch toezicht</b> )	40	50	50
<b>Overig:</b>			
Vergunningen, verklaringen en certificaten	14 763	10 000	10 000
Overige toezichtactiviteiten	809	800	800
Adviezen en richtlijnen	5 905	6 000	6 000
<b>Totaal</b>	<b>56 051</b>	<b>50 850</b>	<b>50 850</b>

Bron: realisatie 2001: IGZ-productieregistratie.

Uit de tabel blijkt dat de inspectie voor 2003 een afname verwacht in de afgifte van «vergunningen, verklaringen en certificaten». Deze afname hangt voornamelijk samen met het feit dat apothekersassistenten zich niet langer in hoeven te schrijven.

De productie van «meldingen en calamiteiten» omvat de afhandeling van meldingen en calamiteiten in het algemeen, de afhandeling van BOPZ-meldingen (cluster GGOT: Geestelijke gezondheidszorg, Gehandicaptenzorg, Ouderenzorg en Thuiszorg), de meldingen van bijwerkingen van geneesmiddelen en de meldingen van klinisch onderzoek medische hulpmiddelen (cluster FMT: Farmacie en Medische Technologie) en is inclusief crisis-/interventietoezicht. De rapportages omvatten thematische rapporten en geaggregeerde rapportages uit algemeen toezicht en uit crisis-/interventietoezicht. De adviezen en richtlijnen omvatten adviezen aan de minister/het departement en adviezen aan het veld, aan burgers/patiënten en aan derden.

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

##### *Beleids effecten*

Een tweede operationele beleidsdoelstelling van de IGZ is het adviseren en informeren van de minister en andere betrokkenen, en het verstrekken van vergunningen. Advisering is van oudsher een kerntaak van de inspectie. De handhavingstaak levert gegevens op over de kwaliteit van de geleverde zorg, over de samenhang binnen de zorg en over de wijze waarop de kwaliteit wordt bewaakt, door toetsing aan de wet- en regelgeving of aan de veldstandaarden.

Bij advisering gaat het om standpunten en oordelen over de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg en veiligheid van producten. Deze standpunten en oordelen zijn gebaseerd op gegevens en inzichten die zijn verworven vanuit de handhavingstaak. Inzicht verschaffen in de staat van de gezondheidszorg en in de staat van de geleverde zorg levert daarbij een zeer wezenlijke bijdrage aan de beleidscyclus van VWS. Het werk van de IGZ dient dus als input voor beleid van het departement. Daarnaast is het werk van de IGZ gericht op het informeren van het gezondheidszorgveld in den brede. Ook adviseert de IGZ belanghebbende «derden» als

gemeenten, provincies en (landelijke) organisaties die mede beleid ontwikkelen op het terrein van de volksgezondheid.

*Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling*

- Het uitbrengen van adviezen (aan de minister, beroepsgroepen en burgers: daarnaast ook bouwadviezen en adviezen naar aanleiding van BOPZ-activiteiten).
- Het verstrekken van vergunningen, verklaringen en certificaten (zoals GoodMedicalPractice-exportcertificaten, activiteiten voor geneesmiddelenbewaking, vergunningen Kernenergiewet, import-/exportverklaringen ex Opiumwet, etc.).

Het aantal uitgebrachte adviezen kan sterk variëren en is dus moeilijk te voorspellen.

De ramingen van het aantal af te geven vergunningen, verklaringen, etc. voor 2002–2003 zijn gebaseerd op het aantal aanvragen uit eerdere jaren.

<b>Tabel 2: Aantal verklaringen, verloven, bloedproducten</b>			
	2001	2002	2003
	realisatie	raming	raming
Import-/exportverklaringen	3 068	3 000	3 000
Opiumverloven	2 999	3 000	3 000
Bloedproducten, e.d.	174	200	200
<b>Totaal</b>	<b>6 241</b>	<b>6 200</b>	<b>6 200</b>

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

*Beleids effecten*

De derde operationele beleidsdoelstelling van de IGZ is inzicht verkrijgen en verschaffen in de staat van de volksgezondheid en de determinanten daarvan. Het verrichten van onderzoek naar de staat van de volksgezondheid is een neerslag van de uitoefening van de eerdergenoemde operationele doelen. In rapporten wordt de staat van de volksgezondheid onderverdeeld naar type inspectieobjecten. Daarbij wordt de nadruk gelegd op een dreigende minimum of onvoldoende kwaliteit van zorg op basis van de resultaten van eigen inspectieactiviteiten. Kwaliteit van de zorg is een doelstelling die verweven is door alle te onderscheiden beleidsterreinen. De inzichten uit de IGZ-onderzoeken zijn daarom mede bepalend voor beleidsaanpassingen op deze beleidsartikelen.

*Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling*

*Voorlichting*

- Het uitbrengen van IGZ-rapporten, -circulaires en -bulletins.

*Advies*

- Het adviseren in het kader van Europese en internationale wet- en regelgeving.

In 2002 is de eerste thematische rapportage verschenen en deze handelde over de beschikbaarheid en de werking van integrale kwaliteitssystemen.

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

De laatste operationele beleidsdoelstelling van de IGZ is het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg. De IGZ wordt hierin bijgestaan door het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG). Deze uitvoeringsorganisatie is oorspronkelijk opgezet voor de implementatie van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). In 2002 is het CIBG sterk uitgebreid.

Het CIBG bestaat momenteel uit zeven units, die hieronder kort beschreven worden.

##### *1. Het BIG-register*

De Wet BIG heeft als belangrijke doelstelling de voorwaarden te scheppen om de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg te bevorderen en te bewaken. In de wet zijn bepalingen opgenomen over bijvoorbeeld titelbescherming, registratie, voorbehouden handelingen en tuchtrecht. Voor de implementatie van de Wet BIG is binnen het CIBG het BIG-register opgezet. De inspectie voert het beheer over dit register en is daarmee ook verantwoordelijk voor de uitvoeringsorganisatie. Alleen informatie die direct met de beroepsuitoefening te maken heeft, is openbaar. Persoonlijke gegevens zijn beschermd en worden niet verstrekt. Het BIG-register werkt kostendekkend, daarom mogen de werkzaamheden van het BIG-register en die van de inspectie niet interfereren.

##### *2. Kwaliteitsregister Paramedici*

Op verzoek van de Stichting Kwaliteitsregister Paramedici registreert het CIBG sinds 1 juni 2000 de kwaliteit van negen paramedische beroepsgroepen. Deze beroepsgroepen zijn vanaf 1 december 1997 onder artikel 34 van de Wet BIG vastgelegd. Dit houdt in dat een beroepsbeoefenaar op grond van zijn diploma het recht heeft de beschermde titel te voeren.

##### *3. Vakbekwaamheidsverklaringen*

De unit Vakbekwaamheidsverklaringen behandelt met name aanvragen van individuen met een buitenlands diploma, die in de Nederlandse gezondheidszorg willen functioneren. Het is van belang dat ook deze (buitenlandse) beroepsbeoefenaren voldoen aan de kwaliteitseisen die onder andere de Nederlandse overheid stelt.

##### *4 & 5. Centraal Informatiepunt Jeugdzorg (CIJ) & Sectoraal Registratiepunt Jeugdhulpverlening (SRJ)*

Het CIJ is opgericht om de informatievoorziening in de jeugdzorg en de jeugdhulpverlening aan te sturen. De gegevens, die aangeleverd worden door een aantal onderliggende registratiesystemen en financiers, worden door de uitvoeringsorganisatie NZI – voor de jeugdzorg – en SRJV – voor de jeugdhulpverlening – verzameld en bewerkt in de informatiesystemen ISIS (jeugdzorg) en RJHV (jeugdhulpverlening). De uit ISIS te genereren informatieproducten zijn relevant voor de bij de jeugdzorg betrokken actoren (ministerie van VWS, ministerie van Justitie, provincies en ondernemersorganisatie VOG en GGZ-Nederland). De producten uit RJHV zijn relevant voor de bij de jeugdhulpverlening betrokken actoren.

### *6. Het donorregister*

Het bestaan van een donorregister is bepaald in artikel 10 van de Wet op de orgaandonatie. In dit register worden donorformulieren geregistreerd waarmee burgers hun wilsbeschikking ten aanzien van orgaandonatie kenbaar kunnen maken. Het register wordt gehouden door een door de minister van VWS aangewezen instelling, die zich uitsluitend bezighoudt met de registratie van donorformulieren (zie ook art. 16.2.2.9).

### *7. Farmatec*

De unit Farmatec voert wetgeving uit op het gebied van kwaliteit, beschikbaarheid of betaalbaarheid van geneesmiddelen, hulpmiddelen en bloedproducten. Om geneesmiddelen beschikbaar en betaalbaar te houden, worden vergoedingslimieten en maximumprijzen vastgesteld. De unit behandelt onder andere aanvragen tot opname van geneesmiddelen in het ziekenfondspakket en voert de berekening van maximumprijzen en vergoedingslimieten uit. Daarnaast behandelt de unit aanvragen (vergunningen op grond van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening, Opiumwet, Wet op de medische hulpmiddelen, Wet inzake bloedvoorziening, verzoek om vaststelling van een hogere maximumprijs), zienswijze-, bezwaren beroepsprocedures, WOB-verzoeken en schadezaken. Verder bereidt de unit de beslissing van de minister voor op administratieve beroepen inzake vergunningen apotheehoudende huisartsen, stelt hij uitvoeringsregelingen op en bereidt hij boetebeschikkingen voor wegens overtreding van de Wet geneesmiddelenprijzen.

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

- Registreren van individuele beroepsbeoefenaren (conform art. 3 van de Wet BIG).
- Registreren van donoren (conform art. 10 van de wet op de orgaandonatie).
- Het registreren van individuele paramedische beroepsbeoefenaren genoemd artikel 34 van de Wet BIG.
- Afgeven van beschikkingen in het kader van vakbekwaamheidsverklaringen.
- Verstrekken van vergunningen, verloven en ontheffingen.
- Uitvoering Wet geneesmiddelenprijzen en Geneesmiddelenvergoedingensysteem.
- Aansturen van de informatievoorziening in de jeugdzorg en jeugdhulpverlening.
- Verstrekken van informatie.
- Signaalfunctie naar beleid.

**Tabel 3: Prestatie-indicatoren**

Indicator	2001	2002	2003	2004 ev
<b>BIG register</b>				
Aantal inschrijvingen met een Nederlands diploma	10 162	8 900	8 900	8 900
Aantal inschrijvingen met een buitenlands diploma	1 248	1 200	1 200	1 200
<b>Vakbekwaamheidsverklaringen</b>				
Afgehandelde verzoeken van binnen de EER	95	150	150	150
Afgehandelde verzoeken van buiten de EER	495	800	800	800
<b>Donorregister</b>				
Aantal geldige wilsbeschikkingen	59 579	60 000	60 000	60 000
Aantal raadplegingen donorregister	6 728	7 000	7 000	7 000
<b>Farmatec</b>				
Aantal verstrekte vergunningen	1 400	1 400	1 400	1 400
<b>Kwaliteitsregister paramedici</b>				
Aantal inschrijvingen	2 527	1 000	1 000	1 000

### 11.a.3 Groeiparaagraaf VBTB

In 2002 is de invoering van gefaseerd toezicht (zie 11.a.2.1) ter hand genomen. Dit betekent dat het gangbare inspectieproces ingrijpend gewijzigd zal worden. De daarvoor benodigde tijdsinzet, en de daarmee samenhangende belasting van de medewerkers zal aanzienlijk zijn. Niettemin moet deze inspanning worden verricht om op termijn het bereik van de inspectie te vergroten, de effectiviteit van de inspecteurs te verhogen en de gemiddelde kosten per inspectieproduct te verlagen.

De concretisering van de inspectietaken in algemeen en thematisch toezicht in het MAP is gebaseerd op een risico-inschatting. Per cluster is de kans op (gezondheids)schade ingeschat en de ernst van deze schade voor de verschillende objecten van toezicht.

In 2001 heeft de inspectie in samenwerking met het RIVM de risicoanalyse nader uitgewerkt in een risicomodel. Dit model combineert wetenschappelijk verkregen feiten, de ervaring van inspecteurs, de perceptie van de burger en de wettelijke taken van de inspectie. In 2002 is het risicomodel binnen de inspectie getest aan de hand van een aantal omschreven pilots per cluster. In 2003 zal dit risicomodel verder worden geïmplementeerd.

Vanaf 2002 zal ook gewerkt worden met een aangepaste planning- en controlcyclus. Dit begint met het opstellen van een Meerjarenplan 2003–2006. Dit Meerjarenplan vervangt het Meerjarenactiviteitenplan. Vervolgens wordt een zogenoemde hoofdlijnennotitie 2003 opgesteld (toegesplitst op specifieke beleidsontwikkelingen in 2003). Deze hoofdlijnennotitie wordt geconcretiseerd in een Jaarwerkplan 2003.

Voor informatie over programmering van evaluatieonderzoek wordt verwezen naar de bedrijfsvoeringsparagraaf.

## **11.B Keuringsdienst van Waren**

### **11.b.1 Algemene beleidsdoelstelling**

#### **Toezien op de gezondheids- en consumentenbescherming in de gehele productieketen van levensmiddelen en non-food**

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

#### *Werkterreinen*

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

#### *Kerntaken*

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

Voor de uitoefening van zijn taak beschikt de KvW over een aantal bevoegdheden. De belangrijkste daarvan zijn plaatsen voor onderzoek betreden, ter plekke onderzoeken of monsters nemen, zakelijke bescheiden inzien en kopiëren, proces-verbaal opmaken en ondeugdelijke goederen in beslag nemen. Daarnaast heeft de KvW volgens de wet de bevoegdheid om bestuurlijke boeten op te leggen aan overtreders van de Warenwet. Met deze bevoegdheid is de KvW beter in staat een lik-op-stukbeleid te voeren bij overtredingen.

#### *Ontwikkelingen*

Begin 2002 is besloten de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) in te stellen. Hierin gaan de Keuringsdienst van Waren en de Rijksdienst voor de Keuring van Vee en Vlees op. De nieuwe organisatie valt beheersmatig onder onze verantwoordelijkheid. VWS en LNV zullen beide als opdrachtgever van de VWA optreden. De Rijksdienst voor de Keuring van Vee en Vlees maakt nu nog deel uit van de LNV-begroting. De begrotingspresentatie van de KvW is ongewijzigd ten opzichte van vorig jaar in afwachting van duidelijkheid over de begrotingstechnische consequenties van de oprichting van de VWA.

## 11b.2 Operationele beleidsdoelstellingen

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

Een van de operationele beleidsdoelstellingen van de Keuringsdienst van Waren is het bewerkstelligen van normconform gedrag door toezicht op het naleven van wetten en het opsporen van overtredingen. Conform de Algemene wet bestuursrecht (Awb) is handhaving de verzamelterm voor de activiteiten «toezicht» en «opsporing». Deze twee begrippen liggen in elkaars verlengde en kunnen in elkaar overgaan. De bevoegdheden met betrekking tot het toezicht zijn door de Gezondheidswet aan het Staats-toezicht toegedeeld en uitgewerkt in een aantal wetten. Enkele belangrijke wetten zijn de Warenwet, de Vleeskeuringswet, de Veewet, de Wet op de dierproeven, de Wet gevaarlijke werktuigen, de Bestrijdingsmiddelenwet, de Wet milieugevaarlijke stoffen, de Drank- en Horecawet en de Tabaks-wet.

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

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

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

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

**Tabel 4: Inspecties en monsteronderzoeken**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Inspecties	raming 129 446	raming 130 320	raming 130 261	raming 130 113	raming 130 113	raming 130 113
Monsteronderzoek	117 251	108 085	107 315	107 854	107 854	107 854

Bij het onderdeel inspecties zullen, naast de reguliere aandacht voor levensmiddelen en niet-levensmiddelen, accenten worden gelegd op voedselveiligheid, bioterrorisme en de naleving van de Drank- en Horecawet. Hiervoor zijn extra middelen ter beschikking gesteld. Als tijdens een inspectie geen uitspraak gedaan kan worden over het betreffende product, worden er monsters genomen. Laboratorium-onderzoek biedt dan uitkomst. Ook in het kader van algehele surveillance wordt monsteronderzoek uitgevoerd.

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

Een andere operationele beleidsdoelstelling van de Keuringsdienst van Waren is het adviseren en informeren van de minister en lage overheden, op verzoek of uit eigen beweging. Signaleren/adviseren houdt in: het stellen van diagnoses (op grond van handhaven, surveillance en monitoren) en het aangeven van mogelijke oplossingen. Signalering moet inzicht geven in de mate van gezondheidsbedreiging van een categorie producten, een proces of een bepaalde sector bedrijven. De activiteiten van de KvW bestaan voor 20% uit signaleringsprojecten in het kader van Staatstoezicht. Deze projecten richten zich op de volgende gebieden: chemische productveiligheid; primaire land- en tuinbouwproducten en veterinaire producten; samengestelde levensmiddelen en mechanische productveiligheid.

*Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling*

#### *Onderzoek*

De KvW verricht onderzoek naar de staat van de volksgezondheid en de determinanten daarvan. In 1997 heeft de KvW daartoe de Staat van de gezondheidsbescherming (SGB) gepubliceerd. Als vervolg op deze SGB zullen op de website van de KvW periodieke rapportages worden opgenomen en up-to-date worden gehouden. Op deze site wordt een overzicht gegeven van waarnemingen, onderzoeksresultaten en effecten van het handelen op de diverse deelterreinen van de KvW. Dergelijke rapportages zullen aansluiten bij de VolksgezondheidsToekomstVerkenningen en Het Nationaal Kompas Volksgezondheid op de website van het RIVM.

#### *Handhaving*

- De KvW besteedt voor zijn wettelijke reguliere handhavings- en signaleringstaak onder meer aandacht aan:
  - Import: producten die als zodanig of door besmetting of verontreiniging potentieel schadelijk kunnen zijn voor de volksgezondheid;
  - Productveiligheid: producten voor kinderen;
  - Voedselveiligheid: bijzondere eet- en drinkwaren;
  - consumenteninformatie (etikettering), waaronder die over genetisch gemodificeerde organismen (ggo's), virale besmettingen en parasitaire zoönosen;
  - genotmiddelen: verstrekking van alcoholhoudende dranken.
- Extra aandacht wordt geschonken aan de genoemde voedselveiligheid en verstrekking van alcoholische dranken.

#### *Advies*

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

### **11.b.3 Groei paragraaf VBTB**

De mate waarin wetgeving nageleefd wordt, geeft een indicatie van de effectiviteit van de werkzaamheden van de keuringsdienst. In 2000 heeft de KvW een onderzoek gedaan naar de naleving van wetgeving. Voor een



klein deel van de regelgeving is onder een kleine doelgroep onderzoek verricht naar de nalevings- en overtredingsmotieven van de doelgroep. De resultaten van deze pilot waren bemoedigend en hebben geleid tot een vervolgonderzoek dat een groot deel van de werkingsfeer van de Warenwet omvat. In het najaar van 2001 is dit vervolgonderzoek voorbereid. Dit onderzoek is vooral gericht op de vorm en de mate van segmentatie van de doelgroepen. Naar verwachting zal het onderzoek in 2002 en een deel van 2003 uitgevoerd worden.

Op basis van de resultaten van dit onderzoek zullen handhavingsprogramma's worden ontwikkeld die specifiek zijn toegesneden op de te onderscheiden doelgroepen en die een efficiëntere maar vooral effectievere handhaving tot gevolg zullen hebben. Uiteindelijk zal dit moeten uitmonden in een hoger nalevingsniveau van de Warenwet.

Een tweede evaluatieonderzoek van de KvW betreft het toezicht op de Drank- en Horecawet (DHW). De doelstelling van dit onderzoek luidt: inzicht verkrijgen in de mate waarin de DHW wordt nageleefd en de motieven van niet naleving. Ook zullen bij dit onderzoek de effecten van handhavingsprestaties in beeld worden gebracht. Een specifiek onderdeel van het onderzoek betreft een proef met handhavingscommunicatie, waarbij de vraagstelling globaal luidt: heeft het effect om gecontroleerden vooraf op enige wijze te informeren over de activiteiten van de KvW? Op basis van deze proef wordt gezien of de gehanteerde methode het gewenste resultaat oplevert.

Een derde onderzoek betreft een onderzoek naar de naleving van de Destructiewet. Deze wet heeft betrekking op vervoer, kanalisatie en merking. Ook in dit onderzoek zal nagegaan worden of de gehanteerde methode het gewenste resultaat oplevert.

Voor meer informatie over programmering van evaluatieonderzoek wordt verwezen naar de bedrijfsvoeringsparagraaf.

## **11.C Inspectie jeugdhulpverlening en jeugdbescherming**

### **11.c.1 Algemene beleidsdoelstelling**

#### **Het toezien op de kwaliteit van de jeugdhulpverlening en jeugdbescherming en op vergunninghouders**

De inspectie jeugdhulpverlening en jeugdbescherming houdt toezicht op de kwaliteit van de jeugdhulpverlening en jeugdbescherming en op de vergunninghouders interlandelijke adoptie. Hiermee draagt de inspectie bij aan het bevorderen en beschermen van het fundamentele recht van het kind en de jeugdige op een gezonde en evenwichtige ontwikkeling, zoals aangegeven in het Verdrag van de rechten voor het kind.

Op basis van haar bevindingen doet de inspectie voorstellen om de kwaliteit van de jeugdhulpverlening en de jeugdbescherming te verbeteren. Deze voorstellen zijn in de eerste plaats gericht op de instellingen voor jeugdhulpverlening en jeugdbescherming. De inspectie zendt de instellingsrapporten en verbetervoorstellen aan de provinciale/grootstedelijke overheid of de bewindslieden van VWS en Justitie, omdat zij verantwoordelijk zijn voor de financiering en handhaving. Daarnaast verstrekt de inspectie rapporten met gegevens op landelijk niveau aan de bewindslieden van VWS en Justitie voor hun beleidsbepalende en wetgevende verantwoordelijkheden op stelselniveau.

Verder adviseert de inspectie bestuurders gevraagd en ongevraagd en brengt de inspectie vanuit het toezicht signaleringen uit die verband houden met beleidsbepaling of wetgeving. Welk toezicht wordt uitgevoerd in 2003, wordt aangegeven in het Jaarwerkplan van de inspectie dat de hoofdinspecteur eind 2002 ter goedkeuring zal voorleggen aan de bewindslieden van VWS en Justitie.

## **11.c.2 Operationele beleidsdoelstellingen**

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

Een van de operationele beleidsdoelstellingen van de inspectie jeugdhulpverlening en jeugdbescherming is het bevorderen van de kwaliteit van de jeugdhulpverlening en jeugdbescherming. De inspectie houdt toezicht op het naleven van de vigerende wetten.

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

*Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling*

#### *Handhaving*

- Toezicht op de naleving van wet- en regelgeving. In 2003 gaat het daarbij in ieder geval om de voogdij, de justitiële jeugdinrichtingen (jji) en verbetertrajecten naar aanleiding van toezicht in 2002. De uitwerking van de toezichtvoornemens vindt plaats in het Jaarwerkplan 2003.
- Toezicht om beleidsinformatie te leveren. Aan de provincies, het ministerie van VWS en het ministerie van Justitie wordt terzake informatie verstrekt.
- Reactief toezicht. Deze vorm van toezicht is onder te verdelen in toezicht als reactie op meldingen en toezicht naar aanleiding van incidenten.
- Toezicht op vergunninghouders in het kader van de Wet opnemings buitenlandse kinderen ter adoptie (Wobka).

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

Een andere operationele beleidsdoelstelling van de inspectie jeugdhulpverlening en jeugdbescherming is het adviseren en informeren van de staatssecretaris van VWS, de minister van Justitie, gedeputeerden van provincies en grootstedelijke regio's op verzoek of uit eigen beweging. Bij deze doelstelling gaat het om standpunten en verbetervoorstellen voor de beleidsbepaling gebaseerd op toezichtbevindingen over de kwaliteit van hulp, bereik en samenhang vanuit het perspectief van cliënten en de continuïteit in de jeugdzorg. Bovendien geeft de inspectie advies over de toetsbaarheid en uitvoerbaarheid van beleidsvoorstellen voor wet- en regelgeving.

Advies

- Om deze doelstelling te bereiken brengt de inspectie adviezen en signaleringen uit.

**11.c.3 Groeiparaagraaf VBTB**

De inspectie is gestart met een organisatieveranderingstraject, waarbij de primaire processen van toezicht, ondersteuning en bedrijfsvoering opnieuw zijn beschreven. Dit gebeurt om tegemoet te komen aan de actuele eisen die aan toezicht en toezichtbeleid worden gesteld. Een belangrijke stimulans daarbij vormde het evaluatierapport van de Algemene Rekenkamer over o.a. deze inspectie, dat in maart 2002 verscheen. In het veranderings- en verbeteringstraject wordt ook nadrukkelijk aandacht besteed aan de noodzakelijke prestatiegegevens van de inspectie en de inrichting van een informatiesysteem om deze gegevens permanent beschikbaar te houden. In 2003 zal dit tot concreet zichtbare resultaten moeten leiden. Daarbij verbetert de inspectie tevens haar planning- en controlcyclus om inzicht te bieden in de koppeling tussen beleid, geplande activiteiten, middelen en gerealiseerde output.

Voor informatie over programmering van evaluatieonderzoek wordt verwezen naar de bedrijfsvoeringsparaagraaf.

**11.3 Budgettaire gevolgen van beleid**

Bedragen x € 1 000

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Verplichtingen</b>	103 860	100 115	98 554	98 073	98 153	98 103	98 085
<b>Uitgaven (totaal)</b>	<b>102 808</b>	<b>100 241</b>	<b>98 677</b>	<b>98 119</b>	<b>98 153</b>	<b>98 103</b>	<b>98 085</b>
<b>Apparaatsuitgaven (totaal)</b>	102 808	100 241	98 677	98 119	98 153	98 103	98 085
Inspectie Gezondheidszorg		34 967	33 799	33 210	33 222	33 175	33 158
Inspectie Keuringsdienst van Waren		62 839	62 640	62 672	62 693	62 693	62 693
Inspectie Jeugdhulpverlening		2 435	2 238	2 237	2 238	2 235	2 234
<b>Ontvangsten</b>	4 733	2 164	1 676	1 676	1 676	1 676	1 676

**11.4 Budgetflexibiliteit**

De in dit beleidsartikel verantwoorde budgetten betreffen uitsluitend apparaatsuitgaven. Hiervoor worden de kasbudgetten voor 100% als verplicht beschouwd. Daarmee is de budgetflexibiliteit gelijk aan nul.

## **BELEIDSARTIKEL 12: RIJKSINSTITUUT VOOR VOLKSGEZONDHEID EN MILIEU**

### **12.1 Algemene beleidsdoelstelling**

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

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) is een beleids-ondersteunend onderzoeksinstituut op het gebied van volksgezondheid en milieu. Het fungeert als kenniscentrum voor de overheid en heeft een planfunctie op het gebied van milieu en natuur.

De kerntaken van het RIVM zijn in de wet vastgelegd. Deze kerntaken zijn:

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

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

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

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

Het RIVM verricht niet alleen onderzoek voor het ministerie van VWS, maar ook voor de ministeries van VROM en LNV. De financiële bijdragen van VROM en LNV voor deze activiteiten boekt VWS als ontvangst van het RIVM. De onderzoeksactiviteiten die het RIVM voor VROM en LNV verricht, vinden plaats volgens de opdrachtovereenkomsten op het gebied van milieu en natuur. De hiermee corresponderende uitgaven worden

meegenomen in de begrotingen van de opdrachtgevers (VROM en LNV). Dit beleidsartikel beperkt zich tot een toelichting op de volksgezondheidsactiviteiten.

## **12.2 Operationele beleidsdoelstellingen**

Het werk van RIVM op het terrein van de volksgezondheid valt uiteen in vijf operationele doelstellingen:

- Verkenningen en informatievoorziening: het uitvoeren van gezondheidsverkenningen en gezondheidszorgonderzoek (12.2.1).
- Preventie: het uitvoeren van onderzoek naar indicatoren en determinanten van infectieziekten en het monitoren van infectieziekten (12.2.2).
- Stoffen en risico's: het beoordelen van fysische, biologische en chemische risico's en geneesmiddelen (12.2.3).
- Vaccins: het ontwikkelen van vaccins en het uitvoeren van het Rijksvaccinatieprogramma (12.2.4).
- Strategisch onderzoek: het uitvoeren van onderzoek dat gericht is op het verwerven van inzichten die nodig zijn om de primaire werkzaamheden van het volksgezondheidsonderzoek uit te voeren (12.2.5).

Om deze operationele doelstellingen te verwezenlijken, houdt het RIVM een aantal onderzoekscentra in stand. Daarin zijn de wetenschappelijke expertise en de bijbehorende onderzoeksinfrastructuur samengebracht. Deze expertise wordt afgestemd op de onderzoeksvragen die het RIVM van de opdrachtgever krijgt. Ook wordt via samenwerking, bijvoorbeeld met universiteiten, expertise verworven die het instituut zelf niet in huis heeft. Het RIVM organiseert multidisciplinaire expertise via een projectmatige aanpak om de onderzoeksvragen te beantwoorden.

### *Aard van de verantwoordelijkheid*

De professionele autonomie van het RIVM is bij wet geregeld. Daarbij zijn de verantwoordelijkheden als volgt verdeeld. Het RIVM is verantwoordelijk voor de wijze waarop het onderzoek wordt uitgevoerd. Het ministerie van VWS geeft richting aan het onderzoek door het RIVM adequate opdrachten te verlenen. Daarnaast is het ministerie verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van de benodigde financiële middelen. De operationele doelstellingen van het RIVM worden hierna nader toegelicht.

### **12.2.1 Feitelijke gegevens over de volksgezondheid verzamelen, analyseren en integreren, bepalende factoren hiervoor vaststellen en nagaan welke mogelijkheden er zijn om de volksgezondheid via preventie en zorg te verbeteren**

#### *Beleidseffecten*

De eerste operationele beleidsdoelstelling van het RIVM heeft betrekking op het uitvoeren van gezondheidsverkenningen en gezondheidszorgonderzoek. Het RIVM beoogt de informatievoorziening voor het VWS-beleid en toezicht te faciliteren, onder andere door een geïntegreerde beschrijving te geven van de huidige situatie, toekomstscenario's te genereren en risicomodellen te ontwikkelen voor de gezondheidszorg. Uit deze activiteiten komen producten voort, die elk op een eigen wijze inspelen op de verschillende behoeften bij het beantwoorden van beleidsvragen. Meer specifiek gaat het daarbij om de volgende producten:

- de volksgezondheidmonitor (actuele feitelijke informatie over de staat van de volksgezondheid beschikbaar op het intranet van het kern-departement),
- afzonderlijke rapportages over actuele beleidsthema's,
- een samenvattende rapportage in de vorm van de Volksgezondheid-ToekomstVerkenningen (VTV), waarin periodiek alle informatie op het gebied van gezondheidstoestand en daaraan gerelateerde gevolgen voor de zorg in een geïntegreerd kader beschreven wordt.

**Tabel 1: Inzet capaciteit en middelen voor onderzoek en verkenningen (in 2003)**

	Capaciteit in fte's	Budget <sup>1</sup>	Ontvangsten
Onderzoek en verkenningen volksgezondheid en zorg <sup>2</sup>	67,82	7 100 000	1 108 000
<b>Totaal<sup>3</sup></b>	<b>67,82</b>	<b>7 100 000</b>	<b>1 108 000</b>

<sup>1</sup> De middelen worden weergegeven als budget, omdat de onderverdeling naar personeel en materieel de uitkomst is van de onderhandelingen over de inhoud van de programma's.

<sup>2</sup> De indeling van de inzet van capaciteit en middelen is gebaseerd op de nieuwe programma-indeling. De definitieve cijfers worden in augustus 2002 ingevuld.

<sup>3</sup> De gegevens m.b.t. capaciteit en budget kunnen nog wijzigen als gevolg van nadere afspraken met de opdrachtgevers.

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

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

- de verzameling van gegevens;
- de analyse van deze gegevens;
- de integratie van informatie en kennis in een conceptueel kader, zodat de verschillende gezondheidsproblemen en de effecten van preventie en zorg met elkaar in perspectief geplaatst kunnen worden.

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

##### *Beleidseffecten*

De tweede operationele beleidsdoelstelling van het RIVM is preventie. Het is dan ook de taak van het RIVM om de minister van VWS te adviseren over vanuit wetenschappelijk oogpunt gewenste preventiemaatregelen. De taken van het RIVM op het gebied van infectieziekten zijn: vroegtijdige signalering, signaalverificatie, diagnostiek en outbreakmanagement. Bij de infectieziektebestrijding wordt een onderscheid gemaakt in drie strategieën van het beleid:

- Bescherming: beoogt de infectiedruk te verminderen door maatregelen en activiteiten gericht op dier en milieu, waaronder de voedselketen.

- Preventie: beoogt, door maatregelen en activiteiten, eigenschappen van individuen op (deel)populatie-niveau te beïnvloeden om infectieziekten te voorkomen.
- Bestrijding: beoogt, door maatregelen en activiteiten, gezondheidsbedreigende verheffingen van infectieziekten te reduceren.

Adequate voorbereiding op bioterroristische aanvallen heeft in dit kader zeer hoge prioriteit.

**Tabel 2: Inzet capaciteit en middelen voor de bestrijding van infectieziekten (in 2003)**

	Capaciteit in fte's	Budget	Ontvangsten
Infectieziekten	105,61	10 300 000	1 534 000
<b>Totaal</b>	<b>105,61</b>	<b>10 300 000</b>	<b>1 534 000</b>

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

Om deze doelstelling te verwezenlijken verricht het RIVM werkzaamheden op de volgende terreinen, die zijn gebundeld onder de noemer infectieziekten:

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

Daarnaast wordt gedetailleerd en kwantitatief inzicht opgebouwd om de vraag te beantwoorden welke interventies gewenst en effectief zijn om zoönosen en voedselovergedragen infecties te beheersen en bestrijden. Dit inzicht heeft met name betrekking op het relatieve belang van de verschillende verspreidingsroutes en in de mogelijkheid deze te onderbreken.

### **12.2.3 Het beoordelen van dossiers die worden ingediend voor het verkrijgen van een toelating van een stof, product, geneesmiddel of medisch hulpmiddel en het verrichten van onderzoek dat bijdraagt aan het ontwikkelen van wettelijke richtlijnen daarover**

#### *Beleidseffecten*

Om de schade die mogelijk wordt veroorzaakt door blootstelling aan chemische stoffen zo veel mogelijk te voorkomen of uit te sluiten, beschikt de rijksoverheid over verschillende instrumenten voor beleid en toezicht. Het RIVM ondersteunt deze instrumenten door onderzoek. Verder ondersteunt het RIVM inspecties bij controle in ziekenhuizen op sterilisatieprocessen, de controle op de samenstelling van geneesmiddelen en monitoring van contaminanten in voeding. Ook is het RIVM 24 uur per etmaal beschikbaar om ondersteuning te verlenen als zich een probleem van enige omvang voordoet. In geval van levensbedreigende omstandigheden zoals acute vergiftigingen kan het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum aan het RIVM adviseren hoe te handelen. Ten slotte beschikt het RIVM over expertise waarmee risico's van diverse aard kunnen worden ingeschat. De expertise wordt zowel aangewend in reguliere kaders als bij calamiteiten en is gericht op zowel de bevolking in

zijn geheel als op deelpopulaties.

**Tabel 3: Inzet capaciteit en middelen voor geneesmiddelen en de beoordeling van risico's (in 2003)**

	Capaciteit in fte's	Budget	Ontvangsten
Geneesmiddelen en medische technologie	27,47	2 800 000	6 875 000
Beoordeling chemische, (micro) biologische en fysische risico's	113,89	13 400 000	2 151 000
<b>Totaal</b>	<b>141,36</b>	<b>16 200 000</b>	<b>9 026 000</b>

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

Om deze doelstelling te verwezenlijken verricht het RIVM onderzoek dat is gericht op:

- De (mogelijke) effecten bij de mens van blootstelling aan chemische stoffen, biotechnologische producten en straling.
- Geneesmiddelen, medische hulpmiddelen en nieuwe producten die lichaamsmaterialen bevatten.
- De ontwikkeling en verbetering van de methodologie die nodig is voor de risicoschatting van blootstelling aan verschillende agentia of een combinatie van agentia.
- Het beoordelen van blootstellingen aan milieuverontreinigende stoffen en de calamiteitenopvang van bijvoorbeeld milieu-incidenten.
- Chemische stoffen in voeding waar een gezondheidsbedreigende, nutritieve of bioactieve werking van uitgaat.

#### **12.2.4 Het uitvoeren en evalueren van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) en het adviseren van de rijksoverheid over gewenste aanpassingen**

##### *Beleidseffecten*

Het doel van deze operationele doelstelling is de minister van VWS te ondersteunen in zijn verantwoordelijkheid voor de uitvoering en evaluatie van het RVP. Het betreft het beschikbaar stellen en houden van de vaccins die in het RVP opgenomen zijn, het geven van advies over de in het RVP op te nemen vaccins, het verbeteren van bestaande vaccins en het evalueren van het programma. Het vaccinonderzoek wordt aangestuurd vanuit het RVP.

Bij de productie van vaccins is het RIVM verantwoordelijk voor de beschikbaarheid en alle kwaliteitsaspecten. De vaccinproductietaak is echter overgedragen aan de Stichting SVM, die is gelieerd aan het RIVM. Direct uitvoerende taken op vaccingebied van het RIVM zijn: vaccin-research, product- en procesontwikkeling, kwaliteitscontrole, interne vrijgiften en contract- en octrooimanagement van alle RVP-producten en van RVP afgeleide producten en technisch-wetenschappelijke ondersteuning van SVM in de vorm van validatie.



Tot slot heeft het kabinet besloten om de vaccintaak in de nabije toekomst onder te gaan brengen in het Nederlands Vaccin Instituut, dat zal worden vormgegeven door de huidige RIVM-vaccingerelateerde activiteiten en die van de SVM te bundelen.

**Tabel 4: Overzicht levering vaccins voor het RVP**

	1999	2000	2001	2002	2003
DTP	445 200	458 750	480 100	432 050	460 200
DKTP	780 500	867 050	843 500	831 000	840 000
BMR	415 420	448 350	466 900	436 300	462 000
HIB	808 650	829 500	840 300	822 300	830 000
aK	–	–	179 600	225 600	222 000
HepB	–	–	–	–	35 000
MenC	–	–	–	–	210 000
<b>Totaal</b>	<b>2 449 770</b>	<b>2 603 650</b>	<b>2 810 400</b>	<b>2 747 250</b>	<b>3 059 200</b>

**Tabel 5: Inzet capaciteit en middelen voor vaccins (in 2003)**

	Capaciteit in fte's	Budget	Ontvangsten
Rijksvaccinatieprogramma	118,49	10 903 000	13 541 000
<b>Totaal</b>	<b>118,49</b>	<b>10 903 000</b>	<b>13 541 000</b>

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

Om deze doelstelling te verwezenlijken, zorgt het RIVM ervoor dat vaccins van goede kwaliteit beschikbaar zijn, zodat het RVP optimaal uitgevoerd kan worden. Verder doet het RIVM onderzoek naar de ontwikkeling van vaccins die uiteindelijk zullen worden ingevoerd in het RVP. Daarbij draagt het RIVM ook zorg voor de aansturing van SVM.

### **12.2.5 Strategisch onderzoek ter ondersteuning van de taken van het RIVM op het gebied van volksgezondheid (Strategisch onderzoek RIVM)**

#### *Beleids effecten*

De vijfde en laatste operationele doelstelling van het RIVM is het uitvoeren van strategisch onderzoek. Het doel van dit onderzoek is om inzichten te verwerven die nodig zijn om de primaire werkzaamheden binnen de programma's gericht op de volksgezondheid adequaat uit te voeren. Met behulp van deze inzichten kan een verbreding en verdieping van beleidsondersteunend onderzoek worden gefaciliteerd.

Het RIVM heeft deze doelstelling geoperationaliseerd door de volgende twee betekenissen toe te kennen aan het strategisch onderzoek:

- Strategisch onderzoek dat algemeen geldige (tijd en plaats) resultaten oplevert en tegelijkertijd voorwaarden schept voor van tevoren geïdentificeerd toegepast onderzoek.
- Strategisch onderzoek dat toekomstige volksgezondheids- of milieu-problematiek adresseert dat zich nog niet bij de opdrachtgever manifesteert.

Beide betekenissen impliceren dat er vanuit het RIVM een continue doorstroom hoort te zijn van projectresultaten en projecten naar de programma's op het gebied van de volksgezondheid. Het strategisch onderzoek hoort dus per definitie vernieuwend te zijn.

<b>Tabel 6: Inzet capaciteit en middelen voor strategisch onderzoek (in 2003)</b>		
	Budget	Ontvangsten
Strategisch onderzoek	20 076 000	5 760 000
<b>Totaal</b>	<b>20 076 000</b>	<b>5 760 000</b>

#### *Aard van de verantwoordelijkheid*

In de Wet op het RIVM is onder meer de professionele autonomie van het instituut geregeld. Het RIVM is verantwoordelijk voor de wijze waarop het onderzoek wordt uitgevoerd. Daarnaast stelt de DG RIVM jaarlijks de inhoud van het programma vast. Het ministerie is verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van de benodigde financiële middelen voor de uitvoering van het strategisch onderzoek.

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

Om de hierboven genoemde operationele doelstelling te realiseren worden de volgende speerpunten ingezet:

- Gezondheidswinst door Preventie en Zorg: centraal staat onderzoek op de thema's lokale leefomgeving en gezondheid, gezondheidswinst door vaccinatie en methodologie optimale gezondheidswinst en kwaliteit van zorg.
- Genetica en Public Health: het doel van het onderzoek is om de recente ontwikkelingen op het terrein van de genetica operationeel te maken binnen Public Health, waarbij de aandacht met name uitgaat naar genetische karakterisering van micro-organismen en biotechnologische geneesmiddelen en naar de relatie tussen genetica en infectieziekten.
- Voedselveiligheid en (positieve) Gezondheidseffecten van Voeding: centraal staat onderzoek naar stoffen die als contaminanten in voedsel voorkomen, naar microbiële verontreinigingen en naar functional foods die een positief effect op de gezondheid hebben.
- Kwantitatieve risicoschatting: het doel is enerzijds voort te bouwen op bestaande expertise op het terrein van de technisch-wetenschappelijke schatting van aard en omvang van gezondheidseffecten en anderzijds kennis en methoden te ontwikkelen om integrale afwegingen te ondersteunen, waarbij elementen als risicoperceptie van belanghebbers, kosten-batenafwegingen en effecten op kwaliteit van leven belangrijke thema's vormen.

### 12.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x € 1000

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Verplichtingen</b>	182 270	159 814	147 214	149 746	149 766	149 434	149 407
<b>Uitgaven (totaal)</b>	<b>187 557</b>	<b>163 233</b>	<b>147 214</b>	<b>149 746</b>	<b>149 766</b>	<b>149 434</b>	<b>149 407</b>
<b>Programma-uitgaven (totaal)</b>	0	0	0	0	0	0	0
<b>Apparaatsuitgaven</b>	187 557	163 243	147 214	149 746	149 766	149 434	149 407
<b>Ontvangsten</b>	91 707	71 012	71 451	71 021	71 032	71 032	71 032

In bovenstaande tabel staan de totale budgettaire gevolgen van het RIVM. Dit betekent dat de budgettaire gevolgen voor alle programma's zijn opgenomen. Onderstaande tabel vormt een nadere uitwerking van het jaar 2003.

**Tabel 7: Inzet capaciteit en middelen totaal**

	Capaciteit in fte's	Budget	Ontvangsten
Totaal Volksgezondheid (12.2.1-4)	433,23	44 503 000	29 021 000
Totaal Milieu (begroting VROM)	381,15	46 957 000	35 543 000
Totaal Strategisch Onderzoek	195,67	20 076 000	6 887 000
– Volksgezondheid (12.2.5)			– 1 948 000
– Milieu (begroting VROM)			– 4 939 000
Totaal	1 010,05	111 536 000	71 451 000
Totaal Natuur (begroting LNV)	6,0	811 000	–

### 12.4 Budgetflexibiliteit

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

### 12.5 Groeiparaagraaf VBTB

Naar verwachting zal dit beleidsartikel in zijn huidige vorm niet meer terugkomen in de volgende beleidsbegroting van VWS. De beoogde omvorming van het RIVM tot een baten-lastendienst per 1 januari 2004 zal grote consequenties hebben voor de budgettaire verwerking in de begroting 2004. Door deze omvorming wordt de band met de opdrachtgevers (binnen VWS, VROM en LNV) verstevigd. Dit betekent dat afspraken niet langer worden gebaseerd op «trekkingsrechten» van opdrachtgevers op RIVM-capaciteit, maar op budgetten. Daarmee kunnen zij tegen van tevoren vastgestelde integrale tarieven producten en diensten kopen van het RIVM. Dit impliceert dat de budgetten bij de artikelen van de opdrachtgevers worden gepresenteerd.

Nadat de contouren van het nieuwe resultaatgerichte sturingsconcept en de opzet van de baten-lastenadministratie in 2002 vorm hebben gekregen, staat 2003 in het teken van het proefdraaien als baten-lastendienst. Ten bate van het proefjaar zal de bedrijfsvoering van het RIVM reeds gebaseerd zijn op een baten-lastenadministratie. Bovendien zullen de onderzoeksprogrammering en -verantwoording volgens de (proef-) afspraken tussen het RIVM en de opdrachtgevers worden ingevuld. Daarnaast zal voor 2003 formeel een verrekening mogelijk zijn op basis van het huidige kasverplichtingenstelsel, om een adequate verantwoording van deze begroting te kunnen waarmaken.

In 2002 verwachtte het RIVM een aanzet te kunnen geven van de prestatiegegevens (zie ook de Begroting 2002). De uitwerking van de door het RIVM te leveren producten en diensten is echter nog onderwerp van discussie. We verwachten dat de prestatiegegevens voor het proefjaar 2003 eind 2002 kunnen worden vastgesteld. Dat geschiedt bij de totstandkoming van opdrachtovereenkomsten (waarin afspraken met de opdrachtgevers zijn opgenomen over de planning van werkzaamheden en de te leveren producten en diensten) en van afspraken met VWS als «eigenaar» (onder meer over (de meting van) de kwaliteit en doelmatigheid van het RIVM). Ogenschijnlijk is in deze begroting sprake van een achteruitgang, aangezien de weergegeven inzet van capaciteit en middelen reeds vooruitloopt op het niveau waarop met opdrachtgevers afspraken worden gemaakt (programma's die min of meer een een-op-eenrelatie hebben met de operationele doelen) en niet – zoals in de begroting 2002 – op het niveau van clusters waarin die relatie minder eenduidig was.

<b>Tabel 8: Overzicht voorgenomen evaluaties</b>	
Onderwerp	Geplande uitvoering
Evaluatie Rijksvaccinatieprogramma	Continu

Voor meer informatie over programmering en evaluatieonderzoek wordt verwezen naar de bedrijfsvoeringsparagraaf.

## BELEIDSARTIKEL 13: RIJKSBIJDRAGE VOLKSGEZONDHEID

### 13.1 Algemene beleidsdoelstelling

**Het medebekostigen van sociale verzekeringen uit de schatkist met als doel de premiedruk van deze verzekeringen binnen maatschappelijk gewenste grenzen te houden.**

De bijdragen van VWS aan de volksgezondheid verlagen de premiedruk voor de ziekenfondsverzekering en de AWBZ. Deze rijksbijdragen moeten worden gezien als onderdeel van het inkomensbeleid van het Rijk. Dit inkomensbeleid valt onder de primaire verantwoordelijkheid van de minister van SZW. De doelstellingen voor de inkomenspolitiek zijn beschreven in de Sociale Nota van de minister van SZW.

De rijksbijdragen dienen mede ter financiering van het VWS-beleid op het terrein van de volksgezondheid en de zorg, en zijn eerder middel dan doel van beleid. In de Zorgnota staan de doelstellingen van het VWS-beleid beschreven.

Per 1 januari 2005 wordt een nieuwe, verplichte basisverzekering ingevoerd. Dat betekent onder meer dat er vanaf 2005 geen rijksbijdrage meer nodig is voor de ziekenfondsverzekering. Kinderen zijn echter geen premie voor de basisverzekering verschuldigd. Daarom wordt er eveneens per 1 januari 2005 een rijksbijdrage ziektekosten kinderen geïntroduceerd.

### 13.2 Operationele beleidsdoelstellingen

#### 13.2.1 Gedeeltelijke dekking van de uitgaven van de ziekenfondsverzekering

##### *Beleidseffecten en aard van de verantwoordelijkheid*

Een van de operationele beleidsdoelstellingen voor de rijksbijdrage volksgezondheid is gedeeltelijke dekking van de uitgaven van de ziekenfondsverzekering. Deze doelstelling wordt gerealiseerd door een rijksbijdrage in de Algemene Kas van de ziekenfondsverzekering te storten. De minister van VWS stelt deze bijdrage vast en is derhalve verantwoordelijk. De hoogte van de bijdrage is onderdeel van het inkomensbeleid van het kabinet. Het kabinet heeft besloten de nominale ziektekostenpremie in 2003 te verhogen met € 86. Daardoor zal de rijksbijdrage in de Algemene Kas met € 695 mln. worden verlaagd in 2003 en 2004.

**Tabel 1: Percentage punten dat de premiepercentages hoger zouden zijn zonder rijksbijdrage (totaal werkgevers- en werknemersbijdrage)**

2001	2002	2003	2004 <sup>1</sup>
2,61	2,65	1,97	1,91

Bron: VWS.

<sup>1</sup> Cijfers voor de jaren 2005 en verder zijn niet beschikbaar omdat per 1 januari 2005 een nieuwe, verplichte basisverzekering wordt ingevoerd.

### 13.2.2 Gedeeltelijke dekking van de uitgaven van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

#### *Beleids effecten en aard van de verantwoordelijkheid*

Een andere operationele beleidsdoelstelling voor de rijksbijdrage volksgezondheid is gedeeltelijke dekking van de uitgaven van de AWBZ. Als gevolg van de invoering van het nieuwe belastingstelsel per 1 januari 2001 trad er onder meer een grondslagverkleining op voor de premieheffing voor de volksverzekeringen, waaronder de AWBZ, door de introductie van de heffingskortingen. De rijksbijdrage, dat is de bijdrage in de kosten van kortingen (bikk), compenseert deze premiederving. De doelstelling wordt gerealiseerd door de rijksbijdrage in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten te storten. Hetzelfde geldt voor deze rijksbijdrage als voor de rijksbijdrage aan de ziekenfondsverzekering; de Minister stelt vast en is verantwoordelijk. Ook deze bijdrage is onderdeel van het inkomensbeleid.

**Tabel 2: Percentage punten dat de premiepercentages hoger zouden zijn zonder bikk**

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1,41	2,10	3,40	3,48	3,96	4,09	4,29

Bron: VWS.

### 13.3 Budgettaire gevolgen van beleid

#### Bedragen x € 1000

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Verplichtingen</b>	4 853 421	5 659 644	6 706 404	7 037 004	6 367 204	6 724 403	7 106 003
<b>Uitgaven (totaal)</b>	<b>4 853 421</b>	<b>5 659 644</b>	<b>6 706 404</b>	<b>7 037 004</b>	<b>6 367 204</b>	<b>6 724 403</b>	<b>7 106 003</b>
<b>Programmauitgaven (totaal)</b>	4 853 421	5 659 644	6 706 404	7 037 004	6 367 204	6 724 403	7 106 003
Gedeeltelijke dekking uitgaven AWBZ		2 368 900	4 133 000	4 463 600	5 075 800	5 433 000	5 814 600
Gedeeltelijke dekking uitgaven ziektenkosten		3 290 744	2 573 404	2 573 404	1 291 404	1 291 403	1 291 403
<b>Apparaatsuitgaven</b>							
<b>Ontvangsten</b>							

### 13.4 Budgetflexibiliteit

Bedragen x € 1000

	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Totaal geraamde kasuitgaven</b>	<b>6 706 404</b>	<b>7 037 004</b>	<b>6 367 204</b>	<b>6 724 403</b>	<b>7 106 003</b>
– <i>apparaatsuitgaven</i>	0	0	0	0	0
Dus programma-uitgaven	6 706 404	7 037 004	6 367 204	6 724 403	7 106 003
<i>Waarvan juridisch verplicht</i>	100% 6 706 404	63% 4 463 600	80% 5 075 800	81% 5 433 000	82% 5 814 600
<i>Waarvan complementair noodzakelijk en/of bestuurlijk gebonden</i>	0% 0	37% 2 573 404	20% 1 291 404	19% 1 291 403	18% 1 291 403
<i>Waarvan Beleidsmatige reserveringen</i>	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0
<i>Waarvan Overig budget</i>	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0
Totaal	100% 6 706 404	100% 7 037 004	100% 6 367 204	100% 6 724 403	100% 7 106 003

De hoogte van de rijksbijdrage aan de ziekenfondsverzekering wordt jaarlijks vastgesteld. Afhankelijk hiervan wordt de hoogte van de premie voor de ziekenfondsverzekering bepaald. De uitgaven aan de rijksbijdrage 2003 worden na vaststelling voor 100% verplicht. Voor de jaren na 2003 bestaat formeel geen verplichting.

De hoogte van de rijksbijdrage AWBZ, dat wil zeggen de bijdrage in de kosten van kortingen, wordt bepaald in de Wet financiering volksverzekeringen. Dit gebeurt op basis van formules die de bijdrage koppelen aan de hoogte van de heffingskortingen en het aandeel dat neerslaat in de AWBZ. Hiermee zijn de bedragen voor alle jaren voor 100% verplicht.

## **BELEIDSARTIKEL 16: MAATSCHAPPELIJKE PARTICIPATIE VAN OUDEREN EN GEHANDICAPTEN**

### **16.1 Algemene doelstelling**

#### **Bevorderen van het zelfstandig functioneren en het maatschappelijk participeren van ouderen en gehandicapten.**

Ouderen en gehandicapten in Nederland kunnen ondersteuning krijgen om zelfstandig aan het maatschappelijk verkeer deel te nemen. Om hun maatschappelijk isolement te voorkomen en hun zelfstandigheid te bevorderen heeft de overheid onder meer de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) ingesteld. De Wet voorzieningen gehandicapten biedt voorzieningen op het gebied van wonen, vervoer en rolstoelen. In het Strategisch Akkoord is aangekondigd dat bij de aanvang van de kabinetsperiode de WVG zal overgaan naar het ministerie van VWS. In de begroting 2004 zal bezien worden of het beleid inzake het collectieve deel van het bovenregionale vervoer en het beleid inzake de dure woning-aanpassingen, conform de varianten in de bouwstenennotities WVG die opgesteld zijn in het kader van de IBO WVG, respectievelijk bij V&W en VROM ondergebracht kunnen worden. Deze onderbrenging zal budgettair neutraal gerealiseerd moeten worden.

De doelstelling van het beleidsartikel en de in dit beleidsartikel toegelichte beleidsinstrumentarium hebben een nauwe relatie met de doelstellingen op het terrein van het gehandicapten- en ouderenbeleid (zie beleidsartikel 4 en 5). De uiteindelijke plaats van het beleidsterrein van de WVG in de structuur van de begroting zal voor de begroting 2004 opnieuw worden bezien.

### **16.2 Operationele doelstellingen**

#### **16.2.1 Het zelfstandig functioneren van gehandicapten en ouderen wordt bevorderd door het bieden van voorzieningen op het gebied van wonen en vervoer**

In 1994 is de WVG in werking getreden. Daarmee werd het grote aantal regelingen en loketten voor gehandicapten en ouderen verminderd. Sindsdien kunnen ook 65-plussers een beroep op deze voorzieningen doen. Het gaat daarbij om woon- en vervoersvoorzieningen en rolstoelen. Daarnaast is er een drietal specifieke regelingen die betrekking hebben op vervoer en wonen.

##### *Aard van de verantwoordelijkheid*

Het grootste deel van de middelen voor de WVG wordt verdeeld via het Gemeentefonds. De uitvoering van de WVG behoort geheel tot het gemeentelijke domein. Het gemeentebestuur moet voorzieningen treffen die doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht zijn. Gemeenten worden door het Rijk in staat gesteld om hun zorgplicht uit te kunnen voeren. Ten aanzien van het functioneren van de WVG heeft de minister van VWS een systeemverantwoordelijkheid.

##### *Beleids effecten*

Uit evaluatieonderzoek is gebleken, dat 85 % van de WVG-cliënten aangeeft tevreden te zijn met de uitvoering van de wet en de verkregen



voorzieningen. Streven is dit aantal te doen toenemen. Cliënten en gebruikersorganisaties signaleren in een aantal gevallen de volgende knelpunten:

- het aanbod van voorzieningen is onvoldoende toegesneden op de vraag
- de kwaliteit van voorzieningen is onvoldoende
- de uitvoeringsorganisatie is niet optimaal
- soms lange wachttijden.

Ook het feit dat gemeenten de WVG verschillend interpreteren heeft ertoe geleid dat er in zeer vergelijkbare gevallen sprake kan zijn van, soms grote, verschillen in besluiten over hetgeen verstrekt moet worden. Gebruikers ervaren dat als rechtsonzekerheid.

Tabel 1 Streefcijfers Wvg					
Doelgroep	Criterium	Realisatie 1999	Realisatie 2000	Streven 2002	Streven 2003
WVG aanvragers	Cliënttevredenheid WVG-ers die van mening zijn dat de WVG Uitvoering moet worden verbeterd.	42%	85%	beduidend lager dan 42%	> 85%

Bron: WVG-scan 2000, derde evaluatie WVG Ministerie van SZW.

Mede naar aanleiding van de gesignaleerde knelpunten heeft de Minister van SZW in maart 2002 met de VNG en belangenorganisaties<sup>1</sup> een protocol ondertekend waarin invulling wordt gegeven aan de verbetering van de uitvoering van de WVG. De VNG zal bevorderen dat het protocol door de gemeenten wordt uitgevoerd. Met de VNG en de belangenorganisaties is afgesproken dat de toepassing van het protocol door de gemeenten en de rechterlijke toetsing aan het protocol, gezamenlijk door middel van een monitor zal worden gevolgd en geëvalueerd<sup>2</sup>. Een eerste evaluatie van de werking van het Protocol WVG vindt na een jaar plaats. Indien uit de monitoring blijkt dat het protocol niet adequaat wordt nageleefd, zal een algemene maatregel van bestuur van kracht worden. Eind april 2002 is een voorstel tot wijziging van de WVG aan de Tweede Kamer aangeboden; hierin wordt de mogelijkheid voor een dergelijke algemene maatregel van bestuur gecreëerd.

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

##### *Wet voorziening gehandicapten*

##### *Specifieke regelingen*

De volgende specifieke regelingen – met aparte financierings- en verdelingssystematieken – komen ten laste van de begroting van VWS:

- Besluit rijksvergoeding WVG-woonvoorzieningen  
Op grond van dit besluit geeft het Rijk gemeenten een vergoeding voor dure woningaanpassingen. Gemeenten kunnen voor dure woningaanpassingen (> € 20 420) een declaratie bij het Rijk indienen. VWS vergoedt de kosten voor de woningaanpassing verminderd met een standaardbijdrage van € 9 963 en verminderd met de eigen bijdrage van de gehandicapte. Daarnaast ontvangt de gemeente per aanvraag € 454 van VWS voor uitvoeringskosten ten behoeve van de woningaanpassing. Met ingang van 1 april 2000 worden alle woningaanpassingen door gemeenten uitgevoerd. In de kwaliteitsscan WVG<sup>2</sup>

<sup>1</sup> De Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland, de Federatie van Ouderverenigingen en het Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties.

<sup>2</sup> Brief van de Minister van SZW van 26 maart 2002 aan de Tweede Kamer.

<sup>2</sup> De kwaliteitsscan geeft een beeld van de gemeentelijke uitvoeringskwaliteit.

zal worden opgenomen wat de doorlooptijd van de aanvragen voor dure woningaanpassingen is. Begin 2003 worden de resultaten van deze scan verwacht.

- **Besluit bijdrage AWBZ-gemeenten (Bbag)**  
Een aantal gemeenten ontvangt op basis van dit besluit via een bepaalde verdeelsleutel een bijdrage voor het sociaal vervoer voor inwoners van bepaalde AWBZ-instellingen. Deze bijdragen worden als lumpsum aan gemeenten verstrekt. Zij hoeven over de besteding van deze middelen geen verantwoording af te leggen. De vraag naar de positionering en vormgeving van het Bbag zal worden betrokken bij de discussie over de toekomst van de WVG.

In het onderstaande overzicht staan de in 2000 nieuw verstrekte woon- en vervoervoorzieningen vermeld.

<b>Tabel 2: Overzicht woon- en vervoersvoorzieningen</b>	
	2000
Aantal nieuw toegekende woonvoorzieningen	120 300
Waarvan:	
– woningaanpassingen	66 800
waarvan dure woningaanpassingen (> € 20 420)	400
– verhuizingen en inrichting	16 000
– roerende woonvoorzieningen	21 500
– overige woonvoorzieningen	16 000
Aantal nieuw toegekende vervoersvoorzieningen	71 800
Waarvan:	
– naturavoorzieningen	29 200
– geldsomverstrekkingen	42 600
Aantal nieuw toegekende rolstoelen	43 500

De in bovenstaand overzicht opgenomen voorzieningen worden gefinancierd uit het Gemeentefonds. Uitzondering hierop vormen de dure woningaanpassingen; het meerdere boven € 20 420 wordt door gemeenten bij VWS gedeclareerd. In 2001 hebben gemeenten 165 dure woningaanpassingen bij (toen nog) SZW gedeclareerd. In 2001 zijn in het kader van bovenregionaal vervoer voor gehandicapten 169 091 reisketens uitgevoerd. Het aantal pashouders was ultimo 2001 34 000.

### 16.3 Budgettaire gevolgen van het beleid

(bedragen x € 1 000)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Verplichtingen</b>	25 020	70 963	55 438	62 658	62 758	62 758	62 758
<b>Uitgaven (totaal)</b>	<b>35 092</b>	<b>61 519</b>	<b>49 811</b>	<b>62 885</b>	<b>62 758</b>	<b>62 758</b>	<b>62 758</b>
<b>Programmauitgaven (totaal)</b>	35 092	61 519	49 811	62 885	62 758	62 758	62 758
WVG vervoer	30 264	39 477	42 609	48 009	48 009	48 009	48 009
<i>Waarvan specifieke uitkeringen</i>	<i>30 264</i>	<i>39 477</i>	<i>42 609</i>	<i>48 009</i>	<i>48 009</i>	<i>48 009</i>	<i>48 009</i>
WVG woningaanpassingen	4 828	19 977	6 749	14 649	14 749	14 749	14 749
<i>Waarvan specifieke uitkeringen</i>	<i>4 828</i>	<i>19 977</i>	<i>6 749</i>	<i>14 649</i>	<i>14 749</i>	<i>14 749</i>	<i>14 749</i>
Handhaving	0	659	0	0	0	0	0
<i>Waarvan specifieke uitkeringen</i>	<i>0</i>	<i>659</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
Subsidies en overige beleidsuitgaven	0	1 406	453	227	0	0	0
<i>Waarvan specifieke uitkeringen</i>	<i>0</i>	<i>1 406</i>	<i>453</i>	<i>227</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<b>Ontvangsten</b>	<b>0</b>	<b>375</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Voor het bovenregionaal vervoer gehandicapten is voor 2003 uitgegaan van 302000 reisketens en van 35 500 pashouders die gemiddeld 8,5 reizen maken. Bij de woningaanpassingen wordt ervan uitgegaan dat in 2003 210 dure woningaanpassingen zullen plaatsvinden.

### 16.4 Budgetflexibiliteit

De budgetflexibiliteit op dit artikel is beperkt. Gemeenten kunnen een deel van de kosten voor woningaanpassingen boven de € 20 420 bij VWS declareren. Dit is een open-einde regeling en uitgaven kunnen alleen worden aangepast via wijzigingen in de regelgeving. Voor het sociaal vervoer AWBZ-instellingen geldt dat alleen door wijziging van de regeling het budget kan worden aangepast.

### 16.5 Groeiparaagraaf VBTB

De eerder genoemde streefcijfers ten aanzien van de cliënttevredenheid over de voorzieningen en de uitvoering van de WVG zullen worden gevolgd via de Kwaliteitsscan WVG. De toepassing van het protocol ter verbetering van de uitvoering zal gezamenlijk met de VNG en de belangenorganisaties door middel van een monitor worden gevolgd en geëvalueerd.

**Tabel 3: Overzicht voorgenomen evaluaties**

Onderwerp	Geplande uitvoering
Evaluatie werking van het protocol WVG	2003

Voor meer informatie over programmering van evaluatieonderzoek wordt verwezen naar de bedrijfsvoeringsparaagraaf.

## **NIET-BELEIDSARTIKEL 14: ALGEMEEN**

### **14.1 Algemeen**

In dit beleidsartikel worden de uitgaven beschreven die niet specifiek aan een van de beleidsdoelstellingen uit de voorgaande beleidsartikelen zijn toe te rekenen. Het gaat hierbij om ministeriebrede programma- en apparaatsuitgaven.

### **14.2 Operationele beleidsdoelstellingen**

#### **14.2.1 Het bevorderen van internationale samenwerking op beleidsterreinen van VWS**

De algemene beleidsdoelstellingen van de internationale samenwerking op VWS-terreinen zijn:

- het beïnvloeden van en bijdragen aan afspraken en richtlijnen in het kader van internationale organisaties, met name de EU, de WHO, de Raad van Europa, de OESO en de UNESCO;
- het actief gebruikmaken van de kennis van internationale organisaties en buurlanden en deze informatie bij de eigen beleidsontwikkeling betrekken;
- het voldoen aan internationale verdragsverplichtingen;
- het bijdragen aan het algemeen buitenlands beleid, met name op het gebied van de Uitbreiding van de EU door samenwerking met de pre-accessielanden, alsmede op het gebied van de ontwikkelings-samenwerking.

De uitvoering van deze doelstellingen vindt plaats in afstemming met relevante andere ministeries, in het bijzonder het ministerie van Buitenlandse Zaken. De geoperationaliseerde doelstelling is om internationale samenwerking op beleidsterreinen van VWS te bevorderen. Hierbij kan een onderscheid worden gemaakt in de volgende samenwerkingsverbanden.

– *Samenwerking in de Europese Unie, inclusief het voorbereiden en invullen van het voorzitterschap van de EU*

Het ministerie van VWS is sterk betrokken bij de Europese Unie. Er wordt op vele vlakken samengewerkt tussen lidstaten, maar ook tussen de departementen onderling en met veldorganisaties. Over de agenda's van de EU-voorzitters in 2003 (Griekenland eerste helft en Italië tweede helft) is nog niet veel bekend. Wel is zeker dat in 2003 het geïntegreerd actieprogramma op het gebied van volksgezondheid van start gaat. De doelstellingen en acties van dit programma zijn onderverdeeld in drie kernthema's: het verbeteren van informatie en kennis via Europese systemen voor gezondheidsmonitoring, een snelle reactie op gezondheidsbedreigingen door middel van het verbeteren van het Europese netwerk voor overdraagbare ziekten, en de aanpak van gezondheidsdeterminanten. Ook zal in 2003 het Zesde Kader Programma van de commissie van start gaan. Dit is een groot onderzoeksprogramma waarin substantiële onderdelen op het gebied van de volksgezondheid zijn opgenomen.

Tijdens de eerste helft van 2003 zal een door de commissie opgestelde vragenlijst over gezondheid en ouderen een belangrijke rol kunnen gaan spelen. In het verlengde hiervan wordt op dit moment in de Gezondheidsraad van de EU nagedacht over de eventuele gevolgen van diverse

Hofarresten op het gebied van ziektekostenverzekeringen, zoals Smits-Peerbooms en Kohl-Decker en het vrije verkeer van patiënten. Onduidelijk is welke rol dit thema in 2003 gaat spelen.

Verder heeft de Gezondheidsraad zich de afgelopen tijd intensief beziggehouden met het tabaksbeleid. Het onderwerp reclame en sponsoring van tabaksproducten zal in 2003 nog de nodige aandacht vragen, net als de wereldwijde Conventie voor tabaksbeperking. Nieuw is de behandeling van het onderwerp geneesmiddelen in de Gezondheidsraad in plaats van in de Interne Marktraad. Ook zal de raad zich verder buigen over de Richtlijn veiligheid en kwaliteit van weefsels. Mogelijk komt de commissie in 2003 ook met een voorstel voor een Richtlijn orgaandonatie en een voorstel voor geneesmiddelen voor kinderen. Het onderwerp voedselveiligheid zal een prominente plaats op de EU agenda blijven houden. Tot slot zal naar verwachting ook het jeugdprogramma een sleutelrol spelen op de agenda's van de twee voorzitterschappen in het kader van de Jeugdraad.

Nederland is (na Ierland) in de tweede helft van 2004 voorzitter van de Europese Unie. De voorbereiding hiervan zal in 2003 zeker meer aandacht gaan vragen. De VWS-thema's worden dan definitief vastgesteld. Dit gebeurt in nauw overleg met eerdere en volgende voorzitterschappen en de Europese Commissie. VWS is primair verantwoordelijk voor de inhoudelijke inbreng vanuit Nederland in de relevante Raden (die recentelijk geherstructureerd zijn), als het gaat om met name gezondheid en jeugd. Ook heeft VWS inbreng in de agendasetting van andere raden, zoals de Interne Marktraad, de Landbouwrade, etc.

Met de buurlanden zullen nauwe betrekkingen worden onderhouden op het gebied van volksgezondheid, welzijn en sport. In dat verband zullen studiebezoeken over en weer plaatsvinden.

*– Samenwerking met de kandidaat-lidstaten van de Europese Unie en bijdragen aan een verantwoorde toetreding*

Naar verwachting zal de Europese Unie in 2004 met maximaal tien nieuwe lidstaten worden uitgebreid. Deze uitbreiding van de Europese Unie zal in 2003 meer aandacht vragen van VWS, omdat deze direct gevolgen heeft op terreinen als voedselveiligheid, infectieziekten en vrij verkeer van werknemers in de gezondheidszorg. Door de toetreding van de nieuwe lidstaten zullen de verschillen in de gezondheidssituatie en toegang tot zorg van mensen in de landen van de Europese Unie toenemen. In 2003 zal VWS zich daarom blijven inspannen om de nieuwe toetreders te assisteren bij de overname van het *acquis* (de regels en wetten van de EU). Dat geldt ook voor het zogenoemde «zachte» *acquis* op gebieden als welzijn en sociaal beleid. VWS verricht deze inspanningen in het kader van de bilaterale ondersteuning voor Midden- en Oost-Europa van de regering (met name het Matra Programma) en de ondersteuning door de EU (met name Phare-Twinning programma).

In 2003 zal verder worden gekeken naar de gevolgen van de besluitvorming in een grotere EU. De bilaterale banden met de huidige kandidaat-lidstaten zullen verder worden aangehaald. Met een aantal prioritaire landen (o.a. Polen, Tsjechië, Slowakije en Hongarije) worden in 2003 de bestaande afspraken over samenwerking nader uitgewerkt. De inzet hiervan is om de netwerken die in het kader van de ondersteuning worden opgebouwd ook in de toekomst in stand te houden. In een latere fase, als

de landen volwaardig EU-lid zijn, bieden goede bilaterale contacten met de kandidaat-lidstaten mogelijkheden voor verdere samenwerking bij de besluitvorming in Brussel.

– *Samenwerking in de Raad van Europa, inclusief het voorbereiden en invullen van het voorzitterschap van de Raad van Europa*

VWS zal in 2003 voortgaan met samenwerking in het kader van de Raad van Europa op gebieden zoals volksgezondheid, bio-ethiek, patiëntenrechten, sport, welzijn, jeugd, sociale cohesie, drugs en gehandicapten. Hiervoor zijn al verschillende ministerconferenties van gezondheid en van gehandicaptenbeleid gepland. De conferentie over gezondheid gaat over gelijke toegang tot gezondheid en versterking van de positie van de patiënt. De conferentie gehandicaptenbeleid zal de thema's «community living», preventie en de positie van vrouwen met een handicap behandelen.

Bij het Raad van Europa Verdrag inzake de rechten van de mens en de biogeneeskunde zijn nog een aantal protocollen in voorbereiding. In 2003 zal naar verwachting het Protocol biomedisch onderzoek worden afgerond. Daarnaast zal het Protocol genetica en het Protocol ter bescherming van het embryo en de foetus verder worden ontwikkeld. Ten slotte streven we ernaar aanbevelingen inzake patiënt en internet, palliatieve zorg en veiligheid en kwaliteit van organen, weefsels en cellen af te ronden.

De activiteiten van VWS in de Raad van Europa staan in 2003 mede in het teken van het komende voorzitterschap van Nederland (najaar 2004 t/m voorjaar 2005). Tijdens het Nederlandse voorzitterschap van de Raad van Europa zal slechts een beperkt aantal thema's speciale aandacht krijgen. VWS-thema's, die in de voorbereidende fase zijn aangedragen, zijn gezondheid, sport en jeugd.

Bij het thema gezondheid zijn de volgende subthema's geselecteerd: gelijke toegang tot gezondheidszorg, en gelijke behandeling en versterking van de positie van de patiënt. Een seminar over gelijke toegang tot gezondheidszorg en patiënten rechten is gepland in najaar 2003.

Bij het thema sport is «de rol van sport in het welbevinden van de Europese burger, als individu en als lid van een gemeenschap» een subthema. Het voornemen is om tijdens het Nederlandse voorzitterschap van de EU in 2004 en in het kader van het Europees jaar van de sport, een eindmanifestatie te houden over opvoeding door sport.

– *Samenwerking op mondiaal niveau*

Op mondiaal niveau wordt samengewerkt in de WHO, de OESO en de UNESCO. Deze samenwerking richt zich op de voorbereiding en het bijwonen van de reguliere vergaderingen, alsmede van de follow-up daarvan. Het doel van de samenwerking is ook om de band tussen het ministerie van VWS en de WHO te versterken door:

- gestructureerde bezoeken van VWS-delegaties aan WHO-Genève en WHO-Kopenhagen;
- detacheringen van VWS-personeel bij de WHO;
- het gezamenlijk organiseren van bijeenkomsten voor de follow-up van een of meerdere van de drie grote VN-toppen van 2002: vergrijzing, kinderen en duurzame ontwikkeling.

De samenwerking richt zich vooral op terreinen als infectieziektebestrijding, voedselveiligheidsbeleid, het meten van prestaties van gezondheidszorg, vaccins en geneesmiddelen, vergrijzing en de invloed

van leefstijlfactoren op gezondheid, zoals roken, etc. Naar verwachting zal in 2003 onder leiding van de WHO een wereldwijde conventie voor tabaksbeperking gehouden worden.

De samenwerking met de OESO zal zich concentreren op het «Horizontal Health Programme». Dit programma brengt de werkzaamheden van meerdere directies binnen de OESO-organisatie op het gebied van de gezondheidszorg in samenhang. Het drie jaar durende programma is in 2001 van start gegaan en beoogt internationaal vergelijkende analyses te maken van verschillende onderdelen van het zorgstelsel. Het programma kent deelprojecten over het meten van prestaties van het zorgstelsel, micro-efficiënt gebruik van (productie) middelen, particuliere ziektekostenverzekeringen, verspreiding van nieuwe technologieën en langdurige zorg. De secretaris-generaal van VWS is voorzitter van de stuurgroep van dit programma.

De mondiale betrokkenheid van VWS zal ook tot uiting gebracht worden door de bilaterale samenwerking met landen buiten Europa voort te zetten of te intensiveren, met name de samenwerking met China, Indonesië, Zuid-Afrika, Suriname en de Nederlandse Antillen en Aruba.

#### *Aard van de verantwoordelijkheid*

De minister van VWS is verantwoordelijk voor het tot stand komen van internationale samenwerking op de beleidsterreinen van VWS. Dit geldt eveneens voor de Nederlandse inbreng in de internationale organisaties. De uiteindelijke besluitvorming (het resultaat) is vanzelfsprekend ook afhankelijk van de inbreng van de andere actoren in die organisaties. Het beleid van het ministerie van VWS sluit aan bij het bredere kader van het buitenlands beleid en het OS-beleid.

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

Om de doelstelling voor internationale samenwerking te verwezenlijken, overlegt VWS vaak met internationale organisaties door:

- deelname aan regulier overleg in het kader van de EU, WHO, Raad van Europa, de OESO en UNESCO;
- de VWS-presentie bij internationale organisaties in de vorm van VWS-attachés, c.q. (tijdelijke) detacheringen bij de PV-EU te Brussel, de PV-VN te Genève, de PV-OESO en PV-UNESCO te Parijs, alsmede bij de Nederlandse ambassades te Washington en Parijs;
- detachering van VWS-medewerkers bij de verschillende internationale organisaties voor de duur van enkele jaren.

Ook vindt internationaal overleg plaats met landen waarmee VWS betrekkingen onderhoudt, met name de buurlanden, de pre-accessielanden, en enkele landen buiten Europa zoals Aruba en de Nederlandse Antillen, Suriname, China, Indonesië en Zuid-Afrika.

Ook op nationaal niveau vindt overleg plaats over internationale samenwerking, bijvoorbeeld met maatschappelijke organisaties in het kader van het Landelijk Overlegplatform Internationaal Beleid (LOIB). Doel van het LOIB is om de onderlinge samenwerking van de organisaties in het veld op internationaal terrein te bevorderen en om de inbreng van het veld bij de voorbereiding van de Nederlandse standpuntbepaling in het internationaal overleg tot stand te brengen. Het Internationale Centre van het NIZW voert het secretariaat van het LOIB.

Een ander instrument ter bevordering van de internationale samenwerking is subsidieverlening. VWS subsidieert activiteiten, projecten en

organisaties in het kader van de internationale samenwerking, zoals het Internationale Centre van het NIZW. Dit centrum vervult voor VWS een landelijke ondersteunende functie op internationaal gebied. Ook subsidieert VWS samenwerkingsovereenkomsten met pre-accessielanden en met landen buiten Europa; repatriëring van Molukkers op basis van afspraken in het kader van het Joint Committee Nederland-Indonesië; door VWS te organiseren internationale conferenties; werkbezoeken aan andere landen; het ontvangen van hoge buitenlandse delegaties; ondersteuning van het SENTER/Bureau EG-liaison in verband met de Nederlandse betrokkenheid bij de uitvoering van het Zesde Kader Programma van de EU voor Wetenschap en Technologie.

Een laatste instrument is informatievoorziening. De informatievoorziening is gericht op het in standhouden van een systeem dat relevante ontwikkelingen bij internationale organisaties, zowel analoog als digitaal, opspoor, ontsluit, toegankelijk maakt en beschikbaar stelt. Ook voorziet het systeem in het beschikbaar stellen van informatie over internationale activiteiten van VWS richting het veld door publicatie van een nieuwsbrief. Door middel van een Reeks Anderstalige Publicaties over het beleid en de regelgeving van VWS, wordt informatie geboden aan ambassades en zusterministeries in het buitenland en aan buitenlandse ambassades in Nederland.

#### **14.2.2 Het bevorderen van informatiebeleid in de zorg**

De tweede algemene operationele beleidsdoelstelling is het bevorderen van informatiebeleid in de zorg. Dit informatiebeleid is erop gericht de beschikbaarheid van uniforme gegevens te vergroten, zodat de verschillende belanghebbende partijen deze gegevens kunnen benutten voor hun informatiebehoefte. Daartoe wordt de bestaande infrastructuur voor informatievoorziening in de zorg vernieuwd en geactualiseerd. De basis voor het informatiebeleid ligt in de notitie «Informatievoorziening en Transparantie» (kamerstukken II 2001/02, 27 855, nr. 17) die als uitwerking van het informatiebeleid zoals aangekondigd in de stelselnota «Vraag aan bod» samen met enkele andere notities naar de Tweede Kamer is gezonden. De uitwerking van het informatiebeleid is opgenomen in de Zorgnota 2003.

#### **14.2.3 Project modernisering care: het vervangen van aanbodsturing door vraagsturing om de keuzevrijheid en zeggenschap van de verzekerden te vergroten**

De Tweede Kamer heeft de modernisering van de AWBZ aangemerkt als groot project. Doelstelling van de modernisering van de AWBZ is om de aanbodsturing te vervangen door vraagsturing om zo de keuzevrijheid en zeggenschap van de verzekerden te vergroten. Het project modernisering AWBZ kan onderscheiden worden in een viertal deelprojecten die hieronder nader toegelicht worden.

*1. Indiciestelling: het verbeteren van de kwaliteit van de indicatiestelling en de bedrijfsvoering van indicatieorganen en het reorganiseren van de indicatiestelling in het kader van de doelstellingen van de modernisering van de AWBZ.*

De modernisering van de AWBZ is erop gericht om vraagsturing daarin centraal te stellen. Voor de indicatiestelling betekent dat het tot stand brengen van een onafhankelijke, objectieve (uniform, geprotocolleerd, professioneel) en integrale (verbreding met AWBZ-sectoren



gehandicaptenzorg en GGZ en met de WVG) indicatiestelling. De indicatiestelling is een taak van indicatieorganen die worden gesubsidieerd door de gemeenten. De gemeenten dragen met name verantwoordelijkheid voor de bedrijfsvoering van de indicatieorganen. De werkwijze van indicatieorganen is geregeld in het Zorgindicatiebesluit (Staatsblad 1997 nr. 447; Staatsblad 2001 nr. 265).

De bestaande indicatieorganen moeten uitgroeien tot breed en integraal werkende indicatieorganen voor de AWBZ, voor de WVG en voor wonen en welzijn. Met ingang van het jaar 2003 wordt het Zorgindicatiebesluit zodanig gewijzigd dat de indicatieorganen verantwoordelijk zijn voor indicatiestelling op alle terreinen van de AWBZ. Daarnaast wordt de indicatiestelling functiegericht. Die functiegerichte benadering is tot uiting gebracht in het Besluit Zorgaanspraken AWBZ en in een verplicht te stellen protocol met een daarbij behorende formulierenset. Deze vormen tevens de basis voor de herziening van in gebruik zijnde softwarepakketten. De wijze van automatisering sluit aan op het AWBZ-brede zorgregistratiesysteem zoals dat door de zorgkantoren wordt opgezet en beheerd.

In 2003 worden in opdracht van de indicatieorganen softwaretoepassingen ontwikkeld om de kwaliteit van de bedrijfsvoering, beleids- en managementinformatie en rapportages te verbeteren. Op landelijk niveau wordt vanaf 1 januari 2003 een organisatie aangewezen die op het terrein voor indicatiestelling een ondersteunende en adviserende functie heeft ten aanzien van indicatieorganen, gemeenten en rijksoverheid. Bovendien worden daar de noodzakelijke bovenregionale activiteiten en expertise gebundeld.

Dit proces wordt onder andere ondersteund met activiteiten gericht op monitoring, onderzoek en evaluatie. Daarnaast wordt dit proces ondersteund met experimenten en ontwikkelingsprojecten, die de kwaliteit van de indicatiestelling meten en de oorzaken van regionale en andere verschillen in kaart brengen. Op landelijk niveau is een College evaluatie indicatiestelling ingesteld (commissie-Buurmeijer), dat in 2003 onderzoek zal verrichten en rapportages zal uitbrengen aan de bewindslieden van de ministeries van SZW en VWS die voor de indicatiestelling verantwoordelijk zijn.

## *2. Persoonsgebonden budget (PGB): ontwerp en invoering van een systeem van persoonsgebonden bekostiging in de AWBZ.*

Op 1 januari 2003 wordt een nieuwe sterk vereenvoudigde PGB-regeling van kracht. Op basis van de functiegerichte indicatiestelling kunnen cliënten naast zorg in natura kiezen voor een persoonsgebonden budget. De PGB-regeling is gebaseerd op functionele categorieën die AWBZ-breed gelden. Daarnaast wordt de uitvoering van de regeling vereenvoudigd. De middelen worden rechtstreeks aan cliënten ter beschikking gesteld. Zij hebben de vrijheid om binnen de geïndiceerde functies zelf vorm te geven aan de uitvoering van zorg.

Verder wordt ook het zorgaanbod verruimd. Daarbij gaat het enerzijds om het voornemen dat toegelaten aanbieders ook in andere AWBZ-sectoren zorg kunnen leveren en anderzijds om het toelaten van nieuwe aanbieders. Tezamen met de mogelijkheid voor cliënten om te kiezen voor een PGB ontstaan hierdoor voor cliënten veel meer mogelijkheden om zorg op maat te krijgen. Zo wordt inhoud gegeven aan vraagsturing en wordt recht gedaan aan het verzekeringskarakter van de AWBZ.

*3. AWBZ-brede zorgregistratie (AZR): ontwikkeling van een systeem aan de hand waarvan indicatieorganen, zorgaanbieders en zorgkantoren elektronisch informatie kunnen uitwisselen om het proces van zorgtoewijzing in de AWBZ te ondersteunen.*

De ontwikkeling van het AWBZ-brede zorgregistratiesysteem is in 2000 in gang gezet als meerjarig project. De zorgkantoren hebben in 2001 en 2002 reeds geld ontvangen van VWS voor de realisatie van fase drie van de zorgregistratie, die in 2002 en 2003 wordt voltooid. In deze fase wordt naast wachtlijstinformatie ook de reguliere productie betrokken. Hierdoor moet inzicht ontstaan in de actuele vraag en het aanbod binnen de gehele AWBZ.

Voor de aanpassing aan de AZR-standaarden van de softwarepakketten die in gebruik zijn bij de indicatieorganen zijn in 2002 middelen ter beschikking gesteld. Verder wordt er momenteel onderzoek gedaan naar de kosten van afstemming op dit systeem van de registratiesystemen van zorgaanbieders en de RIO's. De resultaten van dat onderzoek vormen mede de basis voor de invulling van de volgende fase.

*4. Koplopers: ontwikkelen en ondersteunen van proefprojecten en modelprojecten in het kader van de modernisering van de AWBZ.*

In 2002 zijn in het kader van het traject Koplopers modelprojecten gestart waarin op onderdelen van de modernisering van de AWBZ wordt proefgedraaid. Een deel van deze modelprojecten loopt door tot in 2003. Deze projecten hebben onder meer betrekking op de implementatie van de modernisering AWBZ rond de zorg in natura, zoals bekostiging, zorginkoop en zorgtoewijzing/zorgbemiddeling.

Het proefdraaien moet resulteren in concrete producten om de invoering te faciliteren. Verder is er in april 2002 een communicatiecampagne rond de modernisering van de AWBZ gestart. Deze campagne zal worden voortgezet en doorlopen tot in 2003, mede in relatie tot de gefaseerde invoering van de modernisering van de AWBZ. In dat kader zullen voorlichtingsbijeenkomsten worden georganiseerd, zal schriftelijk informatiemateriaal worden ontwikkeld en zal interactie worden bevorderd via de site [www.opkopzorg.nl](http://www.opkopzorg.nl).

*Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling*

- **Subsidies**  
Subsidie voor de opzet van een AWBZ-brede zorgregistratie; subsidiering van een landelijke centrum voor indicatiestelling; projectsubsidies voor experimenten en ontwikkelingsprojecten; bijdragen voor het ontwikkelen van administratieve toepassingen voor indicatieorganen ten behoeve van bedrijfsvoering, cliëntendossiers en rapportages; subsidiering van een administratiekantoor PGB.
- **Onderzoek**  
Onderzoeken, experimenten en monitoring met betrekking tot de kwaliteit en kwantiteit van de indicatiestelling; onderzoek naar de werking van besturingsmodellen en regionale samenwerkingsverbanden.
- **Stimulering koplopers/communicatie**  
Subsidiëring van stimuleringsprogramma's voor regio's die als koploper kunnen worden aangemerkt, onder meer door (regionale) conferenties te organiseren, bestuurlijk overleg, projectondersteuning, communicatiecampagnes, publicaties en internetinformatie ([www.opkopzorg.nl](http://www.opkopzorg.nl)).

#### **14.2.4 Project Stelselherziening: informatie verzamelen op basis waarvan gefundeerde keuzes kunnen worden gemaakt voor de inrichting van (delen van) het verzekeringsstelsel en de sturing van de zorg**

De moderniseringstrajecten voor cure en care en de vernieuwing van het verzekeringsstelsel vormen de basis voor de vernieuwing van het zorgstelsel. De projecten voor cure en care zijn toegelicht in paragraaf 2.2.3 en 14.2.3. Het gemeenschappelijke veranderingsthema van deze vernieuwingsoperaties is meer flexibiliteit, klantgerichtheid en innovatief vermogen. Dit kan worden bereikt door meer ruimte én meer verantwoordelijkheid te geven aan partijen in de organisatie en uitvoering van de zorg. Die ruimte komt tot stand in een geleidelijk proces, waarbij de overheid erop toeziet dat de publieke belangen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit gewaarborgd blijven. De beleidsagenda voor de stelselmodernisering verloopt langs twee sporen, die zijn geschetst in de nota «Vraag aan bod», die op 6 juli 2001 aan de Tweede Kamer is verstuurd. Het eerste spoor betreft de veranderingen in de sturing van de zorg. Langs het tweede spoor verlopen de aanpassingen in het verzekeringsstelsel die noodzakelijk zijn om de verandering in de sturing te realiseren. Wij achten het noodzakelijk dat beide sporen in nauwe samenhang verder worden ontwikkeld.

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

Belangrijke instrumenten ter ondersteuning van de besluitvorming over en de implementatie van de stelselherziening zijn onderzoek en advies.

- Onderzoek, advies en monitoring om vernieuwingen in het zorgstelsel te implementeren. Het betreft hier enerzijds onderzoeken op het terrein van de sturing van de zorg, zoals mededingingsregulering, toezicht en informatievoorziening, en anderzijds onderzoeken in het kader van het verzekeringsstelsel, zoals collectieve contracten, functionele pakket-omschrijving en preferred-providerarrangementen. Op het terrein van de financiering zal nader onderzoek worden gedaan naar de premie-structuur, de vormgeving van een systeem van eigen risico's en/of eigen bijdragen, fiscale compensatiemogelijkheden en het systeem van risicoverevening tussen verzekeraars.
- Onderzoek naar knelpunten, analyse van mogelijke wijzigingen en evaluatie van genomen maatregelen in het onderhoud van het verzekeringsstelsel en het sturingsmodel van de zorg. Hierin passen ook de (jaarlijkse) opdrachten tot onderzoek naar verschillende onderdelen van het verzekeringsstelsel of het sturingsmodel van de zorg. Deze vinden plaats in het kader van onderhoudswerkzaamheden die erop gericht zijn kleinere knelpunten weg te nemen of gewijzigde maatschappelijke omstandigheden aan te passen. Ook evaluaties van (beperkte) wijzigingen in het stelsel en de sturing van de zorg vallen hieronder.

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

Het SCP is een wetenschappelijk instituut dat zelfstandig onderzoek doet en op basis hiervan gevraagd en ongevraagd adviezen uitbrengt. Het SCP staat als wetenschappelijk instituut ten dienste van het hele overheidsbeleid. Formeel valt het SCP onder de verantwoordelijkheid van de minister van VWS, de coördinerend minister voor het sociaal en cultureel beleid.

De taken van het SCP zijn:

- Het beschrijven en analyseren van de huidige en toekomstige sociale en culturele ontwikkelingen in Nederland en het periodiek hierover rapporteren aan het kabinet, de Tweede Kamer, de departementen en het algemene publiek.
- Het analyseren van sociale en culturele problemen, het opsporen van oorzaken en gevolgen en het op basis hiervan bijdragen aan verantwoorde beleidskeuzen.
- Het beschrijven en analyseren van beleidsprocessen -en resultaten en het evalueren hiervan aan de hand van algemene beleidsprincipes en specifieke beleidsdoelstellingen.

Eens per twee jaar legt het SCP zijn activiteiten vast in een werkprogramma. De directie van het SCP stelt hiertoe een conceptwerkprogramma op, op basis van consultatie van maatschappelijke organisaties, wetenschappelijke (collega)instellingen en departementen. Dit concept wordt voorgelegd aan het Begeleidingscollege, bestaande uit enkele onafhankelijke leden en vertegenwoordigers uit de kringen van de wetenschap (Koninklijke Nederlandse Academie voor Wetenschappen), politiek (wetenschappelijke bureaus van de politieke partijen) en bestuur (departementen, Vereniging Nederlandse Gemeente en Inter Provinciaal Overleg). Vervolgens brengt de Commissie Sociaal en Cultureel Beleid advies uit en stellen wij het vast, na raadpleging van collega-ministers.

Wij hebben begin 2002 het werkprogramma 2002–2003 van het SCP vastgesteld. Dit programma omvat het opstellen van de vaste periodieke algemene rapportages, zoals het Sociaal en Cultureel Rapport (september 2002) en de Sociale Staat van Nederland (september 2003), en specifieke rapporten over bevolkingscategorieën (ouderen, gehandicapten, jeugd, minderheden) en bepaalde beleidsgerichte thema's (emancipatie, armoede, cultuur en sport). Daarnaast verricht het SCP onderzoeken op een aantal beleidsterreinen, zoals arbeid, inkomen en sociale zekerheid, onderwijs, zorg, welzijn, mobiliteit, wonen en veiligheid. Verder staan er diverse algemene en intersectorale onderwerpen op de onderzoeksagenda, zoals tijdsbesteding, veranderingen in waarden en normen, de verspreiding en het gebruik van nieuwe media (ICT), risicosamenleving, de combinatie van arbeid en zorg, de positie van boeren, de ontwikkeling van politieke en maatschappelijke participatie en de doelmatigheid in de quataire sector. Ook zijn er enkele internationale projecten waaraan het SCP een bijdrage levert. Ten slotte maakt het SCP, deels samen met het Centraal Planbureau, ramingen voor de quataire dienstverlening. Voor deze studies gebruikt het planbureau primair gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Aanvullend geeft het bureau opdracht voor eigen veldonderzoek. Hoewel het werkprogramma in nauw overleg met de departementen wordt vastgesteld, zijn er elk jaar weer belangrijke ad-hocverzoeken van departementen die in het programma moeten worden ingepast. Dit gebeurt zowel via de weg van herprioritering binnen het vastgestelde werkprogramma als via additionele financiering. Een voorbeeld hiervan is de evaluatie van de Welzijnswet en het onderzoek naar kenniscentra.

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

De activiteiten van het SCP kunnen in de volgende rubrieken worden ondergebracht (zie ook tabel 1):

- het publiceren van onderzoeksrapporten en adviezen in de publicatierreeksen van het SCP;
- het uitvoeren van surveys en het ontwikkelen van (ramings)modellen;

- het schrijven van (wetenschappelijke) artikelen in vaktijdschriften, van algemene artikelen in bijvoorbeeld vakbladen en algemene media en het verzorgen van presentaties;
- het verrichten van commissiewerkzaamheden, waaronder het voeren van het secretariaat van de Commissie Sociaal en Cultureel Beleid.

Tabel 1: Prestatiegegevens 2003		
Output	Input	Kosten
		(x € 1000)
(uren wetenschappelijk onderzoek)		
a. Rapporten en adviezen (25 rapporten)	58 323 uur	5 426
b. Surveys en modellen	4 778 uur	445
c. Prestaties/artikelen	5 692 uur	529
d. Commissiewerkzaamheden	1 476 uur	137
Totaal	70 269 uur	6 537

#### 14.2.6 Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO): het adviseren over algemene maatschappelijke ontwikkelingen

De RMO richt zich primair op de gevolgen van maatschappelijke ontwikkelingen voor beleidsontwikkeling, voorzover deze van invloed zijn op de participatie van burgers in de samenleving en de stabiliteit van de samenleving.

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

De RMO verzorgt adviezen op verzoek van het kabinet, dat jaarlijks een adviesprogramma vaststelt. Daarnaast kunnen de Eerste en de Tweede Kamer een verzoek om advies doen en kan de RMO ook op eigen initiatief een advies uitbrengen. In het werkprogramma 2002–2003 zijn acht thema's opgenomen. Naar verwachting brengt de RMO daarvan de volgende twee adviezen in 2003 uit:

- **Maatwerk in het Europese sociale beleid**  
De start van dit advies hangt af van de voortgang van het advies Schaarsteparadigma. Daarin besteedt de Raad aandacht aan de wijze waarop EU-initiatieven op sociaal terrein aansluiten bij veranderingen in de balans tussen publieke en private voorzieningen. De raad zal met het nieuwe kabinet nader overleggen over de specifieke vraagstelling van dit advies.
- **Sociale gevolgen van ontwikkelingen in de humane genetica**  
Op het terrein van de humane genetica komt in toenemende mate kennis beschikbaar waarmee risico's op erfelijke aandoeningen op grote schaal kunnen worden opgespoord. De raad legt in dit advies de nadruk op de sociale gevolgen van genetica. Het adviestraject is opgedeeld in twee fasen. De eerste inventariserende fase wordt afgerond met een mogelijke specifieke vraagstelling. Over deze vraagstelling zal politiek overleg plaatsvinden voor aanvang van de tweede fase.

Het werkprogramma van de RMO biedt bovenop deze twee adviezen ruimte voor een extra adviesvraag van het nieuwe kabinet. Verder brengt de RMO een jaarverslag uit waarin gerealiseerde activiteiten en producten uitgebreid aan de orde komen.

#### **14.2.7 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ): het adviseren over zorgthema's en volksgezondheid**

De RVZ heeft tot taak een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van een visie en aan strategische beleidskeuzen op het terrein van volksgezondheid en zorg.

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

De RVZ verzorgt adviezen op verzoek van het kabinet, dat jaarlijks een adviesprogramma vaststelt. Daarnaast kan zowel de Eerste als de Tweede Kamer een verzoek om advies doen en kan de RVZ ook op eigen initiatief een advies uitbrengen. Voor het werkprogramma 2002–2003 concentreren de adviezen van de RVZ zich rond drie thema's:

- Eigen verantwoordelijkheid van de burger. Hierbij staat de vraag centraal hoe we omgaan met beter geïnformeerde, mondige en welvarende burgers in relatie tot beperkte middelen voor gezondheidszorg in een systeem van publiek-private samenwerking. Ook is de biowetenschappelijke ontwikkeling relevant.
- Beroepsuitoefening en arbeidsmarkt. Hierin staan professionalisering en vooral taakherschikking binnen professies en tussen professies centraal. Verder adviseert de RVZ over arbeidsmarktproblemen.
- Marktwerking. De RVZ adviseert over mogelijkheden voor marktwerking in de medisch-specialistische zorg en over marktconcentraties.

##### *Indicatie prestatiegegevens*

In 2002 brengt de RVZ vijf van de door VWS gevraagde adviezen uit. Voor 2003 zijn, vooruitlopend op een nieuw werkprogramma, op dit moment eveneens vijf gevraagde adviezen geprogrammeerd.

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

De Gezondheidsraad heeft tot taak de ministers en de Eerste en Tweede Kamer voor te lichten over de stand van wetenschap in vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid. De taakopdracht strekt zich ook uit tot het signaleren van ontwikkelingen die voor het overheidsbeleid relevant zijn.

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

De GR brengt gevraagd en ongevraagd advies uit. Er zijn circa veertig commissies en beraadgroepen actief met het opstellen van adviezen. In de advisering worden zowel leden van de GR als andere deskundigen betrokken (circa 500 personen in totaal).

Het werkterrein van de GR omvat de volgende onderwerpen: geneeskunde, gezondheidszorg, milieuhygiëne, voeding, arbeidshygiëne en leefomstandigheden. Het werkprogramma 2003, dat in september 2002 door ons zal worden vastgesteld, beschrijft de onderwerpen voor 2002. Wanneer nieuwe onderwerpen ter hand worden genomen hangt af van de prioriteiten die wij stellen en de capaciteit die binnen het secretariaat beschikbaar komt om lopende projecten te voltooien. Door onvoorziene adviesaanvragen kunnen eerder gestelde prioriteiten veranderen.

De GR brengt een eigen jaarverslag uit waarin gerealiseerde activiteiten en producten uitgebreid worden toegelicht.

#### **14.2.9 Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO): het adviseren over zorgthema's en volksgezondheidsaspecten**

De RGO is een van de vijf sectorraden en heeft tot taak de ministers van VWS, OCenW en EZ te adviseren over prioriteiten in het gezondheidsonderzoek, de daarbij behorende kennisinfrastructuur en de technologieontwikkeling in de gezondheidssector.

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

De RGO brengt adviezen uit op verzoek van de betrokken ministers, die daartoe jaarlijks het werkprogramma van de raad vaststellen. Daarnaast kan de RGO uit eigen beweging voorstellen doen op basis van het door de ministers vastgestelde beleid. Voor 2002 en 2003 worden adviezen verwacht over de volgende thema's.

Adviezen af te ronden in 2002:

- Onderzoek traumazorg
- Knarsende Schakels, technologische innovatie en gezondheidszorg
- Onderzoek gehoorstoornissen
- Kennisinfrastructuur Public Health
- Onderzoek fysiotherapie
- Transmurale zorgtechniek (i.s.m. Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STT))
- Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde

Adviezen verwacht in 2003

- Infectieziekten
- Verpleeghuisgeneeskunde
- Verzekeringsgeneeskunde
- Prioritering Health Technology Assessment (HTA)-onderzoek
- Gentechnologie (i.s.m. STT)
- Participatie in het advies Natuur en Gezondheid van de Raad voor Ruimtelijk, Milieu- en Natuuronderzoek (RMNO)
- Participatie in het advies van de Gezondheidsraad (GR) over gezondheidsbevorderende ingrediënten

Daarnaast verzorgt de RGO het secretariaat van het Platform Health Technology Assessment, dat zich bezighoudt met voorstellen over de richting en programmering van HTA-onderzoek. Het RGO brengt een eigen jaarverslag uit waarin gerealiseerde activiteiten en producten worden toegelicht.

#### **14.2.10 Personeel en materieel kernministerie**

In deze paragraaf worden de apparaatsuitgaven van het kernministerie beschreven die geen directe relatie hebben met de doelstelling zoals opgenomen bij de voorgaande beleidsartikelen. Het betreft de personele en materiële uitgaven voor stafdiensten, facilitaire diensten en de uitgaven voor huisvesting. In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de verdeling van het beschikbare aantal fte's over de verschillende artikelen.

**Tabel 2: Overzicht verdeling beschikbaar aantal fte's**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006/7
<b>PERSONEEL KERNMINISTERIE</b>						
<i>Aantal fte's stafdirecties</i>	388,99	411,06	411,06	411,06	411,06	411,06
<i>Aantal fte's facilitaire dienstverlening</i>	309,01	311,08	311,08	311,08	311,08	311,08
<i>Aantal fte's toegekend aan beleidsartikelen</i>						
Gezondheidsbevordering en -bescherming	120,31	112,98	112,98	112,98	112,98	112,98
Curatieve Somatische Zorg	141,69	165,68	165,68	165,68	165,68	165,68
Geestelijke gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke opvang	50,85	47,85	47,85	47,85	47,85	47,85
Gehandicaptenzorg	54,50	52,50	52,50	52,50	52,50	52,50
Verpleging, Verzorging en Ouderenzorg	51,70	51,70	51,70	51,70	51,70	51,70
Arbeidsmarktbeleid	30,50	30,50	30,50	30,50	30,50	30,50
Jeugdbeleid	43,30	43,30	43,30	43,30	43,30	43,30
Sociaal beleid	54,18	49,18	49,18	49,18	49,18	49,18
Sportbeleid	34,60	34,60	34,60	34,60	34,60	34,60
Verzetsdeelnemers, vervolgd en burgeroorlogs- getroffenen	15,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00
<i>Totaal aantal fte's kernministerie</i>	<i>1 294,63</i>	<i>1 322,43</i>	<i>1 322,43</i>	<i>1 322,43</i>	<i>1 322,43</i>	<i>1 322,43</i>
<b>PERSONEEL OVERIG MINISTERIE</b>						
<i>Aantal fte's Inspectie voor de Gezondheidszorg</i>	<i>367,85</i>	<i>365,85</i>	<i>365,85</i>	<i>365,85</i>	<i>365,85</i>	<i>365,85</i>
<i>Aantal fte's Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugd- bescherming</i>	<i>30,50</i>	<i>30,50</i>	<i>30,50</i>	<i>30,50</i>	<i>30,50</i>	<i>30,50</i>
<i>Aantal fte's RIVM</i>	<i>1 377,80</i>	<i>1 377,80</i>	<i>1 377,80</i>	<i>1 377,80</i>	<i>1 377,80</i>	<i>1 377,80</i>
<i>Aantal fte's raden, colleges, SCP</i>	<i>181,99</i>	<i>179,14</i>	<i>179,14</i>	<i>179,14</i>	<i>179,14</i>	<i>179,14</i>
<b>PERSONEEL BATEN-LASTENDIENSTEN</b>						
<i>Aantal fte's Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen</i>	<i>110,00</i>	<i>110,00</i>	<i>110,00</i>	<i>110,00</i>	<i>110,00</i>	<i>110,00</i>
<i>Aantal fte's Agentschap Keuringsdienst van Waren</i>	<i>877,00</i>	<i>877,00</i>	<i>877,00</i>	<i>877,00</i>	<i>877,00</i>	<i>877,00</i>
<b>Totaal aantal fte's VWS</b>	<b>4 239,77</b>	<b>4 262,72</b>	<b>4 262,72</b>	<b>4 262,72</b>	<b>4 262,72</b>	<b>4 262,72</b>



### 14.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x € 1000

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Verplichtingen</b>	173 179	166 073	148 813	142 492	135 371	135 434	135 377
<b>Uitgaven (totaal)</b>	<b>193 583</b>	<b>167 107</b>	<b>149 142</b>	<b>142 717</b>	<b>135 371</b>	<b>135 434</b>	<b>135 377</b>
<b>Programmauitgaven (totaal)</b>	41 565	43 912	31 251	26 053	22 601	22 590	22 583
Bevorderen internationale samenwerking		2 104	2 138	2 149	2 145	2 151	2 151
Bevorderen informatiebeleid in de zorg		822	827	831	830	832	832
Vraaggestuurd systeem/zorg op maat (awbz)		39 556	26 708	21 487	19 626	19 607	19 600
Stelselherziening		1 430	1 578	1 586	0	0	0
<b>Apparaatsuitgaven</b>	152 018	123 195	117 891	116 664	112 770	112 844	112 794
Sociaal en cultureel planbureau		7 693	6 916	6 695	6 697	6 695	6 695
Raad voor de maatschappelijke ontwikkeling		1 363	1 357	1 357	1 357	1 356	1 356
Raad voor de volksgezondheid en de zorg		3 416	2 988	2 986	2 986	2 982	2 980
Gezondheidsraad		5 290	5 247	5 099	4 646	4 639	4 636
Raad voor gezondheidsonderzoek		559	543	542	542	542	542
Personeel en materieel kernministerie		104 873	100 840	99 985	96 542	96 630	96 585
<b>Ontvangsten</b>	7 190	4 426	3 555	3 555	3 555	3 555	3 555

### 14.4 Budgetflexibiliteit

Bedragen x € 1000

	2003		2004		2005		2006		2007	
<b>Totaal geraamde kasuitgaven</b>		<b>149 142</b>		<b>142 717</b>		<b>135 371</b>		<b>135 434</b>		<b>135 377</b>
– <i>apparaatsuitgaven</i>		117 891		116 664		112 770		112 844		112 794
Dus programma-uitgaven		31 251		26 053		22 601		22 590		22 583
<i>Waarvan juridisch verplicht</i>	48%	15 000	4%	1 000	0%	0	0%	0	0%	0
<i>Waarvan complementair noodzakelijk en/of bestuurlijk gebonden</i>			36%	9 500	42%	9 500	42%	9 500	42%	9 500
<i>Waarvan Beleidsmatige reserveringen</i>	52%	16 251	60%	15 553	58%	13 101	58%	13 090	58%	13 083
<i>Waarvan Overig budget</i>										
Totaal	100%	31 251	100%	26 053	100%	22 601	100%	22 590	100%	22 583

De programma-uitgaven op dit artikel betreffen voornamelijk door de Tweede Kamer als belangrijk aangemerkte projecten zoals het project modernisering care en de stelselherziening. De beleidsmatige reserveringen zijn nodig om deze projecten tot een goed resultaat te brengen.

## NIET-BELEIDSARTIKEL 15: NOMINAAL EN ONVOORZIEN

### 15.1 Algemeen

Het laatste artikel van deze begroting, artikel 15, is een technisch, administratief artikel. Op dit artikel worden middelen voor de loon- en prijsbijstelling geraamd, voordat ze worden overgeheveld naar de desbetreffende beleidsartikelen. Ook kunnen in dit artikel de onvoorziene uitgaven worden geraamd. Omdat het een administratief artikel betreft, mag de begroting een negatief bedrag bevatten; bijvoorbeeld om nog niet ingevulde taakstellingen te boeken. Het artikel moet in de verantwoording op nul sluiten.

### 15.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x € 1 000

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Verplichtingen	0	7 767	- 40 034	- 39 083	- 40 185	- 46 674	- 46 271
Uitgaven (totaal)	0	7 767	- 40 034	- 39 083	- 40 185	- 46 674	- 46 271
Ontvangsten	0	0	0	0	0	0	0

In afwachting van een nadere concrete invulling, staan op dit artikel de volgende taakstellingen geboekt:

1. Uit het Strategisch Akkoord:
  - a. een taakstelling vermindering inhuur van externen;
  - b. een efficiency (4%) – en volumetaakstelling (3%);
  - c. een generieke subsidietaakstelling;
  - d. 25% van de prijsbijstelling 2002.
2. Aanvullende taakstellingen na het Strategisch Akkoord:
  - a. Versnelde invoering en verhoging van de taakstellingen op subsidies
  - b. Versnelde invoering van de volumetaakstelling
3. Aanvulling liquiditeit ZON/MW (zie paragraaf 1.2.7)
4. Taakstellingen, die noodzakelijk zijn om knelpunten elders binnen de begroting op te lossen.

Het streven is er op gericht deze taakstellingen, zorgvuldig en gericht, concreet in te vullen. De kamer wordt daarover zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk bij de 1e suppletore begroting 2003 nader geïnformeerd.

Door de Tweede Kamer is bij de behandeling van de 1e suppletore wet 2002 een aantal amendementen ingediend. Het merendeel van deze amendementen is in voorliggende begroting verwerkt. Twee van deze amendementen zijn ingediend door het kamerlid Arib c.s. De eerste beoogde een kleinschaligheidstoelage voor kleine en middelgrote ziekenhuizen te introduceren (28 321 nr. 13). De tweede beoogde het activiteitenaanbod in algemeen psychiatrische ziekenhuizen (apz'en) te verbeteren (28 321 nr. 14). Deze amendementen moesten worden gedekt uit de extra opbrengst kortingen en bonussen bij de geneesmiddelen («clawback»). Het vorige kabinet heeft besloten om de hierboven genoemde extra opbrengst echter in te zetten voor het realiseren van extra zorgproductie. Ook in het Strategisch Akkoord wordt prioriteit gegeven aan het leveren van extra productie teneinde verzekeringsaanspraken te kunnen honoreren. Dit betekent dat er voor de introductie

van een kleinschaligheidstoelage bij kleine en middelgrote ziekenhuizen en voor de kwaliteitsverbetering van de dagactiviteiten in apz'en geen middelen beschikbaar worden gesteld.

## BATEN-LASTENDIENSTEN

Onder de verantwoordelijkheid van de minister van VWS ressorteren twee baten-lastendiensten: het agentschap «Keuringsdienst van Waren» en het agentschap «College ter Beoordeling van Geneesmiddelen». In deze paragraaf wordt een toelichting gegeven op de begroting van baten en lasten van deze diensten. Beleidsmatig zijn de werkzaamheden van deze agentschappen toegelicht op beleidsartikel 2 voor het agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen en op beleidsartikel 11 voor het agentschap Keuringsdienst van Waren.

### 1.1 Keuringsdienst van Waren

De Keuringsdienst van Waren bestaat uit de Algemene Directie te 's-Gravenhage en vijf regionale diensten te weten: Noord, Noord-West, Oost, Zuid en Zuid-West.

Aan elke regionale dienst is, naast een basis takenpakket, een speciaal aandachtsgebied toegewezen. Deze aandachtsgebieden zijn bedoeld om de landelijke uitvoering van toezicht en opsporing te ondersteunen. De regionale diensten beschikken over eigen laboratoria. Daardoor kunnen de controleurs van de regionale keuringsdiensten hun monsters binnen korte tijd onderzoeken. Deze organisatievorm maakt bovendien snel en gericht ingrijpen mogelijk en levert daarmee een bijdrage aan de (gezondheids)bescherming van de Nederlandse bevolking. De Keuringsdienst van Waren beschikt over een eigen internetsite ([www.keuringsdienstvanwaren.nl](http://www.keuringsdienstvanwaren.nl)) met daarop nadere informatie.

In de onderstaande tabel wordt inzicht gegeven in de kostprijsontwikkeling van de belangrijkste typen monsters/inspecties over 1999–2002. Gecorrigeerd voor de jaarlijkse loon- en prijsbijstelling is sprake van dalende kostprijzen. De kostprijzen voor 2003 worden meegenomen in de managementafspraken 2003 tussen de KvW en het moederdepartement, die naar verwachting in het najaar van 2002 uitkomt.

<b>Tabel 1: Kostprijsontwikkeling</b>				
Kostprijs (€)	1999	2000	2001	2002
Inspectie Food	202	264	265	212
Monster Micro	86	120	119	108
Monster Chemie	158	162	141	146

De begroting 2003 geeft een overzicht van de baten en lasten van de Keuringsdienst van Waren op het prijspeil van het jaar 2001. Op basis van geraamde aantallen producten (de inspecties, monsternemingen) en de integrale kostprijs die voor de producten is berekend, wordt een managementafpraak tussen de KvW en het moederdepartement opgesteld waarover verrekening plaatsvindt.

**Tabel 1: De begroting van baten en lasten van het agentschap Keuringsdienst van Waren (Bedragen x € 1 000)**

Baten	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Opbrengst Moederdepartement (productie)	65 426	69 251	69 052	68 937	68 958	68 958	68 958
Opbrengst Overige departementen							
Opbrengst tweeden/derden *	1 109	902	817	817	817	817	817
Buitengewone baten **	1 433						
<b>Totaal Baten</b>	<b>67 968</b>	<b>70 153</b>	<b>69 869</b>	<b>69 754</b>	<b>69 775</b>	<b>69 775</b>	<b>69 775</b>
<b>Lasten</b>							
Personele kosten	44 216	44 600	45 563	46 107	46 548	46 953	47 259
Materiële kosten	13 922	15 800	13 299	13 426	13 517	13 601	13 665
Huurkosten	5 388	5 648	6 025	5 279	5 279	5 279	5 279
Rentelasten	425	700	862	812	757	710	605
Afschrijvingskosten	3 143	3 659	4 005	4 010	3 740	3 482	3 035
Dotaties voorzieningen	903	0	250	250	250	250	250
Buitengewone lasten	34						
<b>Totaal lasten</b>	<b>68 031</b>	<b>70 407</b>	<b>70 004</b>	<b>69 884</b>	<b>70 091</b>	<b>70 275</b>	<b>70 093</b>
<b>Saldo van baten en lasten</b>	<b>- 63</b>	<b>- 254</b>	<b>- 135</b>	<b>- 131</b>	<b>- 316</b>	<b>- 500</b>	<b>- 318</b>

\* Opbrengst tweeden/derden: de opbrengst derden vloeit voornamelijk voort uit de afgifte van verklaringen voor de export.

\*\* De buitengewone baten zijn inclusief € 201 000 aan rente baten.

## Baten

### Moederdepartement

De opbrengst van het moederdepartement kan verdeeld worden over de volgende productgroepen.

<b>Tabel 2: opbrengst moederdepartement naar productgroepen (x € 1 mln)</b>						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Inspecties	39,5	43,0	43,0	42,9	42,9	42,9
Monsteronderzoeken	17,8	14,1	14,0	14,1	14,1	14,1
Signaleringsprojecten	11,9	11,9	11,9	11,9	11,9	11,9
<b>Totaal</b>	<b>69,2</b>	<b>69,0</b>	<b>68,9</b>	<b>68,9</b>	<b>68,9</b>	<b>68,9</b>

## Lasten

### De personeelskosten

<b>Tabel 3: personeelskosten (x € 1 mln)</b>						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Salarissen	42,5	43,4	44,0	44,4	44,7	45,0
Overige P-kosten	2,1	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2
<b>Totaal</b>	<b>44,6</b>	<b>45,5</b>	<b>46,1</b>	<b>46,5</b>	<b>46,9</b>	<b>47,2</b>
Aantal fte	960	974	971	965	959	952
Gemiddelde kosten per fte (in €)	46 458	46 803	47 484	48 236	48 961	49 642

De personeelskosten zijn opgebouwd uit salariskosten en overige personeelskosten. Tevens worden in de tabel het aantal fte's alsmede de gemiddelde personeelskosten per fte vermeld.

#### Materiële kosten

De materiële kosten bestaan uit: chemicaliën en utensiliën, reis- en verblijfkosten, bureau-, huisvesting-, onderhoud-, auto-, uitbestede signaleringskosten alsmede kosten voor flankerend beleid (verhuis- en reiskosten) en automatiseringskosten.

De huurkosten zijn apart genoemd. Deze kosten vallen in 2003 hoger uit door de dubbele huurlasten van de bestaande en de nieuwe locaties van de regio's Zuid en Zuid-West, na 2003 nemen deze weer af.

#### Afschrijvings- en rentelasten

De rentelasten worden veroorzaakt door het aantrekken van vreemd vermogen via de leenfaciliteit teneinde vaste activa aan te kunnen schaffen en zijn berekend op basis van de laatst bekende rentepercentage. De afschrijvingen zijn bepaald op basis van in onderstaande tabel vermelde afschrijvingstermijnen. Hierbij is zoals te doen gebruikelijk bij de KvW, de helft van de normale afschrijvingen berekend in het jaar van aanschaf.

<b>Tabel 4: afschrijvingen (x € 1 000)</b>							
	Afschrijvings term. in (jaren)	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Laboratoriumapparatuur	10	1 308	1 384	1 382	1 393	1 433	1 448
Hulpapparatuur	5	161	193	232	272	254	197
Dienstauto's	5	592	713	740	567	340	188
Inventaris	10	275	399	423	426	430	433
Soft- en hardware incl. pilot Visio	3/5	1 323	1 316	1 233	1 082	1 025	769
<b>Totaal</b>		<b>3 659</b>	<b>4 005</b>	<b>4 010</b>	<b>3 740</b>	<b>3 482</b>	<b>3 035</b>

*Dotaties voorzieningen*

De dotaties aan de voorzieningen betreffen wachtgeldverplichtingen.

**Tabel 5: De toelichting op de staat van kapitaaluitgaven en kapitaalontvangsten:  
Het kasstroomoverzicht van het agentschap Keuringsdienst van Waren (Bedragen x € 1 000)**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Rekening courant RHB 1-1</b>	<b>2 800</b>	<b>5 892</b>	<b>5 907</b>	<b>6 007</b>	<b>6 274</b>	<b>6 483</b>	<b>6 515</b>
Totaal operationele kasstroom	7 203	3 405	3 870	3 879	3 424	2 982	2 717
Totaal investeringen -/-	4 051	8 791	3 176	2 269	2 269	2 269	2 269
Totaal boekwaarde desinvesteringen	0	0	0	0	0	0	0
Totaal investeringskasstroom	- 4 051	- 8 791	- 3 176	- 2 269	- 2 269	- 2 269	- 2 269
Eenmalige uitkering aan moederdepartement	- 1 872						
Eenmalige storting door moederdepartement							
Aflossing op leningen	- 2 317	- 3 312	- 3 770	- 3 612	- 3 215	- 2 950	- 2 737
Beroep op leenfaciliteit	4 129	8 713	3 176	2 269	2 269	2 269	2 269
Totaal financieringskasstroom	- 60	5 401	- 594	- 1 343	- 946	- 681	- 468
<b>Rekening courant RHB 31-12</b>	<b>5 892</b>	<b>5 907</b>	<b>6 007</b>	<b>6 274</b>	<b>6 483</b>	<b>6 515</b>	<b>6 495</b>

**Tabel 6: Overzicht vermogensontwikkeling (x € 1 000)  
agentschap Keuringsdienst van Waren**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Eigen vermogen per 1/1</b>	<b>5 067</b>	<b>3 132</b>	<b>2 878</b>	<b>2 744</b>	<b>2 613</b>	<b>2 297</b>	<b>1 797</b>
Saldo van baten en lasten **	- 63	- 254	- 134	- 131	- 316	- 500	- 318
Directe mutaties in het eigen vermogen							
- uitkering aan moederdepartement *	- 1 872						
<b>Eigen vermogen per 31/12</b>	<b>3 132</b>	<b>2 878</b>	<b>2 744</b>	<b>2 613</b>	<b>2 297</b>	<b>1 797</b>	<b>1 479</b>

\* De uitkering aan het moederdepartement bestaat uit afroaming van het Eigen Vermogen over het jaar 2000.

\*\* Het huidige in gebruik zijnde informatiesysteem ter ondersteuning van het primaire proces is verouderd. Oorspronkelijk was het de bedoeling dat er integrale besluitvorming over de vervanging hiervan zou plaatsvinden. Omdat de praktijk weerbarstiger bleek, is besloten tot een «vernieuwend scenario». Dit is een scenario waarbij de mogelijkheid tot tussentijdse bijsturing en zelfs omkering aan de orde kunnen zijn. Er wordt nu een pilotstudie uitgevoerd voor de Drank- en Horecawet. Na de evaluatie van deze pilot zal worden besloten of de beoogde vernieuwing integraal kan worden doorgevoerd en zo ja, in welk tempo. Tot dit moment zijn alleen de kosten van de pilotstudie opgenomen in de begroting.

**Tabel 7: Agentschap Keuringsdienst van Waren  
Consolidatie-overzicht baten-lastendiensten (x € 1 000 )**

Baten-lastendienst Keuringsdienst van Waren	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Rekening courant RHB 1 januari</b>	0	2 800	5 892	5 907	6 007	6 274	6 483	6 515
- Saldo van baten en lasten	1 347	- 63	- 254	- 135	- 131	- 316	- 500	- 318
+ Afschrijvingen	2 584	3 143	3 659	4 005	4 010	3 740	3 482	3 035
- toename balanspost kas	598	13						
- Afname voorraden	- 17	232						
- toename kortlopende vorderingen	- 2 869	3 339						
waarvan deel rijk	0							
waarvan deel derden	0							
- Afname balanspost voorzieningen	334	191						
- Afname balanspost kortlopende schulden	2 883	349						
<b>Totaal operationele kasstroom</b>	<b>4 860</b>	<b>7 203</b>	<b>3 405</b>	<b>3 870</b>	<b>3 879</b>	<b>3 424</b>	<b>2 982</b>	<b>2 717</b>
Uitgaven onroerende zaken								
- Totaal investeringen	- 5 355	- 4 051	- 8 713	- 3 176	- 2 269	- 2 269	- 2 269	- 2 269
+ Totaal boekwaarde desinvesteringen								
<b>Totaal investeringskastroom</b>	<b>- 5 355</b>	<b>- 4 051</b>	<b>- 8 713</b>	<b>- 3 176</b>	<b>- 2 269</b>	<b>- 2 269</b>	<b>- 2 269</b>	<b>- 2 269</b>
- Eenmalige uitkering aan moederdepartement	- 4 814	- 1 872						
+ Eenmalige storting door moederdepartement								
- Aflossingen op leningen	- 1 515	- 2 317	- 3 312	- 3 770	- 3 612	- 3 215	- 2 950	- 2 737
+ Beroep op leenfaciliteit	9 624	4 129	8 713	3 176	2 269	2 269	2 269	2 269
<b>Totaal financieringskastroom</b>	<b>3 295</b>	<b>- 60</b>	<b>5 401</b>	<b>- 594</b>	<b>- 1 343</b>	<b>- 946</b>	<b>- 681</b>	<b>- 468</b>
<b>Rekening courant RHB 31 december</b>	<b>2 800</b>	<b>5 892</b>	<b>5 907</b>	<b>6 007</b>	<b>6 274</b>	<b>6 483</b>	<b>6 515</b>	<b>6 495</b>

## 1.2 Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen

### *Missie*

Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) levert een actieve bijdrage aan een goed en veilig gebruik van geneesmiddelen in Nederland. Om dit te bereiken, worden geneesmiddelen beoordeeld voordat ze op de markt worden toegelaten. Nadat ze toegelaten zijn, houdt het college de patiëntenbijsluiter en de productinformatie actueel aan de hand van voortschrijdende kennis van en ervaring met deze geneesmiddelen.

Het CBG beschikt over unieke kennis op het gebied van de ontwikkeling en de bewaking van geneesmiddelen. Omdat deze kennis ook op andere terreinen binnen de Nederlandse gezondheidszorg benut kan worden, streeft het CBG ernaar om die kennis breder in te zetten. Daarvoor worden de beoordelingsrapporten op de CBG-website ([www.cbg-meb.nl](http://www.cbg-meb.nl)) geplaatst. Inmiddels zijn ook de wetenschappelijke bijsluiters van alle geneesmiddelen hierop beschikbaar.

Het agentschap CBG (hierna te noemen ACBG) ondersteunt de taken van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, een zelfstandig bestuurorgaan. Het ACBG is de uitvoeringsorganisatie van het college. De taken van het college zijn neergelegd in artikel 29, lid 1 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening. Deze taken bestaan uit de beoordeling, de registratie en de bewaking van geneesmiddelen. Bij het inzetten van de expertise staat het belang van de geneesmiddelengebruiker centraal. Het college dient geneesmiddelen te beoordelen op louter wetenschappelijke gronden, zonder rekening te houden met politieke en economische



gronden. Bij de beoordeling staan de veiligheid, de kwaliteit en de werkzaamheid van het geneesmiddel – en de mogelijke schadelijkheid – voor de gezondheid van de geneesmiddelengebruiker centraal.

#### *Doelstellingen*

De missie van het CBG is actief een bijdrage te leveren aan een goed en veilig gebruik van geneesmiddelen in Nederland. Om deze missie te realiseren is een vijftal doelstellingen geformuleerd:

1. Geneesmiddelen op kritische wijze beoordelen.
2. Nauw betrokken zijn bij de Europese procedures. Tegenwoordig worden nieuwe geneesmiddelen mede via Europese procedures tot de Nederlandse markt toegelaten. Betrokkenheid bij de Europese registraties en de technische beleidsontwikkeling is dan ook van groot belang.
3. Geneesmiddelen op de markt monitoren en zo nodig maatregelen nemen.
4. Het beoordelingsproces transparant maken.
5. Het beoordelingsproces optimaliseren.

#### *Taken*

Het ACBG voert de volgende taken uit:

1. Het voorbereiden en uitvoeren van besluiten tot toelating en registratie, de weigering van toelating en de doorhaling van de registratie van geneesmiddelen, en het aanpassen van registratievoorwaarden aan de stand van de wetenschap. Het vaststellen van de afleverstatus van geneesmiddelen (uitsluitend recept of niet). Het actualiseren van «oude» registratiedossiers.
2. Het opstellen van beoordelingsrapporten over de ingediende aanvragen tot registratie of wijziging van de registratievoorwaarden. Een groot deel van de werkzaamheden wordt binnen het ACBG uitgevoerd, een deel wordt uitbesteed aan het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en ziekenhuizen. De communicatie met het bedrijfsleven, de beroepsgroepen en andere registratieautoriteiten vindt primair plaats vanuit het ACBG. De formele besluitvorming is en blijft uitsluitend een bevoegdheid van het college.
3. Het verrichten van beoordelingswerkzaamheden voor het Europees bureau voor de beoordeling van geneesmiddelen (EMA);
4. De coördinatie van de geneesmiddelenbewaking (Post Marketing Surveillance) en het screenen van meldingen over de noodzaak van interventie door het college of door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Hierbij gaat het om het verzamelen van meldingen die afkomstig zijn van het landelijk meldingssysteem, meldingen van de registratiehouders en meldingen van de individuele beroepsbeoefenaren, en het verzamelen van gegevens over meldingen uit andere lidstaten en meldingen die bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bekend zijn geworden.
5. Het opzetten en instandhouden van een systeem voor de registratie van homeopathische geneesmiddelen waarbij wordt beoordeeld in het kader van de zogenoemde «vereenvoudigde procedure». Dit betekent dat de beoordeling zich richt op de kwaliteit en de veiligheid van deze geneesmiddelen.

Dit leidt op hoofdlijnen tot een viertal «producten» van het agentschap:

1. Beoordelen van nationale aanvragen.
2. Beoordelen van Europese aanvragen.
3. Geneesmiddelenbewaking.
4. Beoordelen van homeopathische aanvragen.

In onderstaande tabel staan de aan de producten toegerekende baten en lasten vermeld. Bij de baten zijn hiertoe de tarieven direct toegerekend aan de producten. De tarieven zijn gebaseerd op het Besluit registratie geneesmiddelen (BRG) en het Besluit vergoedingen wet op de geneesmiddelenvoorziening.

Voor de doorberekening van de lasten is de basis de formatie van 122 fte's. De fte's van de afdelingen Geneesmiddelenbewaking en de afdeling Homeopathie worden direct toegerekend aan de respectievelijke producten. De fte's van de afdeling Registratie en de afdeling Klinici zijn verhoudingsgewijs toegerekend aan de producten nationale beoordelingen en Europese beoordelingen. De overige kosten zoals de salariskosten van met name de afdeling Bedrijfsvoering, de huisvestingskosten, bureaunkosten en afschrijvingen zijn naar rato van het aantal fte's over de vier producten verdeeld.

**Tabel 1: De begroting van baten en lasten voor het jaar 2003 (x €1000)  
Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Codering funct.
<b>BATEN</b>								
Nationale beoordelingen	11 142	11 133	11 468	11 812	12 166	12 531	12 907	05.0
Europese beoordelingen	2 497	2 147	2 209	2 250	2 293	2 336	2 381	05.0
Geneesmiddelenbewaking	0	0	0	0	0	0	0	05.0
Homeopathische beoordelingen	153	72	75	77	79	82	84	05.0
Overig	280	79	79	79	79	79	79	
<b>Totaal baten</b>	<b>14 072</b>	<b>13 431</b>	<b>13 831</b>	<b>14 218</b>	<b>14 617</b>	<b>15 028</b>	<b>15 451</b>	
<b>LASTEN</b>								
Nationale beoordelingen	5 922	5 783	6 560	6 738	6 921	7 110	7 304	05.0
Europese beoordelingen	3 575	4 116	3 960	4 067	4 177	4 291	4 409	05.0
Geneesmiddelenbewaking	2 225	2 382	2 405	2 472	2 541	2 612	2 686	05.0
Homeopathische beoordelingen	728	839	826	847	868	890	913	05.0
Overig	0	0	0	0	0	0	0	
<b>Totaal lasten</b>	<b>12 450</b>	<b>13 120</b>	<b>13 751</b>	<b>14 123</b>	<b>14 508</b>	<b>14 904</b>	<b>15 312</b>	
<b>Saldo van baten en lasten</b>	<b>1 622</b>	<b>311</b>	<b>80</b>	<b>95</b>	<b>109</b>	<b>124</b>	<b>139</b>	

## Baten

### *Opbrengst derden*

Voor het op de markt brengen van een geneesmiddel moet jaarlijks een vergoeding worden betaald. Zo dient er in Nederland betaald te worden voor allopathisch (€ 8,939 miljoen) en homeopathisch (€ 24 duizend) geregistreerde geneesmiddelen. Voor geneesmiddelen die door Nederland zijn beoordeeld voor Europa, wordt een deel van de door de EMEA ontvangen jaarvergoeding ontvangen (€ 180 duizend).

Daarnaast dient voor de beoordeling van nationale aanvragen betaald te worden (allopathisch € 2,529 miljoen; homeopathisch € 51 duizend). Omdat er voor beoordelingen verschillende tarieven gelden en er tevens rekening moet worden gehouden met de matching van baten en lasten, is het niet mogelijk een strikte prijs x aantal ( $P \times Q$ ) benadering toe te passen. Naast de beoordeling van Europese aanvragen worden tevens van de EMEA vergoedingen ontvangen voor beoordelingen (€ 2,029 miljoen).

### *Rente*

Voor het saldo op de rekening courant wordt een kleine rentevergoeding (€ 79 duizend) ontvangen.

## **Lasten**

### *Apparaatskosten*

- **Personeel**

Als gevolg van de toegenomen hoeveelheid werk zijn er thans ongeveer 122 fte (gemiddeld € 49 916) bij het ACBG werkzaam. Daarnaast betreft het de kosten van scholing, reiskosten, wachtgelden, uitzendkrachten en overige personeelskosten. In totaal gaat het om een bedrag van € 6,719 miljoen. In het kader van de registratie van humane geneesmiddelen verricht het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) beoordelingswerkzaamheden op chemisch-farmaceutisch en farmacologisch-toxicologisch gebied. Daarnaast heeft het ACBG bij diverse ziekenhuizen specialisten, die specifieke kennis hebben op bepaalde terreinen. De kosten hiervan bedragen op dit moment € 3,194 miljoen.

- **Materiële kosten**

De materiële kosten in verband met huisvesting, automatisering, repro en overige bureaunkosten bedragen € 91 duizend. Een bijdrage van € 120 duizend heeft betrekking op de departementale uitgaven ten behoeve van het ACBG, zoals bijvoorbeeld de salarisadministratie. De Stichting Landelijke Registratie Evaluatie Bijwerkingen (Lareb) is namens het ACBG belast met het opzetten van een nationaal systeem voor het verzamelen van spontane meldingen van (vermoede) bijwerkingen van geneesmiddelen, die in Nederland in de handel zijn. De totale kosten daarvan bedragen € 1,372 miljoen.

### *ZBO College*

De kosten van het ZBO College ter Beoordeling van Geneesmiddelen bedragen € 343 duizend.

*Afschrijvingskosten*

De afschrijvingskosten bedragen € 318 duizend.

**Tabel 2: Begroting van baten en lasten voor het jaar 2003 (x €1000)  
Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>BATEN</b>							
opbrengst moederdepartement	0	0	0	0	0	0	0
opbrengst overige departementen	0	0	0	0	0	0	0
opbrengst derden	13 792	13 352	13 752	14 139	14 538	14 949	15 372
rentebaten	124	79	79	79	79	79	79
buitengewone baten	156	0	0	0	0	0	0
exploitatiebijdrage	0	0	0	0	0	0	0
<b>Totaal baten</b>	<b>14 072</b>	<b>13 431</b>	<b>13 831</b>	<b>14 218</b>	<b>14 617</b>	<b>15 028</b>	<b>15 451</b>
<b>LASTEN</b>							
apparaatskosten							
* personele kosten	8 860	9 372	9 913	10 207	10 511	10 823	11 145
* materiële kosten	2 899	3 090	3 177	3 252	3 329	3 408	3 490
ZBO College	304	340	343	347	351	355	359
rentelasten	0	0	0	0	0	0	0
afschrijvingskosten							
* materieel	387	68	68	68	68	68	68
* immaterieel		250	250	250	250	250	250
dotaties voorzieningen	0	0	0	0	0	0	0
buitengewone lasten	0	0	0	0	0	0	0
<b>Totaal lasten</b>	<b>12 450</b>	<b>13 120</b>	<b>13 751</b>	<b>14 123</b>	<b>14 508</b>	<b>14 904</b>	<b>15 312</b>
<b>Saldo van baten en lasten</b>	<b>1 622</b>	<b>311</b>	<b>80</b>	<b>95</b>	<b>109</b>	<b>124</b>	<b>139</b>

Hierna zijn per product de prestatie-indicatoren aangegeven en voorzover mogelijk de bijbehorende getallen. Probleem hierbij is dat in de begroting veel van deze gegevens niet geraamd kunnen worden, maar dat ze achteraf wel uitstekend verantwoord kunnen worden. Dat komt doordat de input niet te sturen is. Deze gegevens zullen in de komende jaren beschikbaar komen. Daarnaast kan het ACBG niet in alle gevallen de gegevens beïnvloeden, omdat we in een aantal gevallen afhankelijk zijn van andere organisaties die werk voor ons verrichten.

*Product 1 Beoordelen van nationale aanvragen*

De baten bestaan uit de tarieven voor nieuwe aanvragen en wijzigingen en de jaarvergoedingen voor het op de markt kunnen brengen van een geneesmiddel, in dit geval het geregistreerd staan in Nederland. Het met de werkzaamheden gemoeide totaal aantal fte's (zowel direct als indirect) is circa 59. In het kader van de registratie van humane geneesmiddelen verricht het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) voor circa 15 fte's beoordelingswerkzaamheden op chemisch-farmaceutisch en farmacologisch-toxicologisch gebied.

**Tabel 3: Prestatiegegevens «Beoordelen van nationale aanvragen»**

Indicator:	2001	2002	2003 e.v.j.
Aantal aanvragen	472	450	450
Aantal wijzigingen type II	442	450	450
Aantal wetenschappelijke adviezen	54	50	50
Kostprijzen (€)	3 266	3 213	3 644
Wettelijke termijnen	78%	85%	90%
Totaal ingeschreven geneesmiddelen 31-12	10 184	10 100	10 000

### *Product 2 Beoordelen van Europese aanvragen*

Europese aanvragen worden via twee procedures beoordeeld: centraal en decentraal.

Bij de **centrale** procedure wordt een product in één keer op Europees niveau geregistreerd. De beoordelingsaanvraag wordt bij de EMEA in Londen ingediend, waarna deze een (co-)rapporteur (deskundigen uit de lidstaten) aanwijst die het beoordelingsrapport opstelt. De (co-)rapporteurschappen worden bij toerbeurt verdeeld, waarbij rekening wordt gehouden met de voorkeuren van fabrikanten en het feit dat niet alle lidstaten in staat zijn als (co-)rapporteur op te treden, of dat willen.

Bij de **decentrale** procedure, oftewel de wederzijdse erkenning-procedure (Mutual Recognition Procedure: MRP), wordt een product in verschillende lidstaten op nationaal niveau geregistreerd. Voor de aanvraag wordt gebruikgemaakt van een al verkregen handelsvergunning in één van de lidstaten (Reference Member State: RMS) en worden de overige lidstaten (Concerned Member State: CMS) verzocht tot erkenning van deze handelsvergunning over te gaan. Omdat de RMS de beoordelingsrapporten aan de overige lidstaten ter beschikking stelt, is het in principe niet meer nodig dat de overige lidstaten een gehele beoordeling van het geneesmiddel uitvoeren, waardoor snelle(re) besluitvorming mogelijk is.

De baten bestaan voornamelijk uit de tarieven voor de beoordeling van nieuwe aanvragen en wijzigingen. Zowel van de centrale als de decentrale procedures, scientific advices, maar ook uit de jaarvergoedingen voor de geregistreerde producten bij het EMEA waarvoor Nederland rapporteur was. Het met de werkzaamheden gemoeide totaal aantal fte's (zowel direct als indirect) is circa 36. Het RIVM verricht voor circa 10 fte's beoordelingswerkzaamheden op chemisch-farmaceutisch en farmacologisch-toxicologisch gebied.

**Tabel 4: Prestatiegegevens «Beoordelen van Europese aanvragen»**

Indicator:	2001	2002	2003 e.v.j.
Aantal beoordelingen rapporteurschappen	24	20	20
Aantal wetenschappelijke adviezen EMEA	15	15	15
Kostprijzen (€)	5 474	6 332	6 092
Wettelijke termijnen	100%	100%	100%
Aantal aanvragen RMS	34	35	35
Aantal aanvragen CMS	105	100	100
Aandeel binnen Europa:			
– Rapporteurschappen	20%	20%	20%
– Wetenschappelijke adviezen EMEA	23%	20%	20%

### *Product 3 Geneesmiddelenbewaking*

Er zijn geen directe tarieven. De lasten worden gefinancierd uit de opbrengsten van de jaarvergoedingen (zie product 1). Het met de werkzaamheden gemoeide totaal aantal fte's (zowel direct als indirect) is circa 16. De subsidie aan de Stichting Landelijke Registratie en Evaluatie Bijwerkingen (Lareb) is direct toegerekend aan de lasten. Lareb verzamelt, registreert en analyseert gegevens over bijwerkingen van in Nederland verkrijgbare geregistreerde geneesmiddelen. Lareb zet hiervoor circa 15 fte's in.

**Tabel 5: Prestatiegegevens «Geneesmiddelenbewaking»**

Indicator:	2001	2002	2003 e.v.j.
Aantal spontane meldingen bijwerkingen Lareb	3 018	3 000	3 000
Aantal ingeleverde rapporten	335	350	375
Afgeronde beoordelingen:			
1. Aantal periodieke veiligheidsrapporten (PSUR)	192	150	200
2. Aantal wijzigingen 1B-teksten (Type II)	26	25	25
3. Overige	11	15	15
	229	190	240

### *Product 4 Beoordelen van homeopathische aanvragen*

Vanaf 1996 is het CBG belast met de beoordeling van homeopathische middelen. Het CBG beoordeelt de aanvragen tot registratie voornamelijk op de criteria farmaceutische kwaliteit en veiligheid. Vanaf 2000 is dit registratieproces gestaag doorgedaan, omdat meer aanvragers dossiers indienden. De complexiteit in de beoordeling nam echter toe, zodat minder producten ook daadwerkelijk werden ingeschreven. Tevens werden er meer aanvragen gedaan, waarbij niet alleen de kwaliteit en veiligheid werden beoordeeld, maar ook de volledigheid, indicatie en 1B-teksten van deze producten. Het met de werkzaamheden gemoeide totaal aantal fte's (zowel direct als indirect) is circa 12.

**Tabel 6: Prestatiegegevens «Beoordelen van homeopathische aanvragen»**

Indicator:	2001	2002	2003 e.v.j.
Aantal aanvragen	1 094	350	500
– waarvan in dat jaar geregistreerd	288	–	–
Aantal beoordelingen	257	500	400
Kostprijzen (€)	626	1 225	1 046
Aantal inschrijvingen	449	850	400
Totaal aantal ingeschreven geneesmiddelen 31–12	1 953	2 803	3 203

#### *Groeimodel VBTB*

In deze begroting staan al meer gegevens over prestatie-indicatoren dan in de begroting 2002. Dat komt door een betere registratie van die gegevens. In 2002 zijn veel zaken gestart, dan wel afgerond: het afronden van de reorganisatie, het kritisch bekijken van de productlijst, het evalueren van de kostprijsystematiek, het opstellen van de AO en het inventariseren van de informatiebehoefte. Dit alles moet er toe leiden dat in 2003 de informatievoorziening in de begroting nog beter aansluit bij het VBTB-gedachtegoed en de informatiebehoefte van de leiding van het ACBG om de organisatie beter te kunnen sturen. Momenteel wordt tevens geïnvesteerd in activiteiten waarmee inzicht in de kostprijs kan worden verkregen.

Het agentschap CBG is al een paar jaar bezig om alle oude databases om te zetten naar één Oracle-omgeving. Hierbij worden direct de gegevens meegenomen die in de toekomst nodig zijn om een goede VBTB-begroting te maken en om de organisatie beter te kunnen sturen. Daartoe wordt op dit moment hard gewerkt aan het opstellen van een volledig nieuwe P&C-cyclus met een daaraan gekoppeld informatieplan. Uit dit plan zal duidelijk moeten worden welke informatie we op welk moment nodig hebben. Dit proces is in 2002 reeds van start gegaan en zal in 2003 worden voortgezet. In 2003 zullen waarschijnlijk de eerste resultaten daarvan zichtbaar worden.

**Tabel 7: Kasstroomoverzicht 2003 (x €1000)**  
**Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>1. Rekening courant RHB 1 januari (incl. deposito)</b>	<b>2 559</b>	<b>3 065</b>	<b>3 581</b>	<b>3 866</b>	<b>4 166</b>	<b>4 480</b>	<b>4 809</b>
2. Totaal operationele kasstroom	816	629	398	413	427	442	457
3a. +/- totaal investeringen	- 310	- 113	- 113	- 113	- 113	- 113	- 113
3b. +/- totaal boekwaarde desinvesteringen	-	-	-	-	-	-	-
3. Totaal investeringskasstroom	- 310	- 113	- 113	- 113	- 113	- 113	- 113
4a. +/- eenmalige uitkering aan moederdepartement	-	-	-	-	-	-	-
4b. +/- eenmalige storting door moederdepartement	-	-	-	-	-	-	-
4c. +/- aflossingen op leningen	-	-	-	-	-	-	-
4d. +/- beroep op leenfaciliteit	-	-	-	-	-	-	-
4. Totaal financieringskasstroom	0	0	0	0	0	0	0
<b>5. Rekening courant RHB 31 december (incl. deposito)</b> (=1+2+3+4) (maximale roodstand 0,5 miljoen euro)	<b>3 065</b>	<b>3 581</b>	<b>3 866</b>	<b>4 166</b>	<b>4 480</b>	<b>4 809</b>	<b>5 153</b>

**Tabel 8: Overzicht vermogensontwikkeling (x €1000)**  
**Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>1. Eigen vermogen per 1/1</b>	<b>102</b>	<b>1 724</b>	<b>2 035</b>	<b>2 115</b>	<b>2 210</b>	<b>2 319</b>	<b>2 443</b>
2. Saldo van baten en lasten	1 622	311	80	95	109	124	139
3a. uitkering aan moederdepartement	-	-	-	-	-	-	-
3b. bijdrage moederdepartement ter versterking EV	-	-	-	-	-	-	-
3c. overige mutaties	-	-	-	-	-	-	-
3. Directe mutaties in het eigen vermogen:	0	0	0	0	0	0	0
4. <b>Eigen vermogen per 31/12 1+2+3</b>	<b>1 724</b>	<b>2 035</b>	<b>2 115</b>	<b>2 210</b>	<b>2 319</b>	<b>2 443</b>	<b>2 582</b>

Het CBG verwacht voor de komende jaren geen financiële risico's te lopen.

Het agentschap streeft naar een klein positief saldo van baten en lasten als buffer om fluctuaties in de resultaten op te vangen. Er wordt dus niet aan structurele vermogensopbouw gedaan. Indien het vermogen van het ACBG boven de toegestane 5%-norm uitkomt, zal dat door middel van een tariefsverlaging worden teruggegeven.

De in 2001 overschreden 5%-grens van het eigen vermogen zal in 2002 en 2003 door middel van een verlaging van het tarief van de jaarvergoeding voor allopathische geneesmiddelen worden teruggedrukt naar de farmaceutische industrie.



## **BEDRIJFSVOERINGSPARAGRAAF**

### **Inleiding**

In dit hoofdstuk beschrijven we de bedrijfsvoering van het ministerie van VWS voor 2003. Het doel van dit hoofdstuk is informatie te verstrekken over ontwikkelingen of knelpunten in de bedrijfsvoering van het ministerie die van belang zijn om de beleidsdoelstellingen te realiseren. Bedrijfsvoering wordt rijksbreed gedefinieerd als alle processen die nodig zijn om de beleidsdoelstellingen te halen. Het gaat daarbij zowel om de primaire processen (hoe komt het beleid tot stand) als om de processen die hiervoor faciliterend zijn. Bij dat laatste kan worden gedacht aan personeelsbeleid, informatievoorziening, organisatie, financiën, automatisering en huisvesting. Ook de wijze waarop het toezicht op de instellingen is ingericht valt daaronder. De bedrijfsvoering van de afzonderlijke instellingen in het veld wordt niet meegerekend, dat is de verantwoordelijkheid van de instellingen zelf.

In het voorbeeldjaarverslag over 1998 en de sindsdien uitgebrachte jaarverslagen heeft VWS ook al informatie over de bedrijfsvoering opgenomen. Deze was echter nog niet gestoeld op een bij aanvang van het begrotingsjaar vastgesteld bedrijfsvoeringsjaarplan. Het doel van VWS is om vóór de start van het begrotingsjaar 2003 te kunnen beschikken over een bedrijfsvoeringsjaarplan waarin de voornemens op het gebied van de bedrijfsvoering op systematische wijze zijn vastgelegd. De informatie over de bedrijfsvoering in het jaarverslag 2003 zal een terugblik bevatten op dit jaarplan. In dit hoofdstuk gaan wij in op onze voornemens om de sturing en beheersing van de bedrijfsvoering te verbeteren. Ook stippen wij enkele majeure ontwikkelingen aan op het gebied van de bedrijfsvoering.

### **Groeiperspectief, voornemens**

Om in het jaarverslag 2003 een adequate mededeling te kunnen doen over de bedrijfsvoering zal binnen het ministerie een risicoanalyse worden gemaakt van kritische beheers- en beleidsprocessen. Om bedrijfsprocessen te kunnen sturen en beheersen, om verantwoording daarover af te leggen en toezicht daarop te kunnen houden, is het noodzakelijk om vooraf eisen of normen vast te stellen. Deze normen voor de verschillende bedrijfsprocessen zullen worden geformuleerd in het bedrijfsvoeringsjaarplan. Ook zullen uitgangspunten worden uitgewerkt om aandachtspunten op te nemen.

Het bedrijfsvoeringsplan 2003 zal de komende maanden vorm krijgen. De eerste conceptversie zal naar verwachting op tijd beschikbaar zijn om te fungeren als startpunt voor de jaarplannen van de verschillende dienstonderdelen. Hierbij wordt bijvoorbeeld gedacht aan: ontwikkelingen op het gebied van P&O-beleid, vernieuwing van de facilitaire dienstverlening, verbetering van de kennisontsluiting en de ontwikkelingen inzake de inrichting van een systeem voor geïntegreerde en transparante managementinformatie.

Om beter te kunnen sturen wordt de interne planning- en controlcyclus voor het jaar 2003 verder afgestemd op de (externe) begrotingscyclus. De verantwoordelijkheden binnen VWS worden helder belegd, onder andere door jaarplanafspraken. Het monitoren van het realiseren van doelstellingen, zowel van de beleidsdoelstellingen als van de PIOFAH-doelstellingen,

wordt nadrukkelijker dan voorheen onderdeel van de departementale planning- en controlcyclus. De wijze waarop het monitoren van de realisatie van de doelstellingen behoort te gebeuren, is vastgelegd in het handboek RPE (Regeling prestatiegegevens en evaluatieonderzoek) dat sinds 4 juli jl. van kracht is.

In de directiejaarplannen, in de voortgangsrapportages gedurende het jaar en in de jaarverslagen van de departementsonderdelen zal systematisch aandacht worden besteed aan de bedrijfsvoering van primaire en ondersteunende processen. Afspraken over de beheersing van de belangrijkste risico's maken daar deel van uit.

De mededeling over de bedrijfsvoering heeft betrekking op het ministerie als organisatie, dus inclusief de baten-lastendiensten (Keuringsdienst van Waren en Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen) en alle diensten die onder onze verantwoordelijkheid vallen. Het jaarplan 2003 zal naar verwachting nog niet de gehele reikwijdte van de ministeriële verantwoordelijkheid kunnen omspannen; wel zal moeten worden uitgewerkt hoe dat voor het begrotingsjaar 2004 het geval kan zijn.

### **Ontwikkelingen VBTB**

In 2002 is de begroting voor het eerst opgezet volgens het VBTB-stramien. Dit betekent dat de eerste belangrijke stappen zijn gezet om de maatschappelijke effecten die VWS op de verschillende beleidsterreinen nastreeft, de prestaties die VWS daarvoor moet leveren en de middelen die daarvoor nodig zijn, inzichtelijk te maken. Het concretiseren van prestaties en effecten, het daarop sturen en het systematisch daarover verantwoorden is een proces dat enkele jaren zal vergen. In de toelichting bij de beleidsartikelen, veelal in de groeiparagrafen VBTB, is aangegeven welke verbeteringen nog zullen plaatsvinden om prestaties en effecten te concretiseren.

Binnen VWS is veel aandacht voor het kunnen sturen van en verantwoorden over beleid op basis van beleidsinformatie over prestaties en effecten. Dit gebeurt met name in het kader van de implementatie van de Regeling prestatiegegevens en evaluatieonderzoek rijksoverheid (RPE). VWS heeft een handboek RPE gemaakt waarin de verschillende bepalingen van de regeling zijn uitgewerkt. In dat kader is onder meer gewerkt aan de totstandkoming van een eerste departementale evaluatieprogrammering. Hierin is voor alle doelstellingen uit de begroting aangegeven hoe men de gewenste beleidsinformatie krijgt om te kunnen sturen en verantwoorden: uit systemen van reguliere prestatiegegevens en/of door evaluatieonderzoeken uit te voeren.

Ook de betrouwbaarheid van beleidsinformatie komt in het handboek RPE aan bod: één bepaling is gewijd aan de kwaliteitseisen die worden gesteld aan systemen van reguliere prestatiegegevens en aan evaluatieonderzoeken. Er is bijvoorbeeld een checklist opgesteld voor de opzet en uitvoering van evaluatieonderzoek. Ook is het bedoeling om met ingang van het jaarverslag 2002 gebruik te maken van CIPI (Code Indeling PrestatieIndicator) als kwaliteitsindicatie van de prestatiegegevens op een schaal van 1 tot en met 3. Dit is bedoeld om gebruikers van de informatie inzicht te geven in de kwaliteit van de gegevens aan de hand van een eenduidige maatstaf.

In het verlengde van RPE is het de bedoeling ook aandacht te besteden aan derdeninformatie. In 2003 moet per operationele doelstelling kunnen worden aangegeven welke beleidsinformatie door derden wordt aangeleverd. Dit komt de interne sturing ten goede. Ook moet dan bekend zijn wanneer die informatie beschikbaar komt. Als de informatie niet tijdig is aangeleverd, moet zijn aangegeven welke afspraken zijn gemaakt om dit in de toekomst te voorkomen.

De invoering van een baten-lastenstelsel zal consequenties hebben voor het begrotingsbeleid en -proces. De invoering van het baten-lastenstelsel betekent de omslag van een begrotingsstelsel naar een bedrijfseconomisch stelsel. De bestaande geautomatiseerde bedrijfsvoeringssystemen zullen daarom vervangen moeten worden. VWS streeft naar een betere ondersteuning van de bedrijfsvoering door uniforme bedrijfsvoeringsprocessen en ondersteunende programmatuur daarvoor in te voeren, zodat geïntegreerde en transparante managementinformatie kan worden geleverd. In 2003 zal worden gestart met de implementatie van een zogenoemd ERP-systeem (Enterprise Resources Planning). Voor deze implementatie is inmiddels een plan van aanpak opgesteld.

Met de VBTB-opzet van de begroting is een ontwikkeling in gang gezet die leidt tot een verbreding van de financiële functie, met nadruk op een transparante relatie tussen begroting en verantwoording. In die ontwikkeling past ook een bredere auditfunctie. Daarom is vanaf 1 juli 2002 gestart met de transitie van de accountantsdienst van VWS naar een auditdienst met een multidisciplinaire aanpak. De auditdienst heeft als belangrijkste taken: (verdiepings)onderzoeken naar diverse aspecten van beleids- en bedrijfsvoering en de accountantscontrole van het jaarverslag.

### **Organisatieontwikkelingen**

Een aantal organisatieontwikkelingen is bij de interne bedrijfsvoering van het ministerie van belang. Een van die ontwikkelingen is de instelling van de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA), waarin de Rijksdienst voor de keuring van Vee en Vlees (RVV) en de Keuringsdienst van Waren (KvW) zijn ondergebracht. Hierdoor wordt de samenhang in het toezicht op de voedsel- en productveiligheid organisatorisch gewaarborgd. De verdere organisatieontwikkeling van de VWA zal in 2003 veel energie vragen. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) is bezig met de voorbereidingen voor de overstap naar de status van baten-lastendienst per 1 januari 2004; in 2003 zal proefgedraaid worden met het resultaatgerichte sturingsmodel en de baten-lastenadministratie. Ten slotte zal in 2003 de nodige aandacht uitgaan naar de vorming van het Nederlandse Vaccin Instituut.

In het Regeerakkoord 2003–2006 zijn gedifferentieerde taakstellingen voor de collectieve sector bepaald. De uitwerking van deze taakstellingen voor de VWS-organisatie wordt inmiddels voorbereid.

**BELEIDSARTIKEL 1: GEZONDHEIDSBEVORDERING EN  
GEZONDHEIDSBESCHERMING**

**Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)**

U1601	t/m 2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			81 667	108 104	119 571	116 160	116 137	
Mutatie amendementen			- 10 751	- 225	- 225	- 225	- 225	
Mutatie 1e suppletore wet			11 829	4 028	4 095	3 781	7 976	
Nieuwe mutaties			85 029	12 657	- 1 234	- 9 411	- 9 892	
Nieuwe nominale wijzigingen			11 555	3 992	4 404	4 278	4 949	
Stand ontwerpbegroting 2003		125 229	179 329	128 556	126 611	114 583	118 945	155 076

**Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)**

U1601		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			141 883	149 211	149 649	149 286	149 286	
Mutatie amendementen			- 10 751	- 225	- 225	- 225	- 225	
Mutatie 1e suppletore wet			15 135	11 084	8 505	7 442	8 194	
Nieuwe mutaties			68 554	19 708	3 652	- 7 142	- 7 623	
Nieuwe nominale wijzigingen			5 240	5 497	5 509	5 495	5 495	
Stand ontwerpbegroting 2003		102 030	220 061	185 275	167 090	154 856	155 127	155 076

**Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)**

M1601		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			2 761	2 761	2 761	2 761	2 761	
Nieuwe mutaties			3 513	4 513	5 313	5 313	5 313	
Stand ontwerpbegroting 2003		12 447	6 274	7 274	8 074	8 074	8 074	8 074

Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties:

Bedragen x € 1 000 (1601)	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Overheveling vanuit de premiemiddelen:						
- voor de invoering van het vaccinatieprogramma van bepaalde risicogroepen tegen Hepatitis B via de GGD'en, activiteiten op het terrein van intramurale infectieziektenbestrijding en de verlenging van de opleiding «Maatschappij en Gezondheid» van 3 naar 4 jaar inclusief praktijkopleiding.	3 660	3 660	3 660	3 660	3 660	3 660
- van de bij kaderbrief ontvangen gelden voor vaccinatie tegen meningokokken-C. Dit bedrag wordt ingezet voor de inhaalcampagne 2002.	76 600	0	0	0	0	0
Overboeking naar Gemeentefonds. Vanaf 2003 wordt een systeem van integrale jeugdgezondheidszorg gerealiseerd voor alle 0-19 jarigen. Dit houdt in dat de zorg voor 0-4 jarigen voortaan onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten valt.	0	- 15 800	- 15 800	- 15 800	- 15 800	- 15 800

<b>Bedragen x € 1 000 (1601)</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
Overboeking naar het ministerie van Onderwijs, Wetenschappen & Cultuur voor een bijdrage aan het Biomedical Primate Research Centre te Rijswijk voor de opvang van met HIV/hepatitis besmette apen.	- 1 500	- 1 500	- 1 500	- 1 500	- 1 500	- 1 500
Overheveling van beleidsartikel 02 voor de optimale psychosociale nazorg bij slachtoffers na rampen specifiek in Enschede. Hiervoor worden persoonlijke onderzoeken bij de slachtoffers uitgevoerd en vindt anonieme registratie plaats van o.a. LOK, PMS etc.	2 431	2 412	2 594	0	0	0
Overheveling naar beleidsartikel 12.	- 12 937	- 3 620	- 2 630	- 2 620	- 2 360	- 2 360
Hogere uitgaven:						
- vanwege de personele uitbreiding, nodig voor de toenemende druk op de beleidsuitvoering op het terrein van de gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering.	831	1 820	1 820	1 820	1 820	1 820
- voor de kosten van de oprichting en exploitatie van de Voedsel en Waren Autoriteit. Met de VWA willen we het hoge beschermingsniveau op het terrein van de voedselvoorziening bestendigen. In overleg met LNV wordt thans bezien welke bijdrage LNV aan de oprichting van de VWA zal leveren. De kamer zal hierover zo spoedig mogelijk doch uiterlijk bij 1e suppletore wet 2003 worden geïnformeerd.	2 000	13 000	7 250	7 250	7 250	7 250
- de aanvulling van de liquiditeit van ZONMw.	0	18 500	7 500	0	0	0

Toelichting belangrijkste mutaties 1e suppletore wet:

<b>Bedragen x € 1 000</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
Voor preventie en nazorg bij bioterroristische aanslagen worden extra middelen aan dit artikel toegevoegd.	14 800	5 900	4 600	4 600	4 600	4 600

## BELEIDSARTIKEL 2: CURATIEVE SOMATISCHE ZORG

### Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1602	t/m 2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			225 223	214 429	216 013	214 273	213 499	
Mutatie amendementen			1 500	0	0	0	0	
Mutatie 1e suppletore wet			9 588	31 495	39 382	37 888	37 164	
Nieuwe mutaties			31 782	5 613	8 124	8 479	11 353	
Nieuwe nominale wijzigingen			30 868	13 139	15 090	13 070	9 036	
Stand ontwerpbegroting 2003		278 023	298 961	264 674	278 609	273 710	271 052	270 942

### Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1602		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			210 727	206 000	214 856	213 499	213 499	
Mutatie amendementen			1 500	0	0	0	0	
Mutatie 1e suppletore wet			15 605	33 100	39 382	37 888	37 164	
Nieuwe mutaties			29 026	5 714	8 016	9 253	11 353	
Nieuwe nominale wijzigingen			8 619	10 590	11 062	10 042	9 039	
Stand ontwerpbegroting 2003		250 756	265 477	255 404	273 316	270 682	271 055	270 942

### Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

M1602		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			3 159	3 159	3 159	3 159	3 159	
Nieuwe mutaties			1 416	55	55	55	55	
Stand ontwerpbegroting 2003		7 172	4 575	3 214	3 214	3 214	3 214	3 214

### Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties:

Bedragen x € 1 000 (1602)	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Overheveling vanuit de premiemiddelen voor:						
– voor de ontwikkeling van een opleiding tot spoedeisende hulparts door topklinische en academische ziekenhuizen in samenwerking met opleidingsinstellingen.	800	0	0	0	0	0
– de ontwikkeling van een landelijke opleiding tot physician assistant. Deze HBO-opgeleide kan eenvoudige medische verrichtingen uitvoeren, die dan niet meer door hoog opgeleide specialisten hoeven te worden gedaan.	600	600	600	0	0	0

Bedragen x € 1 000 (1602)	2002	2003	2004	2005	2006	2007
– de Centrale Post Ambulancezorg (CPA) Amsterdam. CAP Amsterdam is een pilotproject voor C200 die met toestemming van BZK en VWS is opgestart. De kosten van dit project zijn verdeeld over de twee departementen en betreffen met name de exploitatie van het radiobediensysteem. Doel van het systeem is verbetering van de communicatie tussen de meldkamer van het CPA en de ambulancezorg en biedt bovendien mogelijkheden voor een betere samenwerking tussen politie, brandweer en CPA.	1 271	0	0	0	0	0
– de invoering van het Elektronisch voorschrijven (EVS) bij huisartsen opdat zinnig en zuinig kan worden voorgeschreven. Kortom, betere en goedkopere zorg. De Landelijke Huisartsenvereniging is organisator en uitvoerder van de EVS-implementatie.	2 269	0	0	0	0	0
– de invoering per 2003 van de nieuwe bekostigingssystematiek voor ziekenhuizen. Bekostiging vindt dan plaats op basis van Diagnose-Behandeling-Combinaties (DBC's). Hiermee willen we bereiken dat de omslag van aanbodsturing naar vraagsturing wordt bevorderd.	6 000	0	0	0	0	0
– een landelijk dekkend Electronisch Patiënten Dossier (EPD). De gelden worden ingezet voor de ondersteuning van NicTiz, dat op bestuurlijk niveau als afstemmingsoverleg en stuurgroep zal opereren. In het Nictiz zijn de beroepsbeoefenaren, verzekeraars, patiëntenvertegenwoordigers en het ministerie vertegenwoordigd. Voorts worden een aantal proefprojecten financieel ondersteund.	15 700	0	0	0	0	0
– het project versterking ambulancezorg. Dit project is het gevolg van het RIVM-rapport «niet zonder zorg» waarin een onderzoek is gedaan naar de doelmatigheid en de kwaliteit van de ambulancezorg. In het onderzoek zijn knelpunten geïnventariseerd en worden aanbevelingen gedaan om voor de noodzakelijke (kwaliteits)verbeteringen. Centraal hierbij is de vorming van Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV). Immers de RAV-vorming biedt, vanwege schaalvergroting, mogelijkheden voor het behalen van een hoger niveau van efficiency.	2 178	635	0	0	0	0
Desaldering in verband met een bijdrage van het ministerie van Economische Zaken voor het Zorgpasproject. Doel van het project is goede randvoorwaarden scheppen voor een bredere en efficiëntere toepassing van OICT in de Zorg.	1 361	0	0	0	0	0
Hogere uitgaven voor:						
– het stimuleren van translationeel onderzoek. Hiermee kan uitvoering worden gegeven aan het biotechnologie beleid in algemene zin.	1 100	2 000	2 700	3 200	3 200	3 200
– het werven van orgaandonoren en het verkorten van de wachtlijsten voor orgaandonaties door de voorlichting te intensiveren en aanstelling van donorfunctionarissen in ziekenhuizen.	1 240	3 160	3 010	3 010	3 010	3 010

Bedragen x € 1 000 (1602)	2002	2003	2004	2005	2006	2007
– de Stichting Nationaal ICT-Instituut in de Zorg. Het NICTIZ neemt de regierol op zich voor de ontwikkeling en invoering van ICT-toepassingen in de zorg. NICTIZ ondersteunt de totstandkoming van een betere informatievoorziening rondom en voor de patiënt/cliënt met behulp van ICT, met als doel kwaliteit en doelmatigheid van de zorgprocessen te verhogen.	0	7 500	10 000	10 000	10 000	5 000
– de nazorg Enschedé en Volendam. De slachtoffers van de ramp in Enschedé en Volendam moeten de zorg krijgen die ze nodig hebben zonder te worden geconfronteerd met bureaucratische en omslachtige regelingen. Het gaat hierbij om extra en afwijkende zorg (met name veel psychosociale nazorg en brandwondenzorg).	0	2 000	2 000	1 000	0	0
Overheveling naar beleidsartikel 01.	– 2 431	– 2 412	– 2 594	0	0	0
Overheveling naar beleidsartikel 11.	– 1 499	0	0	0	0	0

#### Toelichting belangrijkste mutaties 1e suppletore wet:

Bedragen x € 1 000	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Het is gewenst meer verloskundigen op te leiden in verband met het tekort aan verloskundigen. In dit verband is de opleidingscapaciteit voor het studiejaar 2001–2002 voor eerstejaarsstudenten vergroot van 200 naar 244 plaatsen.	1 500	2 100	2 100	1 300	0	0
In aanvulling op de reeds in de Zorgnota 2002 toegekende middelen ten behoeve van ICT en transparantie in de zorg, wordt € 6,2 mln ingezet voor het DBC project (o.a. uitbreiding kostprijsonderzoek) en ICT in de zorg (uitvoering Beleidsbrief en Actieplan ICT in de Zorg). Met de DBC's willen we bereiken dat de omslag van aanbodsturing naar vraagsturing wordt bevorderd. Met het bevorderen van het ICT gebruik in de zorg verwachten we een grotere transparantie en doelmatigheid van de zorgprocessen.	6 221	0	0	0	0	0
Nederland participeert in Europees verband in het beleid om de ontwikkeling van geneesmiddelen voor ernstige zeldzame ziekten, de zogenaamde weesgeneesmiddelen, te stimuleren. Er komen steeds meer weesgeneesmiddelen beschikbaar voor de Nederlandse patiënt, waarvoor anders geen medicamenteuze behandeling mogelijk zou zijn. Het gaat vaak om zeer dure geneesmiddelen. De hoge kosten die de vergoeding met zich mee brengt kunnen niet zonder meer binnen het geneesmiddelenkader worden ingepast. Om deze reden heeft het kabinet besloten tot extra uitgaven voor de vergoeding van en onderzoek naar weesgeneesmiddelen.	5 000	30 000	35 000	35 000	35 000	35 000
In het kader van preventiemaatregelen tegen bioterrorisme is in 2001 een bestelling gedaan voor kaliumjodaat-tabletten. De levering en betaling van de tabletten vinden dit jaar plaats. Een deel van de in 2001 vrijgevallen middelen wordt thans voor dit onderwerp aan de begroting toegevoegd. Het betreft slechts een deel omdat de tabletten goedkoper bleken dan geraamd.	2 700	0	0	0	0	0



**BELEIDSARTIKEL 3: GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG, VERSLA-  
VINGSZORG EN MAATSCHAPPELIJKE OPVANG**

**Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)**

U1603	t/m 2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			255 231	260 779	263 642	265 395	265 395	
Mutatie NvW			18 000	18 000	18 000	18 000	18 000	
Mutatie 1e suppletore wet			- 2 214	- 2 829	64	258	454	
Nieuwe mutaties			14 631	- 7 506	- 8 458	- 8 503	- 8 320	
Nieuwe nominale wijzigingen			20 731	10 091	10 070	10 112	9 676	
Stand ontwerpbegroting 2003		348 927	306 379	278 535	283 318	285 262	285 205	285 629

**Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)**

U1603		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			278 776	277 360	265 300	265 395	265 395	
Mutatie NvW			18 000	18 000	18 000	18 000	18 000	
Mutatie 1e suppletore wet			1 089	143	462	258	454	
Nieuwe mutaties			- 8 602	- 6 903	- 7 827	- 8 281	- 8 320	
Nieuwe nominale wijzigingen			10 691	10 670	10 114	10 113	10 114	
Stand ontwerpbegroting 2003		265 315	299 954	299 270	286 049	285 485	285 643	285 629

**Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)**

M1603		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			1 588	1 588	1 588	1 588	1 588	
Nieuwe mutaties			432	0	0	0	0	
Stand ontwerpbegroting 2003		6 228	2 020	1 588	1 588	1 588	1 588	1 588

Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties:

Bedragen x € 1 000 (1603)		2002	2003	2004	2005	2006	2007
Overheveling vanuit de premiemiddelen voor het uitvoeren van het advies van de Raad voor de Volksgezondheid over interculturalisatie van de gezondheidszorg. Het bedrag is bestemd voor de projectorganisatie, de uitvoering door GGZ-Nederland en het instellen van een kenniscentrum Interculturalisatie.		1 361	1 361	454	0	0	0
Overheveling naar de premiemiddelen voor							
- de medische en seksuologische hulpverlening (voorheen Rutgershuizen) door abortusklinieken.		0	- 442	- 442	- 442	- 442	- 442
- het vergroten van het bereik van de ambulante alcoholzorg in een vroeg stadium van problematisch gebruik. Daarnaast zal de sector de reguliere alcoholzorg voor de zware probleemdrinkers uitbreiden.		- 7 714	- 7 714	- 7 714	- 7 714	- 7 714	- 7 714

## BELEIDSARTIKEL 4: GEHANDICAPTENZORG EN HULPMIDDELEN- BELEID

### Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1604	t/m 2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			32 333	30 534	30 104	28 568	28 568	
Mutatie amendementen			225	225	225	225	225	
Mutatie 1e suppletore wet			- 425	486	636	536	652	
Nieuwe mutaties			1 419	- 2 687	- 2 724	- 2 724	- 2 776	
Nieuwe nominale wijzigingen			2 478	1 413	1 404	1 332	1 144	
Stand ontwerpbegroting 2003		42 420	36 030	29 971	29 645	27 937	27 813	27 982

### Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1604		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			33 407	30 625	30 195	28 568	28 568	
Mutatie amendementen			225	225	225	225	225	
Mutatie 1e suppletore wet			399	565	715	576	652	
Nieuwe mutaties			- 421	- 1 731	- 2 724	- 2 724	- 2 776	
Nieuwe nominale wijzigingen			1 481	1 416	1 408	1 332	1 333	
Stand ontwerpbegroting 2003		37 046	35 091	31 100	29 819	27 977	28 002	27 982

### Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

M1604		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			295	295	295	295	295	
Nieuwe mutaties			52	0	0	0	0	
Stand ontwerpbegroting 2003		579	347	295	295	295	295	295

### Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties:

Bedragen x € 1 000 (1604)	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Overheveling vanuit de premiemiddelen voor:						
- de bekostiging van de indicatiestelling op grond van Regeling Tegemoetkoming Onderhoudskosten thuiswonende gehandicapte kinderen (TOG). Ouders of verzorgers, die thuis een gehandicapt kind verzorgen, kunnen op grond van deze indicatiestelling een financiële vergoeding krijgen.	1 820	1 820	1 820	1 820	1 820	1 820
- de implementatiekosten van de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte. Hiervoor worden een actieplan en activiteiten op het vlak van voorlichting, handhaving en monitoring uitgevoerd.	450	1 270	815	815	815	815

<b>Bedragen x € 1 000 (1604)</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
– een bijdrage in de kosten voor het Europees jaar van de gehandicapten. Doel is het opzetten van een coördinatiestructuur en een activiteitenpatroon. Met de middelen zal het Nationaal Comité Europees Jaar van mensen met een beperking hier uitvoering aan geven. Daarnaast gaat het om het initiëren, selecteren en evalueren van projecten.	300	400	0	0	0	0
– het realiseren van een cliëntgerichte bejegening. Daarvoor is echter vooral een attitudeverandering nodig. Deze kan het best worden bereikt door het inzetten van een communicatiestrategie (beeldvormingscampagne).	2 300	0	0	0	0	0
– de bekostiging van activiteiten, waarmee het uitbouwproces van consultantenteams naar expertisecentra voor ernstig meervoudig gehandicapten wordt gerealiseerd. Een actieve beleidsmatige sturing is hierbij een vereiste.	900	900	900	900	900	900
– de doorstroming van verstandelijk en meervoudig gehandicapte kinderen vanuit het kinderdagverblijf naar het onderwijs.	1 588	1 588	1 588	1 588	1 588	1 588
– de uitvoering van de MJA-zomerakkoord 2002 ter versterking van de cliëntenpositie. Om een goede afstemming op de zorgvraag van de cliënt te realiseren is persoonlijk ondersteuning van de cliënt van groot belang.	2 587	2 587	2 587	2 587	2 587	2 587
Overheveling naar de premiemiddelen ter dekking van de formatieplaatsen voor hulpmiddelenbeleid bij het College voor Zorgverzekeringen.	– 363	– 363	– 363	– 363	– 363	– 363
Overheveling naar beleidsartikel 14.	– 9 529	– 9 529	– 9 529	– 9 529	– 9 529	– 9 529

## BELEIDSARTIKEL 5: VERPLEGING, VERZORGING EN OUDEREN

### Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1605	t/m 2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			28 527	16 314	16 977	16 997	16 940	
Mutatie amendementen			10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	
Mutatie 1e suppletore wet			- 7 282	4 931	8 184	254	322	
Nieuwe mutaties			7 638	138	278	278	154	
Nieuwe nominale wijzigingen			1 428	597	631	637	570	
Stand ontwerpbegroting 2003		28 277	40 311	31 980	36 070	28 166	27 986	28 008

### Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1605		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			29 600	16 417	16 925	16 940	16 940	
Mutatie amendementen			10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	
Mutatie 1e suppletore wet			- 5 196	4 929	8 185	254	322	
Nieuwe mutaties			7 638	138	278	278	154	
Nieuwe nominale wijzigingen			1 188	616	638	637	637	
Stand ontwerpbegroting 2003		27 311	43 230	32 100	36 026	28 109	28 053	28 008

### Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

M1605		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			227	227	227	227	227	
Stand ontwerpbegroting 2003		20 898	227	227	227	227	227	227

### Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties:

Bedragen x € 1 000 (1605)	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Overheveling vanuit de premiemiddelen voor:						
- de financiering van projecten die van belang zijn voor de realisatie van de Meerjarenafspraken Verpleging en Verzorging. De Meerjarenpartijen bepalen gezamenlijk welke activiteiten voor financiering in aanmerking komen.	6 806	0	0	0	0	0
- de belangenbehartiging van mantelzorgers. Dit bedrag was oorspronkelijk toegevoegd aan de subsidieregeling coördinatie vrijwillige thuiszorg.	1 361	1 361	1 361	1 361	1 361	1 361

Toelichting belangrijkste mutaties 1e suppletore wet:

Bedragen x € 1 000	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Op dit moment bestaat nog onvoldoende inzicht in de leefsituatie van de – steeds groter wordende – groep allochtone ouderen. Op basis van de resultaten van onderzoek kan meer gericht beleid worden ontwikkeld ten aanzien van deze groep. Daarnaast worden middelen ingezet voor het monitoren van de voortgang van de wachtlijstaanpak en voor beleidsontwikkeling op het terrein van wonen en zorg.	1 117	0	0	0	0	0
Door de woonzorgstimuleringsregeling (onderdeel zorginfrastructuur) worden corporaties en zorgaanbieders gestimuleerd om voldoende projecten aan te bieden op het terrein van scheiden van wonen en zorg en vermaatschappelijking van de zorg. De subsidieregeling vergt een langere implementatietijd dan geraamd. Op dit moment zijn voor het totaal beschikbare bedrag voor 2002 alle verplichtingen wel aangegaan. Een deel van de kas-effecten treedt echter op in de jaren 2003 en 2004. Hierdoor vindt een kasschuif plaats van 2002 naar latere jaren.	- 6 200	4 700	7 800	0	0	0

**BELEIDSARTIKEL 6: ARBEIDSMARKTBELEID****Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)**

U1606	t/m 2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			199 851	196 208	180 942	171 186	171 186	
Mutatie amendementen			- 5 000	- 5 000	- 5 000	- 5 000	- 5 000	
Mutatie 1e suppletore wet			- 12 045	- 19 442	- 3 501	4 891	5 377	
Nieuwe mutaties			7 050	- 1 800	- 1 648	- 1 285	- 1 180	
Nieuwe nominale wijzigingen			13 737	8 197	7 559	7 111	7 172	
Stand ontwerpbegroting 2003		312 114	203 593	178 163	178 352	176 903	177 555	177 547

**Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)**

U1606		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			204 263	196 208	180 942	171 186	171 186	
Mutatie amendementen			- 5 000	- 5 000	- 5 000	- 5 000	- 5 000	
Mutatie 1e suppletore wet			8 446	4 685	5 711	4 891	5 377	
Nieuwe mutaties			6 675	- 1 675	- 1 523	- 1 160	- 1 180	
Nieuwe nominale wijzigingen			8 524	8 197	7 559	7 172	7 172	
Stand ontwerpbegroting 2003		207 307	222 908	202 415	187 689	177 089	177 555	177 547

**Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)**

M1606		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			0	0	0	0	0	
Nieuwe mutaties			3 698	28	28	28	28	
Stand ontwerpbegroting 2003		16 467	3 698	28	28	28	28	28

Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties:

Bedragen x € 1 000 (U1606)	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Overheveling vanuit de premiemiddelen van Van Rijn-middelen voor de Kraamzorg. De middelen zijn beschikbaar gesteld in de premiesfeer, maar de Landelijke Vereniging Thuiszorg en de Branchebelang Thuiszorg Nederland heeft zich gerealiseerd dat dit voor de kraamzorg geen adequate route is. Over de tarieven in de kraamzorg wordt immers vrij onderhandeld tussen individuele verzekeraars en instellingen waardoor de tarieven onvoldoende zouden kunnen stijgen om de door het kabinet geaccordeerde arbeidsmarktmaatregelen te kunnen dekken.	3 903	3 903	3 903	3 903	3 903	3 903
Overheveling van beleidsartikel 07 om de kinderopvang een impuls te geven via het Sectorfonds Welzijn. Hiermee worden stimuleringsregelingen in de sector uitgezet die de instroom en behoud van personeel in de kinderopvang ondersteunen.	681	0	0	0	0	0
Overheveling naar de premiemiddelen van een deel van het amendement Rouvoet.c.s. (kamerstukken II 2001–2002, 28 000 XVI, nr. 26). Dit amendement beoogt een verdere versterking van de palliatieve zorg. Een toereikend aanbod, een adequate organisatie en een kwalitatief hoge verlening van de palliatieve zorg in de meest brede zin van het woord zijn van het grootste belang.	0	– 5 000	– 5 000	– 5 000	– 5 000	– 5 000

Toelichting belangrijkste mutaties 1e suppletore wet:

Bedragen x € 1 000	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Bij de Voorjaarsnota is door het kabinet besloten tot andersoortige dekking van het amendement Rouvoet (kamerstukken II, 2001–2002 28 000 XVI nr 26) inzake de palliatieve zorg.	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
Dit uitgavenartikel wordt via de eindejaarsmarge verhoogd voor het afsluiten van de arboconvenanten en het stimuleren van aanschaffen door instellingen van tilhulpmiddelen (ter verlaging van de fysieke belasting). Dit om het ziekteverzuim te verlagen en daarmee ook het verlagen van de WAO-instroom. Het convenant met de sector algemene ziekenhuizen is eerst in december 2001 getekend.	2 541	0	0	0	0	0

## BELEIDSARTIKEL 7: JEUGDBELEID

### Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1607	t/m 2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			730 887	746 014	743 028	740 792	743 515	
Mutatie amendementen			7 200					
Mutatie 1e suppletore wet			40 306	200 091	203 025	220 819	232 004	
Nieuwe mutaties			- 95 224	- 177 524	- 177 187	- 195 126	- 206 189	
Nieuwe nominale wijzigingen			64 855	31 336	31 323	31 229	31 411	
Stand ontwerpbegroting 2003		796 481	748 024	799 917	800 189	797 714	800 741	811 034

### Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1607		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			876 859	749 974	745 877	743 515	743 515	
Mutatie amendementen			7 200					
Mutatie 1e suppletore wet			43 881	200 805	203 026	220 819	232 004	
Nieuwe mutaties			- 150 758	- 177 064	- 176 726	- 195 126	- 206 189	
Nieuwe nominale wijzigingen			36 839	31 500	31 327	31 229	31 226	
Stand ontwerpbegroting 2003		847 271	814 021	805 215	803 504	800 437	800 556	811 034

### Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

M1607		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			8 740	8 211	8 030	7 984	7 984	
Mutatie 1e suppletore wet			1 052					
Nieuwe mutaties			775					
Stand ontwerpbegroting 2003		13 249	10 567	8 211	8 030	7 984	7 984	7 984

### Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties:

Bedragen x € 1 000 (U1607)	2002	2003	2004	2005	2006	2007
In het Strategisch Akkoord (SA) is opgenomen dat het beleidsterrein kinderopvang van VWS naar SZW wordt overgeheveld. De formele overdracht van de beleidsverantwoordelijkheid voor kinderopvang is geregeld bij Koninklijk Besluit (KB) van 22 juli 2002.	- 148 700	- 177 200	- 176 800	- 195 200	- 206 200	- 206 700
Overheveling vanuit de premiemiddelen voor de werkdrukvermindering Medisch kleuterdagverblijf (MKD's) en Medisch kindertehuis (MKT's).	272	272	272	272	272	272
Verlaging van de uitgaven doordat de motie Orgu vorig jaar al is uitgevoerd. Deze middelen worden ingezet voor andere prioriteiten binnen de begroting.	- 2 186	0	0	0	0	0
Overheveling naar beleidsartikel 06.	- 681	0	0	0	0	0



Toelichting belangrijkste mutaties 1e suppletore wet

<b>Bedragen x € 1 000</b>	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Overboeking van Justitie: Stelsel jeugdzorg/Doeluitkering jeugdhulpverlening.	49 608	49 608	49 608	49 608	49 608	49 608
Overboeking kinderopvang van het Gemeentefonds.	0	129 445	113 445	113 445	113 445	113 445

## BELEIDSARTIKEL 8: SOCIAAL BELEID

### Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1608	t/m 2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			127 513	128 866	125 500	128 049	127 284	
Mutatie 1e suppletore wet			- 1 439	- 983	- 733	394	5	
Nieuwe mutaties			1 690	- 532	- 488	12	114	
Nieuwe nominale wijzigingen			9 692	5 208	5 065	5 170	4 979	
Stand ontwerpbegroting 2003		141 564	137 456	132 559	129 344	133 625	132 382	133 348

### Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1608		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			130 916	130 510	126 673	128 503	127 550	
Mutatie 1e suppletore wet			223	563	450	394	553	
Nieuwe mutaties			330	86	132	132	114	
Nieuwe nominale wijzigingen			5 287	5 270	5 108	5 179	5 139	
Stand ontwerpbegroting 2003		126 498	136 756	136 429	132 363	134 208	133 356	133 348

### Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

M1608		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			3 586	3 851	3 851	3 851	3 851	
Nieuwe mutaties			619	0	0	0	0	
Stand ontwerpbegroting 2003		1 799	4 205	3 851	3 851	3 851	3 851	3 851

Er hebben zich geen nieuwe belangrijke mutaties voorgedaan.

**BELEIDSARTIKEL 9: SPORTBELEID****Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)**

U1609	t/m 2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			63 708	67 576	68 903	72 319	74 682	
Mutatie amendementen			9 026	0	0	0	0	
Mutatie 1e suppletore wet			- 8 453	- 4 910	- 4 132	- 2 799	- 2 839	
Nieuwe mutaties			19 818	- 4 049	- 3 501	- 3 248	- 2 787	
Nieuwe nominale wijzigingen			3 674	2 097	2 167	2 278	2 343	
Stand ontwerpbegroting 2003		87 547	87 773	60 714	63 437	68 550	71 399	75 611

**Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)**

U1609		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			74 377	75 404	76 158	76 460	76 460	
Mutatie amendementen			9 026	0	0	0	0	
Mutatie 1e suppletore wet			- 1 176	- 979	- 976	- 1 134	- 1 004	
Nieuwe mutaties			2 322	22	17	17	12	
Nieuwe nominale wijzigingen			2 280	2 313	2 356	2 389	2 389	
Stand ontwerpbegroting 2003		66 158	86 829	76 760	77 555	77 732	77 857	77 854

**Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)**

M1609		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			113	113	113	113	113	
Nieuwe mutaties			31	31	31	31	31	
Stand ontwerpbegroting 2003		1 334	144	144	144	144	144	144

## Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties:

Bedragen x € 1 000 (U1609)		2002	2003	2004	2005	2006	2007
Door vertraging in de uitvoering van het project «sport digitaal» worden uitgaven die ten behoeve van dit project in 2001 waren voorzien eerst in 2002 gerealiseerd.		2 186	0	0	0	0	0

Toelichting belangrijkste mutaties 1e suppletore wet:

Bedragen x € 1 000	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Sportverenigingen die zijn aangesloten bij een sportbond die op haar beurt lid is van NOC*NSF kunnen een beroep doen op een faciliteit ter vergoeding van door hen betaalde ecotaksen. Het beroep hierop was tot en met 2001 lager dan verwacht. Deze vrijval wordt ingezet ter dekking van overige knelpunten op de VWS-begroting.	- 1 000	- 1 000	- 1 000	- 1 000	- 1 000	- 1 000
Dit uitgavenartikel wordt via de eindejaarsmarge verhoogd ter uitvoering van het amendement Rijpstra (kamerstukken II, 2001-2002, 28 000, nr 90). In dit amendement wordt het instellen van een waarborgfonds voor de sport benoemd. Met een brief van 12 juli 2002 (TK 2001-2002, 26 429, nr. 11) is de Kamer geïnformeerd over de wijze waarop aan dit amendement invulling zal worden gegeven.	9 026	0	0	0	0	0

**BELEIDSARTIKEL 10: VERZETSDEELNEMERS, VERVOLGDEN EN  
BURGEROORLOGSGETROFFENEN**

**Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)**

U1610	t/m 2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			407 389	375 897	361 113	345 966	345 976	
Mutatie 1e suppletore wet			9 066	9 877	8 662	7 185	- 8 987	
Nieuwe mutaties			2 471	- 1 180	- 1 278	- 1 528	- 1 733	
Nieuwe nominale wijzigingen			5 264	2 259	2 217	2 007	2 174	
Stand ontwerpbegroting 2003		604 136	424 190	386 853	370 714	353 630	337 430	321 454

**Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)**

U1610		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			408 321	376 480	361 122	345 976	345 976	
Mutatie 1e suppletore wet			16 609	11 465	8 889	7 185	- 8 987	
Nieuwe mutaties			- 694	- 953	- 1 051	- 1 301	- 1 598	
Nieuwe nominale wijzigingen			3 062	2 260	2 217	2 174	2 174	
Stand ontwerpbegroting 2003		590 047	427 298	389 252	371 177	354 034	337 565	321 454

**Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)**

M1610		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			0	0	0	0	0	0
Stand ontwerpbegroting 2003		674	0	0	0	0	0	0

Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties:

Bedragen x € 1 000 (U1610)		2002	2003	2004	2005	2006	2007
Strategisch Akkoord: - efficiencytaakstelling (4%) op de PensioenUitkeringsRaad			- 250	- 500	- 750	- 1 000	- 1 000

Toelichting belangrijkste mutaties 1e suppletore wet:

Bedragen x € 1 000	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Met de wet- en regelgeving oorlogsgetroffenen trachten we de betrokkenen te compenseren voor de gevolgen van het in de Tweede Wereldoorlog en de Bersiapperiode ondergane leed. De raming voor de uitkeringen in het kader van de wetten en regelingen oorlogsgetroffenen wordt jaarlijks bijgesteld. De voorliggende aanpassing betreft onder meer de financiële gevolgen van nieuwe toekenningen bij Wet uitkeringen vervolgingslachtoffers, Wet uitkeringen burgeroorlogsgetroffenen, de Algemene oorlogsongevallen regeling en een groter beroep op bijzondere voorzieningen.	7 646	3 615	2 359	1 309	- 13 608	- 28 802
De uitvoeringskosten van de Pensioen- en Uitkeringsraad zijn hoger dan oorspronkelijk geraamd. De stijging is onder andere veroorzaakt door een hoger aantal eerste aanvragen.	1 000	1 500	1 300	400	- 100	- 1 000
De raming wordt verhoogd voor de hogere uitvoeringskosten van het project Tegoeden Tweede Wereldoorlog. Voor wat betreft de Indische gemeenschap gaat het onder meer om de meerkosten van het breed historisch onderzoek en extra uitgaven aan de stichting Pelita. Van het toe te voegen budget betreft circa 1 mln verschillende projecten van de Joodse gemeenschap. Voor de Roma-Sinti gemeenschap wordt circa 0,2 mln uitgegeven voor onderzoek. De extra uitgaven voor de uitvoering van het TTW-project lopen via de aanvullende post van het ministerie van Financiën.	2 681	1 101	105	602	0	0

## BELEIDSARTIKEL 11: INSPECTIES

### Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1611	t/m 2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			95 215	95 528	95 032	95 066	95 066	
Mutatie 1e suppletore wet			148	151	228	274	274	
Nieuwe mutaties			1 604	- 23	- 73	- 73	- 123	
Nieuwe nominale wijzigingen			3 148	2 898	2 886	2 886	2 886	
Stand ontwerpbegroting 2003		103 860	100 115	98 554	98 073	98 153	98 103	98 085

### Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1611		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			95 215	95 528	95 032	95 066	95 066	
Mutatie 1e suppletore wet			274	274	274	274	274	
Nieuwe mutaties			1 604	- 23	- 73	- 73	- 123	
Nieuwe nominale wijzigingen			3 148	2 898	2 886	2 886	2 886	
Stand ontwerpbegroting 2003		102 808	100 241	98 677	98 119	98 153	98 103	98 085

### Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

M1611		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			2001	1 556	1 556	1 556	1 556	
Nieuwe mutaties			163	120	120	120	120	
Stand ontwerpbegroting 2003		4 733	2 164	1 676	1 676	1 676	1 676	1 676

Er hebben zich geen nieuwe belangrijke mutaties voorgedaan.

**BELEIDSARTIKEL 12: RIJKSINSTITUUT VOOR VOLKSGEZOND-  
HEID EN MILIEU**

**Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)**

U1612	t/m 2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			143 004	142 505	146 109	146 128	146 128	
Nieuwe mutaties			15 522	3 637	2 564	2 564	2 232	
Nieuwe nominale wijzigingen			1 288	1 072	1 073	1 074	1 074	
Stand ontwerpbegroting 2003		182 270	159 814	147 214	149 746	149 766	149 434	149 407

**Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)**

U1612		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			146 413	142 505	146 109	146 128	146 128	
Mutatie 1e suppletore wet			10					
Nieuwe mutaties			15 522	3 637	2 564	2 564	2 232	
Nieuwe nominale wijzigingen			1 288	1 072	1 073	1 074	1 074	
Stand ontwerpbegroting 2003		187 557	163 233	147 214	149 746	149 766	149 434	149 407

**Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)**

M1612		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			71 012	71 451	71 021	71 032	71 032	
Stand ontwerpbegroting 2003		91 707	71 012	71 451	71 021	71 032	71 032	71 032

Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties:

Bedragen x € 1 000 (U1612)	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Hogere uitgaven voor werkzaamheden in het kader van een overeenkomst voor vaccinontwikkeling, waarvoor de Amerikaanse samenwerkingspartner eind 2001 het betreffende bedrag heeft betaald.	2 269	0	0	0	0	0
Overheveling van beleidsartikel 01 voor:						
– preventie en nazorg bij bioterroristische aanslagen.	11 435	3 096	2 188	2 188	2 188	2 188
– een bijdrage aan het project Infectieziekten Surveillance Informatie Systeem (ISIS). Doel is het verkrijgen van inzicht in het voorkomen van een groot aantal ziekten en het in stand houden van een goede «achterwacht» waarmee op de actualiteit kan worden ingespeeld.	691	0	0	0	0	0



**BELEIDSARTIKEL 13: RIJKSBIJDRAGE VOLKSGEZONDHEID****Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)**

U1613	t/m 2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			5 565 096	5 651 733	5 740 733	5 833 733	5 928 732	
Mutatie NvW			- 18 000	- 18 000	- 18 000	- 18 000	- 18 000	
Mutatie amendementen			20 700	0	0	0	0	
Mutatie 1e suppletore wet			18 000	18 000	18 000	18 000	18 000	
Nieuwe mutaties			- 42 800	938 000	1 179 600	416 800	679 000	
Nieuwe nominale wijzigingen			116 648	116 671	116 671	116 671	116 671	
Stand ontwerpbegroting 2003		4 853 421	5 659 644	6 706 404	7 037 004	6 367 204	6 724 403	7 106 003

**Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)**

U1613		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			5 565 096	5 651 733	5 740 733	5 833 733	5 928 732	
Mutatie NvW			- 18 000	- 18 000	- 18 000	- 18 000	- 18 000	
Mutatie amendementen			20 700	0	0	0	0	
Mutatie 1e suppletore wet			18 000	18 000	18 000	18 000	18 000	
Nieuwe mutaties			- 42 800	938 000	1 179 600	416 800	679 000	
Nieuwe nominale wijzigingen			116 648	116 671	116 671	116 671	116 671	
Stand ontwerpbegroting 2003		4 853 421	5 659 644	6 706 404	7 037 004	6 367 204	6 724 403	7 106 003

**Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)**

M1613		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002								
Stand ontwerpbegroting 2003								

Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties:

Bedragen x € 1 000 (U1613)	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Strategisch Akkoord:						
- Per 1 januari 2005 wordt een nieuwe, verplichte basisverzekering ingevoerd. Dat betekent ondermeer dat vanaf het jaar 2005 geen rijksbijdrage voor de ziekenfondsverzekering meer nodig is.	0	0	0	- 3 300 000	- 3 300 000	- 3 300 000
- Aangezien kinderen geen premie voor de basisverzekering verschuldigd zijn, wordt per 1 januari 2005 een rijksbijdrage ziektekosten kinderen geïntroduceerd.	0	0	0	1 300 000	1 300 000	1 300 000
Aanvullende maatregel:						
- Verhoging van de nominale ZFW-premie.		- 718 000	- 718 000			
In verband met de uitkomsten van de Macro-Economische Verkenningen worden de Rijksbijdragen in de kosten van de kortingen verhoogd						
	- 22 100	1 656 000	1 897 600	2 416 900	2 678 900	3 060 600
Zie de toelichting bij de verdiepingsbijlage van artikel 15.	- 20 700	0	0	0	0	0

Toelichting belangrijkste mutaties 1e suppletore wet:

Bedragen x € 1 000	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Bij de Voorjaarsnota is door het kabinet besloten de Tweede nota van wijziging (kamerstukken II, 2001-2002 28 000 XVI nr. 40) inzake de maatschappelijke opvang anderszins te dekken.	18 000	18 000	18 000	18 000	18 000	18 000

**BELEIDSARTIKEL 16: MAATSCHAPPELIJKE PARTICIPATIE VAN  
OUDEREN EN GEHANDICAPTEN**

**Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1000)**

U1616	t/m 2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			0	0	0	0	0	
Nieuwe mutaties			70 963	55 438	62 658	62 758	62 758	
Stand ontwerpbegroting 2003		0	70 963	55 438	62 658	62 758	62 758	62 758

**Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)**

U1616		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			0	0	0	0	0	
Nieuwe mutaties			61 519	49 811	62 885	62 758	62 758	
Stand ontwerpbegroting 2003		0	61 519	49 811	62 885	62 758	62 758	62 758

**Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)**

M1616		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			0	0	0	0	0	
Nieuwe mutaties			375	0	0	0	0	
Stand ontwerpbegroting 2003		0	375	0	0	0	0	0

Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties:

<b>Bedragen x € 1 000 (1616)</b>		2002	2003	2004	2005	2006	2007
Zoals aangekondigd in het Strategisch Akkoord is de Wet Voorziening Gehandicapten overgeheveld van het ministerie van SZW naar VWS.		61 519	49 811	62 885	62 758	62 758	62 758

## NIET-BELEIDSARTIKEL 14: ALGEMEEN

### Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1614	t/m 2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			132 134	131 976	126 610	122 060	122 060	
Mutatie amendementen			- 5 000	- 5 000	- 5 000	- 5 000	- 5 000	
Mutatie 1e suppletore wet			9 023	526	747	1 864	2 081	
Nieuwe mutaties			26 235	17 958	16 955	13 406	13 252	
Nieuwe nominale wijzigingen			3 681	3 353	3 180	3 041	3 041	
Stand ontwerpbegroting 2003		173 179	166 073	148 813	142 492	135 371	135 434	135 377

### Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1614		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			133 600	132 089	126 620	122 060	122 060	
Mutatie amendementen			- 5 000	- 5 000	- 5 000	- 5 000	- 5 000	
Mutatie 1e suppletore wet			8 595	739	961	1 864	2 081	
Nieuwe mutaties			26 235	17 958	16 955	13 406	13 252	
Nieuwe nominale wijzigingen			3 677	3 356	3 181	3 041	3 041	
Stand ontwerpbegroting 2003		193 583	167 107	149 142	142 717	135 371	135 434	135 377

### Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

M1614		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			1 802	1 802	1 802	1 802	1 802	
Nieuwe mutaties			2 624	1 753	1 753	1 753	1 753	
Stand ontwerpbegroting 2003		7 190	4 426	3 555	3 555	3 555	3 555	3 555

### Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties:

Bedragen x € 1 000 (1614)		2002	2003	2004	2005	2006	2007
Overheveling vanuit de premiemiddelen voor:							
- de ontwikkeling en invoering van de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR). De zorgkantoren kunnen hiermee tot de bouw en verwerving van het systeem overgaan.		2 800	0	0	0	0	0
- de ontwikkeling van een persoonsgebonden financiering. De gelden worden ingezet voor de organisatie en ontwikkeling van de noodzakelijke infrastructuur voor beheer, registratie en informatievoorziening.		1 860	1 860	1 860	0	0	0
Overheveling van uitgavenartikel 03 voor de indicatietelling GGZ. Hiermee worden op regionaal en landelijk niveau acties ondernomen die leiden tot een meer professionele en kwalitatief verantwoorde indicatietelling.		1 815	0	0	0	0	0

<b>Bedragen x € 1 000 (1614)</b>	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Overheveling van beleidsartikel 04 inzake het Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg en de Regeling tegemoetkoming onderhoudskosten thuiswonende gehandicapte kinderen (TOG-regeling).	9 798	9 798	9 798	9 798	9 798	9 798
Overheveling van beleidsartikel 05 voor het project Modernisering Algemene wet Bijzondere Ziektekosten.	681	0	0	0	0	0
Verhoging van de uitgaven in verband met herschikkingen op het gebied van de apparaatsuitgaven.	6 603	5 122	4 694	4 004	4 004	4 004

Toelichting belangrijkste mutaties 1e suppletore wet:

<b>Bedragen x € 1 000</b>	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Bij de Voorjaarsnota is door het kabinet besloten tot andersoortige dekking van het amendement Rouvoet (kamerstukken II, 2001–2002 28 000 XVI nr 26) inzake de palliatieve zorg.	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
Dit uitgavenartikel wordt via de eindejaarsmarge verhoogd voor de AWBZ-brede zorgregistratie. In de 3e fase van het project gaat het erom het proces van zorgtoewijzing door de keten (indicatieorganen, zorgaanbieders, zorgkantoren) heen te ondersteunen met adequate informatiesystemen. Daarbij staat de vraag van de verzekerde centraal. Hiervoor zullen de zorgkantoren aanpassingen moeten doorvoeren aan de bestaande systemen of geheel nieuwe systemen moeten ontwikkelen. Aan de door te voeren aanpassingen ligt een gezamenlijk programma van eisen ten grondslag. Inmiddels zijn de zorgkantoren een Europese aanbestedingsprocedure gestart. Door middel van een projectsubsidie komt VWS tegemoet aan de kosten voor de aanbesteding, de ontwikkeling en realisatie van de systemen en de daarbij horende projectkosten bij de zorgkantoren. Parallel aan het aanbestedingstraject zal een implementatieonderzoek worden uitgevoerd om de opzet en werking van de zorgregistratie vooraf aan de praktijk te kunnen toetsen.	6 249	0	0	0	0	0

## NIET-BELEIDSARTIKEL 15: NOMINAAL EN ONVOORZIEN

### Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1615	t/m 2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			- 16 334	- 12 714	- 10 183	- 12 362	- 9 489	
Mutatie amendementen			- 27 900	0	0	0	0	
Mutatie 1e suppletore wet			229 934	212 439	208 760	210 262	207 566	
Nieuwe mutaties			40 439	- 41 433	- 40 551	- 39 651	- 46 361	
Nieuwe nominale wijzigingen			- 218 372	- 198 326	- 197 109	- 198 434	- 198 390	
Stand ontwerpbegroting 2003		0	7 767	- 40 034	- 39 083	- 40 185	- 46 674	- 46 271

### Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1615		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002			- 16 334	- 12 714	- 10 183	- 12 362	- 9 489	
Mutatie amendementen			- 27 900	0	0	0	0	
Mutatie 1e suppletore wet			229 934	212 439	208 760	210 262	207 566	
Nieuwe mutaties			40 439	- 41 433	- 40 551	- 39 651	- 46 361	
Nieuwe nominale wijzigingen			- 218 372	- 198 326	- 197 109	- 198 434	- 198 390	
Stand ontwerpbegroting 2003		0	7 767	- 40 034	- 39 083	- 40 185	- 46 674	- 46 271

### Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

M1615		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2002								
Stand ontwerpbegroting 2003								

### Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties:

Bedragen x € 1 000 (1615)	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Op dit artikel zijn de volgende taakstellingen geparkeerd:						
- Uit het Strategisch Akkoord:						
A. generieke subsidietaakstelling		- 4 225	- 8 450	- 12 675	- 16 850	- 16 850
B. vermindering inhuur externen		- 5 738	- 5 738	- 5 738	5 738	- 5 738
C. efficiency- (4%) en volumetaakstelling (3%)		- 2 270	- 4 640	- 6 960	- 9 280	- 9 280
D. 25 % van de prijsbijstelling	9 417	9 651	9 617	9 594	9 594	9 594
Aanvullende taakstellingen na het Strategisch Akkoord:						
A. versnelde invoering van de generieke subsidie-taakstelling		- 4 225	- 4 225	- 4 175		
B. verhoging van de generieke subsidietaakstelling		- 4 225	- 8 450	- 12 675	- 16 850	- 16 850
C. versnelling van de volumetaakstelling		- 500	- 500	- 500		
- Aanvulling liquiditeit ZONMw (voor de toelichting verwijs ik u naar paragraaf 1.2.7)			- 18 500	- 7 500	0	0
- Aanvullende taakstellingen, die noodzakelijk zijn om knelpunten elders binnen de begroting op te lossen.			- 12 880	- 12 134	- 7 987	- 8 702

<b>Bedragen x € 1 000 (1615)</b>	2002	2003	2004	2005	2006	2007
De taakstellingen in het uitvoeringsjaar worden door de dan naar verwachting optredende onderuitputting ingevuld. De taakstellingen 2003 en verder worden zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk bij de 1e suppletore begroting 2003 verdeeld.						
Toevoeging door het ministerie van Financiën van een aanvulling op de jaarlijkse budgetten voor loonbijstelling.	1 533	1 479	1 469	1 465	1 465	1 465
Door de Tweede Kamer is bij de behandeling van de 1e suppletore wet 2002 een aantal amendementen ingediend. Het merendeel van deze amendementen is in voorliggende begroting verwerkt. Twee van deze amendementen zijn ingediend door het kamerlid Arib c.s. De eerste beoogde een kleinschaligheidstoelage voor kleine en middelgrote ziekenhuizen te introduceren (28 321 nr. 13). De tweede beoogde het activiteiten-aanbod in algemeen psychiatrische ziekenhuizen (apz'en) te verbeteren (28 321 nr. 14). Deze amendementen moesten worden gedekt uit de extra opbrengst kortingen en bonussen bij de geneesmiddelen («clawback»). Het vorige kabinet heeft besloten om de hierboven genoemde extra opbrengst echter in te zetten voor het realiseren van extra zorgproductie. Ook in het Strategisch Akkoord wordt prioriteit gegeven aan het leveren van extra productie teneinde verzekerings-aanspraken te kunnen honoreren. Dit betekent dat er voor de introductie van een kleinschaligheidstoelage bij kleine en middelgrote ziekenhuizen en voor de kwaliteitsverbetering van de dagactiviteiten in apz'en geen middelen beschikbaar worden gesteld.	20 700	0	0	0	0	0

Toelichting belangrijkste mutaties 1e suppletore wet:

<b>Bedragen x € 1 000</b>	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Toevoeging uit de eindejaarsmarge ter dekking van de taakstellende onderuitputting.	4 177	0	0	0	0	0

## MOTIES EN TOEZEGGINGEN

### Moties

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
GGZ: Motie Hermann c.s. over het PGB in de GGZ voor de functie van begeleiding en experimenten voor o.m. verblijf	25 424 nr. 13	UITGEVOERD Per 15 augustus 2001 is zowel voor 2001 als voor 2002 het subsidieplafond voor persoonsgebonden budgetten verhoogd tot € 10,3 mln. De functie begeleiding is landelijk ingevoerd. Vanwege de plannen voor een AWBZ brede functiegerichte PGB regeling is er voor experimenten voor behandeling en verblijf geen plaats meer.
Begroting: Motie Van der Vlies c.s. over een internationaal verbod op de handel in menselijke eicellen	26 800 XVI nr. 40	Het onderzoek dat het secretariaat van de Stuurgroep Bio-ethiek (CDBI) van de Raad van Europa heeft toegezegd uit te voeren naar het feitelijke commerciële aanbod van menselijke gameten op internet. Heeft door personele omstandigheden aldaar helaas nog niet kunnen plaatsvinden. Zodra de resultaten van dit onderzoek beschikbaar zijn, kunnen zij een ondersteuning bieden bij de discussie in de CDBI over de noodzaak en mogelijkheden om te komen tot een internationaal verbod.
Xenotransplantatie: Motie Terpstra/Swildens-Rozendaal over een moratorium met uitzonderingen	26 335 nr. 5	UITGEVOERD Motie is betrokken bij Wijz. Wet op de medische verrichtingen (28 284). Aanvaard als hamerstuk door EK op 14 mei 2002.
Xenotransplantatie: Motie Van der Vlies over alternatieven voor xenotransplantatie; het helder in kaart brengen van mogelijkheden en de TK informeren	26 335 nr. 12 (was nr. 6)	In december 2001 heeft de installatievergadering van de Commissie stamcellen voor transplantatiedoeleinden van de Gezondheidsraad plaatsgevonden. Het advies van de Gezondheidsraad wordt in het najaar 2002 verwacht. De raad zal daarin antwoord op de vraag geven of en in hoeverre (stam)cellen kunnen worden gebruikt voor transplantatiedoeleinden in brede zin, dus zowel ten behoeve van orgaanvervanging als celtherapie. De raad is gevraagd tevens te informeren over de medisch-ethische aspecten die verbonden (kunnen) zijn aan het gebruik van de betreffende soorten cellen. Tenslotte is de raad verzocht aan te geven welke ontwikkelingen zodanig veelbelovend zijn dat hij verder stimulering daarvan wenselijk acht. Te gelegener tijd zullen het advies en een standpunt naar de Kamer worden gezonden.
Begroting 2001: Motie Middel c.s. over publiek-private initiatieven op het terrein van de sport	27 400 XVI, nr. 29	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 7 december 2001 over topsportevenementen en accommodatiebeleid
Begroting 2001: Motie Ravestein c.s. over de vervoerskosten voor jeugdige rolstoelporters	27 400 XVI nr. 46	Zie brief aan TK d.d. 3 juli 2001, kenmerk S/P&K-2185768 inzake uitvoering motie Ravestein c.s.. Overleg met partijen heeft plaatsgevonden. Thans bestaat te weinig inzicht in de problematiek; derhalve vindt een onderzoek plaats. Eind 2002 zullen de resultaten van dit onderzoek naar de TK worden gezonden.



<b>AANGENOMEN MOTIES</b>	<b>KAMERSTUK</b>	<b>STAND VAN ZAKEN</b>
Begroting 2001: Motie Rouvoet c.s. over gehoorschade en geluidsoverlast	27 400 XVI, nr. 48	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 29 november 2001 over uitwerking motie Rouvoet (28 000, XVI, nr. 22)
Begroting 2001: Motie Atsma c.s. over schoolfruit	27 400 XVI, nr. 50	Voor de uitvoering worden mede gelden in de EU gezocht. De procedure in de EU is echter met vertraging gestart. Gestreefd wordt naar start in januari 2003.
Zorgnota: Motie Arib/Hermann over de behoefte aan een sluitende keten van 24-uursopvang voor dak- en thuislozen en psychiatrische patiënten	27 401, nr. 15	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 17 januari 2002 over de rapportage lokaal/regionaal OGGZ-beleid (28 008/25 424, nr. 18)
Zorgnota: Motie Arib c.s. over het standaard aanbieden van een HIV-test aan zwangere vrouwen	27 401, nr. 35 (was nr. 19)	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 12 september 2001 over screening zwangere vrouwen op HIV (27 401, nr. 73). College voor Zorgverzekeringen voert uitvoeringstoets uit. Screening start waarschijnlijk medio 2003.
Zorgnota: Motie Van Vliet c.s. over het zorgvuldig omgaan met uitbreiding van de beheerskosten van de AWBZ en het opzetten van een registratiesysteem indicatiebesluiten	27 401, nr. 37H (was nr. 31)	UITGEVOERD zie kwartaalrapportages AWBZ brede registratie en voortgangsrapportages monitoring beheerskosten AWBZ.
Zorgnota: Motie Arib over een tekort aan IC-plaatsen	27 401, nr. 58	UITGEVOERD Zie brief aan TK inzake IC pasgeborenen en kinderen (27 401, nr. 63)
Mod. AWBZ: Motie Dankers c.s. over de omslag naar vraagsturing; bij zorgstelsel niet langer uitgaan van WZV-grenzen	24 036, 26 631, nr. 195	UITGEVOERD Motie is meegenomen in de Nota Vraag aan Bod (27 855, nrs. 1 & 2) .
Voortgangsrapportage Beleidskader Jeugdzorg 2001–2004: Motie Van Vliet inzake vastlegging in de Wet op de jeugdzorg	27 410, nr. 23	UITGEVOERD Motie is betrokken bij de Wet op de jeugdzorg
Voortgangsrapportage Beleidskader Jeugdzorg 2001–2004: Motie Arib over het opnemen van een acceptatieplicht	27 410, nr. 25	UITGEVOERD Motie is betrokken bij de Wet op de jeugdzorg
Euro 2000: Motie Middel c.s. over vrijvallende middelen voor de sport	26 227, nr. 34	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 7 december 2001 over topsportevenementen en -accommodatiebeleid
Euro 2000: Motie Rijkstra/Atsma over een sportevenementenfonds en een sportaccommodatiefonds	26 227, nr. 35	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 7 december 2001 over topsportevenementen en -accommodatiebeleid
Tabakswet: Motie Oudkerk/Kant over vergoeding van bewezen effectieve ondersteunings-vorming bij stoppen met roken	26 472, nr. 19	De TK zal najaar 2002 worden geïnformeerd over de uitvoering van deze motie, in samenhang met uitvoering van de motie Werner.
Tabakswet: Motie Oudkerk/Van Vliet over Informatie over onderzoek naar nadere mogelijkheden ter bescherming van kinderen met chronische luchtwegaandoeningen tegen tabaksrook	26 472, nr. 20	De TK is geïnformeerd over de uitvoering van deze motie (GZB/GZ 2 232 403). Bedoelde bescherming van kinderen kan niet anders worden gerealiseerd dan via directe voorlichting aan ouders/verzorgers of indirect via intermediairs. Aan een wettelijke regeling zitten te veel haken en ogen.

<b>AANGENOMEN MOTIES</b>	<b>KAMERSTUK</b>	<b>STAND VAN ZAKEN</b>
Tabakswet: Motie Werner over extra middelen voor ondersteuning stoppogingen en preventie	26 472, nr. 59e	Er wordt momenteel bezien hoe één en ander op een kosteneffectieve manier concreet vorm kan worden gegeven. Hierbij wordt bezien of (incidenteel) middelen ter uitvoering van de motie kunnen worden vrijgemaakt. Het streven is erop gericht de concrete uitwerking in de loop van 2003 aan de TK te zenden.
Motie Schimmel over een onafhankelijke klachtencommissie voor medische keuringen; indien blijkt dat betrokken organisaties niet tot een onafhankelijke cie. kunnen komen, voorbereidingen treffen een onafhankelijke cie. in het leven roepen + voorafgaand aan 1 januari 1999 klachtenmeldpunt instellen	25 024, nr. 4	Klachtencommissie m.b.t. aanstellingskeuringen is ingesteld. Beide Amvb's die hier betrekking op hebben zijn m.i.v. 1 februari 2002 in werking getreden. Klachtencommissie verzekeringskeuringen nog niet, zelfreguleringsafspraken worden afgewacht.
Motie Van der Hoek over jaarlijkse evaluaties over de vraag of het zorgaanbod in de regio's daadwerkelijk op de vraag aansluit; instellen taskforce die extramuralisering en samenwerking relevante instellingen buiten GGZ gaat begeleiden + jaarlijkse evaluaties te initiëren zorgvraag en -aanbod op elkaar aansluit + TK jaarlijks per brief te informeren	25 424, nr. 19 (was nr. 11)	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 5 maart 2002 over standpunt eindadviezen. Taskforce Vermaatschappelijking en RMO
APB 2001: Motie De Hoop Scheffer en Melkert over afschaffing numerus fixus geneeskunde en maatregelen voor voldoende opleidingscapaciteit artsen	28 000, nr. 9	UITGEVOERD Zie brief aan TK van Minister VWS en Minister van OCenW d.d. 16 oktober 2001 inzake rapport «Nooit meer wachten» van de MDW-werkgroep (24 036, nr. 230)
Alg. Fin. Beschouwingen: Motie Vendrik/Marijnissen inzake het bij besprekingen over uitvoering van begroting 2001 en/of inrichting en uitvoering van begroting 2002 (Voorjaarsnota 2002 of eerder) extra gelden voor maatschappelijke opvang nadrukkelijk te overwegen voor 15 mln. euro en de Kamer daarover in elk geval te berichten	28 000 IXB, nr. 8	UITGEVOERD Zie brief aan TK inzake verdeling extra middelen specifieke uitkeringen (28 000 XVI, nr. 101)
Voorjaarsnota: Motie De Haan inzake bij indiening begroting 2002 de resultaten van een studie te presenteren die inzicht geven in hoeverre de aanbodssturing en de daarmee samenhangende bureaucratie belemmerend hebben gewerkt op een transparante en effectieve besteding van de middelen in de zorgsector	27 700, nr. 87	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 17 september 2001 inzake uitvoering motie De Haan (27 700, nr. 92)
Begroting 2002: Motie Buijs over een nota chronisch zieken 2002–2006	28 000 XVI, nr. 41	Is in voorbereiding. Stand van zaken zal eind 2002 aan TK gemeld worden.
Begroting 2002: Motie Buijs over een plan van aanpak Brabant medical school	28 000 XVI, nr. 42	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 18 maart 2002 inzake uitvoering motie Buijs en motie Hermann c.s. (28 000 XVI, nrs 42 & 56)
Begroting 2002: Motie Buijs over de uitbreiding van taken van het capaciteitsorgaan met de sector verpleging en verzorging	28 000 XVI, nr. 43	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 26 maart 2002 over de uitbreiding van het Capaciteitsorgaan met de sector verpleging en verzorging
Begroting 2002: Motie Buijs/Hermann over een toevoeging aan de budgetten van revalidatie-instellingen vanaf 2001	28 000 XVI, nr. 44	UITGEVOERD Vanaf 2002 wordt € 6,8 mln aan de budgetten van de revalidatieinstellingen toegevoegd.

<b>AANGENOMEN MOTIES</b>	<b>KAMERSTUK</b>	<b>STAND VAN ZAKEN</b>
Begroting 2002: Motie Mosterd over de vorming van zelfstandige steunpunten voor mensen met ernstige of complexe beperkingen	28 000 XVI, nr. 45	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 19 november 2001 over positionering SPD Nieuwe Stijl
Begroting 2002: Motie Mosterd over de financiering van de maatschappelijke opvang	28 000 XVI, nr. 46	Wordt meegenomen in onderzoek naar bekostiging maatschappelijke opvang en vrouwenopvang.
Begroting 2002: Motie Arib inzake het aangeven hoe financiering van de gehandicaptenzorg op langere termijn kan worden gewaarborgd	28 000 XVI, nr. 48	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 31 oktober 2001 inzake nieuwe bekostigingssystematiek gehandicaptenzorg (28 008/24 170 nr. 4)
Begroting 2002: Motie Arib/Hermann over de GGZ en de geclausuleerde openeinderegeling	28 000 XVI, nr. 49	De GGZ heeft tot op heden als enige AWBZ-sector een uitzonderingspositie – te weten geen geclausuleerde open einde regeling – gehad in het kader van het actieplan Zorg Verzekerd. De reden hiervoor was dat de indicatiestelling in de GGZ niet objectief en niet onafhankelijk genoeg was. Inmiddels hebben GGZ-Nederland en ZN er voor zorg gedragen dat per 1/7/2002 de indicatiestelling objectief, onafhankelijk en integraal is geregeld. Aangezien de indicatiestelling nu op orde is zijn er in de Zorgnota 2003 middelen beschikbaar gesteld om vanaf 1/1/2003 voor de GGZ alle verzekeringsaanspraken te honoreren.
Begroting 2002: Motie Arib over een integrale reactie op het rapport van het PMB; het verbeteren van de positie van allochtone ouderen met name op het gebied van zorg en welzijn	28 000 XVI, nr. 50	Uitwerking standpunt ligt momenteel bij het Landelijk Overleg Minderheden. Naar verwachting zal de TK hierover dit najaar worden geïnformeerd.
Begroting 2002: Motie Hermann over het faciliteren bij het organiseren van aanvullende scholing voor buitenlandse artsen	28 000 XVI, nr. 56	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 18 maart 2002 inzake uitvoering motie Buijs en motie Hermann c.s. (28 000 XVI, nrs 42 & 56)
Begroting 2002: Motie Van Blerck-Woerdman over de registratietermijn voor homeopathische middelen	28 000 XVI, nr. 57	De TK is op 4 juni 2002 gemeld dat de motie in materiële zin – namelijk via het handhavingbeleid – zal worden uitgevoerd. (DBO-CB-U-228 8290). Zie tevens brief aan TK d.d. 24 januari 2002 inzake motie en amendementen (FEZ-U-22 528 58).
Begroting 2002: Motie Van Blerck-Woerdman over een substantiële nominalisering van de zorgpremies bij de introductie van het nieuwe zorgstelsel	28 000 XVI, nr. 58	Motie is behandeld in hoofdlijnen debat «Vraag aan bod» op 13 maart 2002. Het nieuwe Kabinet zal zich over deze problematiek beraden en de TK z.s.m. informeren.
Begroting 2002: Motie Blok over het vergroten van de maximale groeps-grootte voor kinderopvang aan huis naar zes kinderen	28 000 XVI, nr. 59	De planning m.b.t. de experimenten zal op korte termijn in een brief aan de Kamer worden gezonden.
Begroting 2002: Motie Van Vliet over de ruimte voor zorgverzekeraars voor een regierol	28 000 XVI, nr. 60	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 24 januari 2002 inzake uitvoering moties en amendementen begroting VWS
Begroting 2002: Motie Van Vliet over een quick-scan naar de werking van de nieuwe richtlijn voor enkelvoudige indicatieaanvragen	28 000 XVI, nr. 61	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 26 april 2002 inzake quick-scan indicatiestelling (PP/AWBZ/227 8686)

<b>AANGENOMEN MOTIES</b>	<b>KAMERSTUK</b>	<b>STAND VAN ZAKEN</b>
Begroting 2002: Motie Van Vliet over de besteding van sectorfondsen	28 000 XVI, nr. 62	UITGEVOERD Zie Jaarbeeld Zorg 2001 (28 380, nr. 40)
Begroting 2002: Motie Rouvoet over wijziging van artikel 1 van de Grondwet door opneming van de grond «handicap en chronische ziekte»	28 000 XVI, nr. 63	Onder verantwoordelijkheid van BZK wordt de voorbereiding van een nota, in reactie op motie Rouvoet en waarin op een aantal modaliteiten wordt ingegaan, ter hand genomen. De nota zal binnen afzienbare tijd aan de Tweede Kamer worden voor gelegd. (zie brief BZK d.d. 5 april 2002, CW02/64 101).
Begroting 2002: Motie Oudkerk over het inzicht verschaffen over hoogte kortingen/bonussen en aanpassing akkoord met KNMP t.b.v. zorg en dure geneesmiddelen in ziekenhuizen	28 000 XVI, nr. 93	Het nieuwe kabinet zal zich over deze problematiek beraden en de TK zo spoedig mogelijk hierover informeren.
Begroting 2002: Motie Oudkerk over het gebruik van een bankchipcard voor tabaksautomaten	28 000 XVI, nr. 94	De TK is geïnformeerd over de uitvoering van deze motie (GZB/GZ 2 232 403).
Patiënten/consumëntenbeleid: Motie-Spoelman/Weekers over een medische ombudsman	27 807, nr. 4	KNMG en NPCF gaan een contouren notitie opstellen. Naar verwachting zal deze in het najaar gereed zijn. Na ontvangst zal de TK hierover worden geïnformeerd.
Patiënten/consumëntenbeleid: Motie Weekers c.s. over een no-fault-systeem	27 807, nr. 8	ZON/MW onderzoek zal in het najaar worden afgerond. Vervolgens zal hierover een standpunt aan TK worden gezonden.
Patiënten/consumëntenbeleid: Motie Rouvoet c.s. over concrete, toetsbare beleidsdoelstellingen	27 807, nr. 10	Uitvoering van motie zal worden meegenomen in de rapportage over voortgang «Met zorg kiezen» die in najaar 2002 naar TK zal worden gezonden.
Patiënten/consumëntenbeleid: Motie Van der Vlies c.s. over integrale beleidsvoering	27 807, nr. 11	Uitvoering van motie zal worden meegenomen in de rapportage over voortgang «Met zorg kiezen» die in najaar 2002 naar TK zal worden gezonden.
Patiënten/consumëntenbeleid: Motie Van der Vlies over een periodieke rapportage over voortgang met «Zorg kiezen»	27 807, nr. 12	De Kamer zal een jaarlijkse rapportage ontvangen; de eerste rapportage zal in najaar 2002 naar TK worden gezonden.
IC-bedden: Motie Buijs over z.s.m. voldoende geld beschikbaar stellen aan een stimuleringsfonds om de benodigde opleidingscapaciteit, ook van de IC, mogelijk te maken. 28 008, nr. 10		UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 15 mei 2002 n.a.v. toezeggingen AO 27 maart 2002. (MEVA/ABA/227 7498)
IC-bedden: Motie Arib/Buijs over behoefteraming, maatregelen en een opleidingsfonds m.b.t. IC-zorg	28 008, nr. 11	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 15 mei 2002 n.a.v. toezeggingen AO 27 maart 2002. (MEVA/ABA/227 7498)
IC-bedden: Motie Arib over IC-zorg kinderen onderbrengen in aparte regeling en iedere maand rapporteren over besteding extra middelen en realisatie extra capaciteit.	28 008, nr. 21	UITGEVOERD IC-zorg voor kinderen is ondergebracht in een aparte regeling. Zie brief aan TK d.d. 28 mei 2002 inzake Voortgangsrapportage IC. Voorts wordt de TK maandelijks gerapporteerd over de voortgang van de aanpak van de IC-problematiek voor volwassenen, kinderen en pasgeborenen. Zie brieven aan TK d.d. 8 maart 2002 inzake intensive care (28 008, nr. 27), d.d. 20 maart 2002 (DBO-CB-U-226 8412) en d.d. 26 maart 2002 (DBO-CB-U-226 9220)

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
IC-bedden: Motie Arib over behoefte en capaciteit IC-zorg in regio's afstemmen en iedere maand rapporteren over voortgang aanpak	28 008, nr. 22	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 21 februari 2002 over uitvoeringstoets College bouw ziekenhuisvoorzieningen betreffende de intensive care
IC-bedden: Motie Hermann over het landelijk kenbaar maken hoe op elk willekeurig moment de toegankelijkheid	28 008, nr. 23	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 8 maart 2002 inzake intensive care (28 008, nr. 27) en brief aan TK d.d. 15 april 2002 inzake acute opname vanuit eerste lijn.
Ambulancezorg: Motie Buijs over bestuurlijke en financiële verantwoordelijkheid provincies en voortgang project Versterking ambulancezorg	28 008, nr. 29	Zie brief aan TK inzake moties naar aanleiding van de algemeen overleggen over de huisartsenzorg, ambulances en algemene ziekenhuizen (28 008/27 295, nr. 46)
Ambulancezorg: Motie Buijs over financiële middelen voor realiseren gewenste aanrijtijden	28 008, nr. 30	Zie brief aan TK inzake moties naar aanleiding van de algemeen overleggen over de huisartsenzorg, ambulances en algemene ziekenhuizen (28 008/27 295, nr. 46)
Ambulancezorg: Motie Van der Hoek/Buijs over ontwerpen beleidsregel voor oplossen knelpunten	28 008, nr. 33	Zie brief aan TK inzake moties naar aanleiding van de algemeen overleggen over de huisartsenzorg, ambulances en algemene ziekenhuizen (28 008/27 295, nr. 46)
Huisartsen/Medisch specialisten: Motie Buijs over directe goedkeuring beleidsregel CTG over lokale kostencomponent	28 008, nr. 34	Zie brief aan TK d.d. 17 april 2002 over moties naar aanleiding van de algemeen overleggen over de huisartsenzorg, ambulances en algemene ziekenhuizen (28 008/27 295, nr. 46) en brief aan CTG d.d. 10 juni 2002 over de lokale kostencomponent (in afschrift aan de TK)
Huisartsen/Medisch specialisten: Motie Buijs over onthouden NMa van regelgeving huisartsenzorg	28 008, nr. 35	Zie brief aan TK d.d. 17 april 2002 (28 008/27 295, nr. 46) waarin het volgende is gemeld: het Kabinet is niet voornemens verdergaande acties aan de motie te verbinden.
Huisartsen/Medisch specialisten: Motie Buijs over de secundaire arbeidsvoorwaarden van huisartsen-in-opleiding	28 008, nr. 36	De TK zal in het najaar 2002 nader geïnformeerd worden over uitvoering van deze motie.
Huisartsen/Medisch specialisten: Motie Buijs over compensatie premiestijging AOV	28 008, nr. 37	Zie brief aan TK d.d. 17 april 2002 over moties naar aanleiding van de algemeen overleggen over de huisartsenzorg, ambulances en algemene ziekenhuizen (28 008/27 295, nr. 46). Nu de Kamer geen dekking voor de moties heeft aangegeven, kunnen de moties niet naar de letter worden uitgevoerd.
Huisartsen/Medisch specialisten: Motie Buijs over herijking norminkomens vrijeberoepsbeoefenaren	28 008, nr. 38	CTG stelt thans beleidsregels op. Naar verwachting zal TK in najaar 2002 worden geïnformeerd.
Huisartsen/Medisch specialisten: Motie Hermann over waarborgen kwaliteit ANW-diensten	28 008, nr. 40	In brief d.d. 17 april 2002, inzake moties naar aanleiding van de algemeen overleggen over de huisartsenzorg, ambulances en algemene ziekenhuizen (28 008/27 295, nr. 46) is de Kamer het volgende gemeld: VWS zal aandringen op waarborgen kwaliteit en continuïteit huisartsenzorg in de lokale situatie bij instellingen van ANW-diensten.

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Huisartsen/Medisch specialisten: Motie Hermann over structurele oplossingen voor investeringen in gezondheidscentra	28 008, nr. 41	In brief 17 april 2002, inzake moties naar aanleiding van de algemeen overleggen over de huisartsenzorg, ambulances en algemene ziekenhuizen (28 008/27 295, nr. 46) is de Kamer het volgende gemeld: Het gevraagde onderzoek is in gang gezet. CTG is bezig uitvoeringstoets op te stellen.
Huisartsen/Medisch specialisten: Motie Arib over adviezen commissie Tabaksblad	28 008, nr. 42	Het nieuwe kabinet zal zich over deze problematiek beraden en de TK hierover z.s.m. informeren. Ook het rapport van de Cie. Modernisering eerste lijn wordt hierbij betrokken.
Alcoholnota: Motie Hermann over duidelijke vermelding alcoholpercentages en leeftijdsgrens op verpakking en intensivering leeftijdscontrole bij verkoop	27 565, nr. 5	Op verzoek van Nederland zal de Europese Commissie een volgende vergadering van het Permanent Comité voor de voedselketen en de diergezondheid wijden aan een brede gedachtewisseling over de verschillende aspecten van etikettering, waaronder die van alcoholhoudende dranken. Nederland zal bij die gelegenheid uiteenzetten op welke wijze het alcoholpercentage duidelijker vermeld zou kunnen worden. De Keuringsdienst van Waren is het afgelopen jaar en zal nog verder worden versterkt met tientallen controleurs voor een beter toezicht op de naleving van de Drank- en Horecawet. Voorts is een financiële bijdrage aan de branche verstrekt voor het informeren en instrueren van het barpersoneel en caissières. Zie brief aan TK over de aangenomen moties Alcoholnota (27 565, nr. 20).
Alcoholnota: Motie Oudkerk over een verbod alcoholmarketing gericht op jongeren	27 565, nr. 7	De organisaties wier achterban betrokken is bij de productie, import, promotie en distributie van alcoholhoudende dranken zijn gevraagd of ze bereid zijn de alcoholmarketing gericht op jongeren geheel achterwege te laten. Het moet mogelijk zijn deze kwestie adequaat te regelen in de zelfreguleringscodes en in het komende besluit krachtens de Drank- en Horecawet ter beperking van alcoholmarketing. Dit Reclamebesluit is thans in voorbereiding. Zie brief aan TK over de aangenomen moties Alcoholnota (27 565, nr. 20)
Alcoholnota: Motie Oudkerk over een verbod op happy-hours	27 565, nr. 8	Het aankondigen van en de promotie voor «happy hours» zal worden aangepakt in het komende Reclamebesluit. «Happy hours» zèlf verbieden behoeft wijziging van de Drank- en Horecawet indien zelfregulering mislukt. Zie brief aan TK over de aangenomen moties Alcoholnota (27 565, nr. 20)
Alcoholnota: motie Buijs over het ontwikkelen van beleid op gebied preventie en voorlichting, gericht op terugdringing alcoholmisbruik onder jongeren	27 565, nr. 9	Aan de hand van de doelstellingen uit «Declaration on Young People and Alcohol» (WHO, 2000) wordt nagegaan welke extra inspanningen Nederland op dit punt kan leveren. Zie brief aan TK over de aangenomen moties Alcoholnota (27 565, nr. 20)

<b>AANGENOMEN MOTIES</b>	<b>KAMERSTUK</b>	<b>STAND VAN ZAKEN</b>
Alcoholnota : Motie Buijs over de uitwerking van een plan voor het instellen van een preventieconsulent door GGD in basison-derwijs	27 565, nr. 10	GGD Nederland is verzocht om het in de motie bedoelde plan spoedig uit te werken. De financiering hiervan kan gevonden worden in het recent gecreëerde fonds ter versterking van de openbare gezondheidszorg. Zie brief aan TK over de aangenomen moties Alcoholnota (27 565, nr. 20)
Alcoholnota: Motie Kant over het ter beschikking stellen van € 204 201 voor onderzoek naar excessief alcoholgebruik	27 565, nr. 12	Er is overlegd met het Bureau Nationale Drugmonitor (NDM) hoe zo'n monitoring van drinkgewoonten onder jongeren het beste geoperationaliseerd kan worden. Het NDM zal daartoe binnenkort een voorstel indienen. Op basis daarvan wordt inhoudelijk en financieel besloten over extra onderzoek en monitoring. Zie brief aan TK over de aangenomen moties Alcoholnota (27 565, nr. 20)
Alcoholnota: Motie Rouvoet over voor 31/12/2001 de Kamer informeren over inventarisatie van mogelijkheden relatie openbare dronkenschap en alcoholpromillage	27 565, nr. 15	UITGEVOERD Zie brief aan TK van 22 maart 2002 inzake uitvoering motie Rouvoet (27 565, nr. 22)
Alcoholnota: Motie Van der Vlies over een wettelijk verbod stunt-aanbiedingen en dumprijzen m.b.t. alcohol	27 565, nr. 16	Fabrikanten en verkooppunten van alcohol is gevraagd hoe zij staan tegenover het vrijwillig afzien van stuntaanbiedingen en dumprijzen. Het aankondigen van en de promotie voor stuntaanbiedingen en dumprijzen wordt geregeld in het komende Reclamebesluit. Dumprijzen en stuntaanbiedingen zelf verbieden behoeft wijziging van de Drank- en Horecawet. Dit wetsvoorstel is in voorbereiding. Zie brief aan TK over de aangenomen moties Alcoholnota (27 565, nr. 20)
Alcoholnota: Motie Lambrechts over op eerste verantwoordingsmoment in mei 2002 de bijdrage van andere departementen aan handhaving, voorlichting en onderzoek in beeld brengen op het gebied van alcoholpreventie	27 565, nr. 17	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 8 juli 2002 inzake uitvoering motie
Voedselveiligheid: Motie Waalkens over de NVa onderbrengen onder primaire verantwoordelijkheid van het departement van VWS	26 991, nr. 50	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 22 januari 2002 inzake over uitbreiding van de taak van de Voorlopige Nederlandse Voedsel Autoriteit (NVA) (26 991, nr. 59)
Biotechnologie: Motie Swildens-Rozendaal over het tijdig oppositie instellen bij het Europees Octrooi Bureau tegen verleende en aangevraagde octrooien	27 428, 27 543, nr. 12	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 20 februari 2002 over onderzoek naar eigen betalingen geneesmiddelen
Biotechnologie: Motie Feenstra over de integrale monitoring inzake de NVa; biotechnologie & toepassing van genetica in de gezondheidszorg	27 428, 27 543, nr. 13	Advies Gezondheidsraad wordt binnenkort verwacht. Vervolgens zal de TK z.s.m. een rapportage tegemoet kunnen zien
Biotechnologie: Motie Ross-Van Dorp over informatiemateriaal over geneesmiddelverstrekking en biotechnologie via het internet; biotechnologie & toepassing van genetica in de gezondheidszorg	27 428, 27 543, nr. 19	In samenwerking met de gezondheidskiosk zal dit informatiemateriaal worden opgesteld. De verwachting is dat in het najaar het informatie-materiaal gereed is en verspreid kan worden onder o.m. de zorgverleners

<b>AANGENOMEN MOTIES</b>	<b>KAMERSTUK</b>	<b>STAND VAN ZAKEN</b>
Biotechnologie: Motie Dittrich over het recht op weten en op niet weten van erfelijke aandoeningen; biotechnologie & toepassing van genetica in de gezondheidszorg	27 428, 27 543, nr. 20	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 24 mei 2002 inzake ZON/MW Consultatie genetica (IBE-228 5477)
Biotechnologie: Motie Dittrich over de werkzaamheden van adviesorganen; biotechnologie & toepassing van genetica in de gezondheidszorg	27 428, 27 543, nr. 21	Naar verwachting zal de TK binnenkort worden geïnformeerd over de uitvoering van deze motie.
Biotechnologie: Motie Hermann over ontwikkeling en financiële toegankelijkheid van (wees) geneesmiddelen; biotechnologie & toepassing van genetica in de gezondheidszorg	27 428, 27 543, nr. 22	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 17 mei 2002 inzake toegang tot en ontwikkeling van wees-geneesmiddelen.
Sport: Motie Th. Meijer over het nationaal sportmuseum in Lelystad	27 841, nr. 3H	De TK zal z.s.m. worden geïnformeerd over de uitvoering van deze motie.
Sport: Motie Middel over de invulling van een landelijk topsportaccommodatie en- evenementenbeleid	27 841, nr. 4H	UITGEVOERD Zie brief TK d.d. 17 juli 2002 over topsport evenementen- en accommodaties.
Sport: Motie Rijpstra/Middel over het doen van onderzoek naar de wenselijkheid op nationaal niveau tot sportwetgeving te komen	27 841, nr. 7H	De TK wordt z.s.m. geïnformeerd over de voortgang.
Sport: Motie Ravestein over gehandicaptensport op de televisie	27 841, nr. 8H	Overleg met de directie van de NOS heeft inmiddels plaatsgevonden. In overleg met de NOS is het bestuurlijk overleg gepland na de zomervakantie. Vervolgens zal de TK z.s.m. worden geïnformeerd.
Ziekenhuiszorg: Motie Buijs over verzoek doorstart Slotervaartziekenhuis mogelijk te maken met behoud klinische, poliklinische en opleidingsfuncties	27 295, nr. 6	Er ligt een intentieverklaring Slotervaartziekenhuis. Zie brief aan TK d.d. 25 februari 2002.
Ziekenhuiszorg: Motie Hermann over het bereikbaarheidscriterium bij verloskunde en kindergeneeskunde	27 295, nr. 9	Zie brief aan TK d.d. 1 februari 2002 inzake spreiding ziekenhuiszorg, eerste tranche
Ziekenhuiszorg: Motie Van Blerck-Woerdman over uitbreiden onderzoek naar correlatie overhead en productie	27 295, nr. 14	Met ingang van 23 mei 2002 is een onderzoek gestart naar de correlatie overhead en personeel. In september 2002 zal de Kamer worden geïnformeerd over de eindresultaten. Zie brief aan TK d.d. 3/6/02 inzake uitvoering motie (MEVA/ABA/228 7678)
Ziekenhuiszorg: Motie Van Blerck-Woerdman over experimenteerartikel in de WZV	27 295, nr. 15	Zie brief aan TK d.d. 17 april 2002 over moties naar aanleiding van de algemeen overleggen over de huisartsenzorg, ambulances en algemene ziekenhuizen (28 008/27 295, nr. 46). De motie kan om wettechnische redenen niet worden uitgevoerd. Zie tevens brief d.d. 26 maart 2002 inzake experimenteerartikel WZV i.v.m bereikbaarheid ziekenhuiszorg (27 295, nr. 13).



<b>AANGENOMEN MOTIES</b>	<b>KAMERSTUK</b>	<b>STAND VAN ZAKEN</b>
Ziekenhuiszorg: Motie Van Blerck-Woerdman over voorzieningenniveau in Zeeland	27 295, nr. 16	Zie brief aan TK d.d. 17 april 2002 over moties naar aanleiding van de algemeen overleggen over de huisartsenzorg, ambulances en algemene ziekenhuizen (28 008/27 295, nr. 46). Motie wordt gezien als ondersteuning van het beleid.
Ziekenhuiszorg: Motie Hermann over bereikbaarheids criterium van 30 minuten	27 295, nr. 17	Zie brief aan TK d.d. 17 april 2002 over moties naar aanleiding van de algemeen overleggen over de huisartsenzorg, ambulances en algemene ziekenhuizen (28 008/27 295, nr. 46). Hierin is aangegeven dat de motie door gebrek aan middelen niet kan worden uitgevoerd.
Ziekenhuiszorg: Motie Buijs over concentratie functies ziekenhuizen Goes en Vlissingen	27 295, nr. 19	Zie brief aan TK d.d. 17 april 2002 over moties naar aanleiding van de algemeen overleggen over de huisartsenzorg, ambulances en algemene ziekenhuizen (28 008/27 295, nr. 46). Hierin is aangegeven dat het sluiten van de functie kindergeneeskunde in de kliniek in Vlissingen het best haalbare is.
Ziekenhuiszorg: Motie Arib over toezicht op uitwerking fusie- en concentratiestop	27 295, nr. 22	Zie brief aan TK d.d. 17 april 2002 over moties naar aanleiding van de algemeen overleggen over de huisartsenzorg, ambulances en algemene ziekenhuizen (28 008/27 295, nr. 46). Hierin is aangegeven op welke wijze VWS invulling zal geven aan deze motie.
Ziekenhuiszorg: Motie Arib/Buijs over wijz. beleidsregel ex art. 3 WZV	27 295, nr. 23	Zie brief aan TK d.d. 17 april 2002 over moties naar aanleiding van de algemeen overleggen over de huisartsenzorg, ambulances en algemene ziekenhuizen (28 008/27 295, nr. 46).
Wet Bopz: Motie Dittrich over rechterlijke goedkeuring van behandelingsplan in kader van evaluatie voorwaardelijke machtiging	27 289, nr. 33	Zie brief TK d.d. 22 februari 2002 (27 289, nr. 33). Daarin is vermeld dat dit wordt meegenomen met volgende evaluatie Wet BOPZ.
Wet Bopz: Motie Buijs over het binnen 2 maanden opstellen van een plan van aanpak versnelde uitbreiding capaciteit gewenste hulpverlening verkommerden, verloederden, zorgmijden	27 289, nr. 34	Brief naar TK d.d. 22 februari 2002 (27 289, nr. 33) waarin is vermeld dat plan van aanpak komt na afronding onderzoek.
Wet Bopz: Motie Rouvoet over onderzoek naar observatiemachtiging en rapporteren over uitkomsten na 2 jaar	27 289, nr. 35	UITGEVOERD Brief naar TK d.d. 22 februari 2002 (27289, nr. 33) inzake aangenomen moties Wet Bopz.
Wet Bopz: Motie Hermann: Onderzoeksopzet evaluatie observatiemachtiging	27 289, nr. 36	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 22 februari 2002 (27 289, nr. 33) waarin is gemeld dat voor inwerkingtreding wetsvoorstel 27 289 opzet evaluatie naar TK zal worden gezonden.
Vraag aan bod: Motie Arib/Oudkerk over financiële garanties ouderen en chronisch zieken bij introductie nieuw stelsel	27 855, nr. 11	De wijze van uitvoering van deze motie zal worden overgelaten aan het volgend kabinet.
Vraag aan bod: Motie Buijs over eerstelijnspsycholoog in basispakket	27 855, nr. 12	Het nieuwe kabinet zal zich over deze problematiek beraden en de TK hierover informeren.
Vraag aan bod: Motie Bakker over uitwerking positie patiënten en verzekeren in nieuw stelsel	27 855, nr. 13	UITGEVOERD Motie worden in de Nota's Vraag aan Bod en Met zorg Kiezen tot uitvoering gebracht.

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Wijziging Wet BIG: Motie-Rouvoet over deskundigen met een sociale of sociaal-agogische opleiding	27 669, nr. 9	De Kamer zal hierover vóór 1 januari 2003 geïnformeerd worden, mede naar aanleiding van de resultaten van de evaluatie van de Wet BIG en de besluitvorming over adviezen van het CONO over de beroepenstructuur in de GGZ.
Wijziging Wet BIG: Motie-Hermann over kennelijk ontbreken van deskundigheid	27 669, nr. 10	Op grond van de resultaten van de evaluatie van de Wet BIG die eind 2002 beschikbaar komen, zal in overleg met IGZ worden bezien op welke wijze tegemoet kan komen aan de wens van de TK.
Wijziging Wet BIG: Motie-Weekers over optreden tegen schadelijke kwakzalvers	27 669, nr. 12 (was 8)	Op grond van de resultaten van de evaluatie van de Wet BIG die eind 2002 beschikbaar komen, zal in overleg met IGZ worden bezien op welke wijze tegemoet gekomen kan worden aan de wens van de TK.
Drugs: Motie Van de Camp over het testen van XTC-pillen op locatie	24 077, nr. 98	UITGEVOERD In het Strategisch Akkoord heeft het nieuwe kabinet aangegeven te stoppen met testen op locatie.
Oorlogsgetroffenen: Motie Middel over compensatie voor de voormalige dwangarbeiders in nazi-Duitsland	20 454, nr. 58	Het standpunt van de regering op deze motie is op 25 februari 2002 aan de TK gezonden (20 545, nr. 61).
Suppletore VWS: Motie Buijs over de onderuitputting van de Zorgnota 2001	28 321, nr. 12	In het overleg met de TK inzake de eerste suppletore begroting 2002 (d.d. 24 april 2002) heeft de Minister aangegeven dat de onderuitputting die in de motie wordt verondersteld zich volgens de voorlopige afrekening 2001 niet voordoet. Mocht uit de definitieve afrekening 2001 toch blijken dat zich onderuitputting in 2001 heeft voorgedaan, dan staat de Minister sympathiek tegenover deze motie. Er zal wel moeten worden bezien in hoeverre deze structureel van aard is. Vervolgens zal de ontstane ruimte worden betrokken bij de besluitvorming in het kabinet. De in de motie voorgestelde bestemming zal afgewogen worden tegen andere prioriteiten. Wachttijsten blijven prioriteit houden.
Gehandicaptenbeleid: Motie Passtoors over wetsvoorstel toegankelijkheid en bereikbaarheid	24 170, nr. 68H	Met brief van 18 december 2001 (24 170, nr. 70) heeft het kabinet aangegeven hoe zij met deze motie wil omgaan. Voor de terreinen openbaar vervoer, wonen, goederen, diensten en stedelijke ruimten zal zij financiële, juridische en maatschappelijke consequenties van opneming in het wetsvoorstel gelijke behandeling op grond van handicap en chronische ziekte bezien. Zodra hierover op een terrein helderheid is, zal de TK geïnformeerd worden. Voor wonen en (openbaar) vervoer wordt voorts aangesloten bij ontwikkelingen rondom het dienstverleningstelsel.

---

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Elektromagnetische velden: Motie Wagenaar over aanvullend onderzoek naar lange termijn effecten van radiofrequente elektromagnetische velden.	27 561, nr. 10	Met betrekking tot het in de motie verzochte nadere onderzoek naar klachten, is er vooruitlopend op het gevraagde advies van de Gezondheidsraad aan TNO verzocht een onderzoek uit te voeren naar de invloed van radiofrequente straling op cognitieve functies bij mensen die een klacht hebben ingediend bij het meldpunt Milieu en Gezondheid. De verwachting is dat dit onderzoek in het najaar afgerond zal kunnen worden.

---

## MOTIES EN TOEZEGGINGEN

### Toezeggingen bewindspersonen aan de Tweede Kamer

WAT IS TOEGEZEGD?	VINDPLAATS	STAND VAN ZAKEN
Het standpunt op de rapportage van het CVZ over de dieetadvisering en voedingsvoorlichting aan de Kamer zenden	Brief CZ/EZ/2211 867, d.d. 11 september 2001	Naar verwachting zal het standpunt in november 2002 aan de Kamer worden gezonden.
De Kamer informeren over de bevindingen van het CVZ inzake het evaluatieonderzoek m.b.t. het tandheelkundig pakket	Brief CSZ/EZ-2177415, d.d. 11 mei 2001	Evaluatieonderzoek is naar verwachting eind 2002 gereed. De Kamer zal vervolgens z.s.m. worden geïnformeerd.
Voorstel omschrijving kerntaken IGZ ivm de nieuwe werkwijze na de lopende reorganisatie	AO Eindrapportage IGZ, d.d. 12 september 2001 (28 000 XVI, nr. 6)	De IGZ heeft het voorstel kerntaken naar de minister gezonden. Het nieuwe kabinet zal hierover een besluit nemen en de TK informeren.
Beleidsprogramma medische biotechnologie	Planningsbrief 2001–2002, d.d. 12 oktober 2001	Na de bespreking van de integrale beleidsnota biotechnologie met de Kamer wordt een nieuw beleidsprogramma op dit moment nog niet opportuun geacht. In plaats daarvan is begin 2002 voor een periode van twee jaar het project Biotechnologie als Open Beleidsproces (BOB) gestart. Een doelstelling van dit project is dat het departement in gesprek blijft met alle actoren (wetenschap, patiënten, behandelaren, industrie) op het terrein van biotechnologie. Dit levert meer betrokkenheid op van de genoemde actoren en doet het beleid beter aansluiten op vragen vanuit de maatschappij. De TK zal medio 2002 worden geïnformeerd over de voortgang.
Standpunt op advies van de GR inzake prenatale screening aan de Kamer zenden	Brief CSZ/ME 2178189, d.d. 9 mei 2001	Het standpunt zal in het najaar 2002 aan de Kamer worden gezonden.
De minister zal het onderzoek van ZON/MW over «no fault-compensation» naar de Kamer sturen tezamen met een standpunt	Nota-overleg Patiënten/ Consumentenbeleid «Met zorg kiezen» (27 807, nr. 1), d.d. 18 maart 2002 (27 807, nr. 14)	De Kamer zal naar verwachting in het najaar 2002 het rapport en het standpunt van de minister ontvangen.
Het rapport van de GR inzake Non hart beating (NHBD) met standpunt aan Kamer zenden	Brief CSZ/ZT/2151525, d.d. 20 februari 2002	Naar verwachting zal het rapport met standpunt rond de jaarwisseling aan de Kamer worden gezonden.
(Voortgangs)rapportage benchmark thuiszorg en testgegevens benchmark V&V	Plenair overleg Begroting VWS 2002 en Zorgnota 2002, d.d. 4 december 2001 (Handelingen 2001–2002, nr. 32)	Rapportage met brief VVO-2282735 d.d. 10 juni 2002 aan de Kamer gezonden. De tweede tranche over 150 V&V-huizen zal worden uitgevoerd in het laatste kwartaal van 2002.
Toezenden CVZ-rapport aan Kamer over aanspraak op cholesterolverlagende middelen	Brief DBO-U-2234198, d.d. 16 november 2001	Naar verwachting zal het CVZ-rapport in juli worden ontvangen en vervolgens aan de Kamer worden gezonden. Het standpunt zal dan uiterlijk oktober naar de Kamer gaan.
Evaluatie herstructurering bloedvoorziening Wet inzake Bloedvoorziening (artikel 25)	Brief GMT/MT 2273116, d.d. 15 april 2002	In brief is gemeld dat rond de jaarwisseling een voortgangsrapportage zal verschijnen. De definitieve wetsevaluatie wordt oktober 2003 verwacht.
Tweede evaluatie Wet op de orgaandonatie	Brief GMT/MT 2258548, d.d. 22 februari 2002	Tweede evaluatie is naar verwachting eind 2003 door ZONMW afgerond. Daarna wordt Kamer z.s.m. geïnformeerd.

WAT IS TOEGEZEGD?	VINDPLAATS	STAND VAN ZAKEN
Opzetten nieuwe structuur donorwerving, de uitkomsten aan de Kamer informeren	Brief GMT/MT 2258548, d.d. 22 februari 2002	Samen met de Nederlandse Transplantatie Stichting wordt gewerkt aan een plan van aanpak voor de nieuwe structuur. Naar verwachting zal de Kamer begin 2003 over een nieuwe opzet worden geïnformeerd.
Notitie met nadere toelichting op de relatie van de voorgestelde nieuwe beroepenstructuur in de ggz en de regels van de wet-BIG	AO GGZ/Maatschappelijke opvang, d.d. 7 maart 2002 (25 424, nr. 43)	Wordt meegenomen in de memorie van toelichting bij de wetswijziging.
Preventie; Strategienota infectieziekten	Nota-overleg Zorgnota, d.d. 13 november 2000 (27 401, nr. 8)	Naar verwachting zal de nota eind 2002 aan de Kamer worden gezonden.
Beleidsnota i.h.k.v. de vierjaarlijkse plicht van rijksoverheid om prioriteiten vast te leggen t.b.v. gemeentelijk gezondheidsbeleid	Planningsbrief 2001–2002, d.d. 12 oktober 2001	Naar verwachting zal de nota in november 2002 aan de Kamer worden gezonden.
Tabaksnota II; Beleidsnota ter aanscherping van het tabaksontmoedigingsbeleid	Planningsbrief 2001–2002, d.d. 12 oktober 2001	Naar verwachting zal de nota in november 2002 aan de Kamer worden gezonden.
Standpunt op het advies door de RVZ inzake «Volksgezondheid en Zorg»	Brief GZB/GZ 2245597, d.d. 21 december 2001	Het standpunt zal eind 2002 aan de Kamer worden gezonden. In brief GZB/GZ 2 272 033, d.d. 8 april 2002, is gemeld dat standpunt samenhangt met vormgeving toekomstig zorgstelsel en met de nota gezondheidsbeleid die eind 2002 zal verschijnen.
3e en volgende voortgangsrapportages groot project AWBZ	AO Modernisering AWBZ van 24 januari 2002 (24 036, nr. 248)	Voortgangsrapportage wordt in september 2002 aan de Kamer gezonden.
Advies van Gezondheidsraad inz. hersenbeschadiging bij sport, voorzien van een beleidsstandpunt aan Kamer doen toekomen.	Brief DBO-CB-U-2105643, d.d. 22 september 2000	Het advies van de Gezondheidsraad wordt in het voorjaar van 2003 verwacht.

## AFKORTINGENLIJST

ACBG	Agentschap College Beoordeling van Geneesmiddelen
Agio	Assistenten-geneeskundige in opleiding
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AOR	Algemene Oorlogsongevallenregeling Indonesië
APB	Algemene Politieke Beschouwingen
AVVV	Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden
Awb	Algemene wet bestuursrecht
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZN	Ambulancezorg Nederland
AZR	AWBZ-brede zorgregistratie
BANS	Bestuursakkoord nieuwe stijl
BIG	Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BJZ	Bureau Jeugdzorg
BMC	Bureau voor Medicinale Cannabis
BMR	Bof, Mazelen en Rode hond
BoinK	Belangenvereniging van Ouders in de Kinderopvang
BOPZ	Wet Bijzondere Opneming Psychiatrische Ziekenhuizen
BPRC	Biomedical Primate Research Centre
BRG	Besluit registratie geneesmiddelen
BSE	Boviene Spongiforme Encephalopathie
CAO	Collectieve Arbeids Overeenkomst
CAWJ	Convenant Arbeidsmarkt Welzijn en Jeugd-hulpverlening
CAZ	Convenant Arbeidsmarkt Zorgsector
CBG	College ter Beoordeling van Geneesmiddelen
CBG-MEB	College ter beoordeling van Geneesmiddelen – Medicines Evaluation Board
CBO	Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CENSIS	Centrale Stichting van Internaten voor Schippers- en Kermisjeugd
CFI	Centrale Financiën Instellingen
CIBG	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg
CIJ	Centraal informatie Jeugdzorg
CIP	Code Indeling PrestatieIndicator
CJD	Creutzfeldt-Jakob
CMS	Concerned Member State
COPZ	Centra voor Ontwikkeling Palliatieve Zorg
CPB	Centraal Plan Bureau
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
C&V	Stichting Consument en Veiligheid
CVA	Cerebro Vasculair Accident
CVZ	College Voor Zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DEFACTO	voorheen Stichting Volksgezondheid en Roken
DGV	Doelmatige Geneesmiddelen Voorziening
DHW	Toezicht Drank- en Horecawet
DKTP	Difterie Kinkhoest Tetanus Polio
Doconed	Doping controle Nederland
DSB	Directie Sociaal Beleid
DTP	Difterie Tetanus Polio

ECO-GSB	Extra Comptabele Overzicht Grotestedenbeleid
EER	Europese Economische Ruimte
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
EMEA	Europees bureau voor de beoordeling van geneesmiddelen
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
ERP	Enterprise Resources Planning
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
EU	Europese Unie
FH	Familiaire Hypercholesterolemie
FIOM	Federatie Instellingen Ongehuwde Moeders
FMT	Farmacie en Medische Technologie
FORUM	Instituut voor Multiculturele ontwikkeling
Fte	Fulltime Equivalent
FTO	Farmaco Therapie Overleg
FTTO	Farmacologisch Transmuraal Therapeutisch Overleg
GBW	Gezondheidsbevordering op de werkplek
GeBu	Geneesmiddelenbulletin
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGO	Genetisch Gemodificeerde Organismen
GGOT	Geestelijke gezondheidszorg, Gehandicaptenzorg, Ouderenzorg en Thuiszorg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GGZ/MZ	Geestelijke Gezondheidszorg/Maatschappelijke Zorg
GGZN	Geestelijke Gezondheidszorg Nederland
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
GMT	Geneesmiddelen en Medische Technologie
GOA	Gemeentelijke Onderwijs Achterstandenbeleid
GOMO	Gestructureerd Overleg Maatschappelijke Opvang
GR	Gezondheidsraad
GSB	Grotestedenbeleid
GSI	Grotesteden- en Integratiebeleid
GSM	Global System for Mobile communications
GVM	Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke Opvang
GVS	Geneesmiddelen Vergoedingensysteem
HACCP	Hazard Analysis and Critical Control Points
HepB	Hepatitis B
HGIS	Homogene Groep Internationale Samenwerking
HIB	Haemophilus Infuenza type b
HIC	Hulpmiddeleninformatiecentrum
HIV	Humaan Immunodeficiëntie Virus
HKZ	Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
HTA	Health Technology Assessment
ICODO	Informatie- en Coördinatieorgaan Dienstverlening Oorlogsgetroffenen
ICT	Informatie- en Communicatietechnologie
IGCZ	Interdepartementale Werkgroep Inkomenspositie Chronisch Zieken en Gehandicaptten
IGLO	Intergemeentelijk en Lokaal Ouderenbeleid
IGZ	Inspectie Gezondheidszorg
IKC	Intregale Kankercentra

IPO	Inter Provinciaal Overleg
ISI	Interactief Systeem voor Informatieverwerking
ISIS	Infectieziekten Surveillance Informatie Systeem
ISSA	Informatie- en Servicepunt Sociale Activering
ITF	International Task Force
IVP2	Integraal Veiligheidsprogramma
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KAG	Keuringsraad Aanprijzing Gezondheidsproducten
KDC	Kinderdagcentrum
KNCV	Koninklijke Nederlandse Chemische Vereniging
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
KvW	Keuringsdienst van Waren
Lareb	Stichting Landelijke Registratie en Evaluatie Bijwerkingen
LCI	Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektenbestrijding
LCO	Landelijk Centrum Opbouwwerk
LIS	Letsel Informatie Systeem
LJO	Landelijke Jongerenorganisatie
LMCR	Landelijke Centrale Middelen Registratie
LOIB	Landelijke Overlegplatform Internationaal Beleid
MAP	Meerjarenactiviteitenplan
MCG	Meervoudig Complexe Handicaps
MCZ	Modernisering Curatieve Zorg
MDW	Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit
MenC	Meningococcal conjugate group C vaccine
MHERZA	Maastricht Health Economics Research and Consultancy Agency
MJA	Meerjarenafspraken
MMO	Monitor Maatschappelijke Opvang
MMT	Mobiele Medische Teams
MO	Maatschappelijke Opvang
MOG	Maatschappelijke Ondernemers Groep
MRP	Mutual Recognition Procedure
NA	Nationaal Agentschap
NDM	Nationale Drugmonitor
Necodo	Nederlands centrum voor dopingvraagstukken
NEN	Nederlands Normalisatie-instituut
NGR	Nederlandse Gezinsraad
NIBUD	Nationaal Instituut voor Budgetvoorlichting
NICAM	Nederlands Instituut voor Classificatie van Audiovisuele Media
NICTIZ	Nationaal ICT Instituut in de Zorg
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NIPO	Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie
NISB	Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen
NISSO	Nederlands Instituut voor Sociaal en Sexuologisch Onderzoek
NIVEL	Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg
NIVU	Nederlands Instituut voor Urgentiegeneeskunde
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NJR	Stichting Nationale Jeugdraad



NOV	Nederlandse Organisatie Vrijwilligers
NPHF	Nederlandse Public Health Federatie
NSPH	Netherlands School of Public Health
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsge- neeskunde
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
NZI	Nationaal Ziekenhuis Instituut
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
OGZ	Openbare Gezondheidszorg
O&O	Opvoedingsondersteuning & Ontwikkelingsstimulering
OSA	Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek
P&C	Planning en Controle
P&O	Personeel en Organisatie
PEO	Projecten, Experimenten en Onderzoek
PGB	Persoonsgebonden budgetfinanciering
PIOFAH	Personeel, Informatie, Organisatie, Financiën, Automa- tisering en Huisvesting
PSUR	Periodic Safety Update Report
PUR	Pesioen- en Uitkeringsraad
PV	Permanent Vertegenwoordiger
RAZW	Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn
RGO	Raad voor Gezondheidsonderzoek
RHB	Rijkshoofdboekhouding
RIO	Regionale Indicatie Orgaan
RIPAGG	Regionale Instellingen Patiëntenregistratiesysteem in de GGZ
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RJHV	Registratiesysteem Jeugdhulpverlening
Rkb	Regeling uitbreiding kinderopvang en buitenschoolse opvang
RMNO	Raad voor Ruimtelijk, Milieu- en Natuuronderzoek
RMO	Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling
RMS	Reference Member State
RP/CP	Regionale Patiënten/Consumenten Platforms
RPE	Regeling Prestatiegegevens en Evaluatieonderzoek
RVP	Rijksvaccinatieprogramma
RVV	Rijksdienst voor de keuring van Vee en Vlees
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SBOH	Stichting Beroepsopleiding tot Huisarts
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SCV	Stichting Consument en Veiligheid
SEH	Spoedeisende Hulpafdeling
SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen
SGB	Staat van de gezondheidsbescherming
SGBO	Sociaal-Geografisch en Bestuurskundig Onderzoek
SIR	Stevenshof Institute of pharmacy practice Research
SOA	Sexueel Overdraagbare Aandoeningen
SOM	Samenwerkende Organisaties voor Maatschappelijk Activeringswerk
SOMS	Strategie Omgaan Met Stoffen
SPD	Sociaal Pedagogische Dienst
SRJ	Sectoraal Registratiepunt Jeugdhulpverlening
SRJV	Stichting Registratie Jeugdvoorzieningen

STT	Stichting Toekomstbeeld der Techniek
SVM	Stichting Vrijwilligersmanagement
SWAB	Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TB	Tuberculose
TNO	Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
TVP	Tijdelijke vergoedingsregeling psychotherapie
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
VBOK	Vereniging ter Bescherming van het Ongeboren Kind
VBTB	Van Beleidsbegroting naar Beleidsverantwoording
VGB	Directie Voeding en Gezondheidsbescherming
VN	Verenigde Naties
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VO	Vrouwen Opvang
VOG	Vereniging van Ondernemingen in de Gepremieerde en Gesubsidieerde Sector
VSW	Steunfuncties Welzijn
VTV	Volksgesondheidstoekomst Verkenningen
V&V	Verpleging en Verzorging
VVE	Voor- en vroegschoolse educatie
V&W	Verkeer en Waterstaat
VWA	Voedsel en Waren Autoriteit
WAO	Wet op de Arbeidsongeschiktheid
WBK	Wet Basisvoorziening Kinderopvang
Wbp	Wet Buitengewoon Pensioen 1940–1945
Wbp-z	Wet Buitengewoon Pensioen zeelieden-oorlogsslachtoffers
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WGP	Wet Geneesmiddelenprijzen
WHO	Werldgezondheidsorganisatie
WIN	Wet Inburgering Nieuwkomers
WIP	Werkgroep Infectie Preventie
Wiv	Wet buitengewoon pensioen Indisch Verzet
WKvL	Wet Kwaliteit en Veiligheid Lichaamsmateriaal
WOB	Wet Openbaarheid van Bestuur
Wobka	Wet opnemng buitenlandse kinderen ter adoptie
WOD	Wet op de orgaandonatie
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WTZ	Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen
Wubo	Wet Uitkeringen Burger-Oorlogsslachtoffers 1940–1945
Wuv	Wet Uitkeringen Vervolgingslachtoffers 1940–1945
WVG	Wet Voorzieningen Gehandicapten
ZBO	Zelfstandig Bestuursorgaan
ZFW	Ziekenfondswet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZON MW	ZorgOnderzoek Nederland/Medische Wetenschappen
Zorg-IS	Zorg Informatie Systeem

## TREFWOORDENREGISTER

Alcohol 15, 40, 41, 83, 90, 92, 150, 176, 233, 262, 263  
Arbeidsmarkt 64, 110, 112, 115, 119, 120, 121, 123, 206, 239  
AWBZ 19, 20, 27, 30, 32, 33, 35, 67, 87, 109, 111, 113, 118, 189, 190, 191,  
194, 195, 200, 201, 202, 252, 253, 256, 257, 259, 269, 270  
Betaalbaarheid 12, 21, 67, 73, 172, 203  
Bioterrorisme 15, 42, 61, 175, 232  
Bloedvoorziening 77, 81, 172, 268  
Breedtesport 23, 148, 149, 151, 152  
Consumentenbescherming 174  
Curatieve zorg 27, 34, 55, 56, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 80,  
81, 88  
Ethiek 15, 16, 61, 198, 256  
Gehandicaptenzorg 27, 105, 106, 201, 259  
Geneesmiddelen 14, 16, 26, 27, 29, 37, 52, 61, 73, 74, 75, 76, 79, 90, 169,  
170, 172, 180, 181, 183, 184, 186, 197, 198, 210, 216, 217, 218, 219, 220,  
221, 222, 223, 224, 232, 255, 260, 263, 264, 270, 271  
Gezondheidsbescherming 1, 13, 176, 183, 229, 273  
Handhaving 36, 40, 41, 49, 51, 69, 169, 174, 175, 176, 177, 234, 259, 263  
Huisartsen 18, 28, 35, 44, 61, 65, 79, 87, 89, 97, 172, 231, 261, 262, 264,  
265  
ICT 15, 16, 30, 32, 62, 66, 68, 70, 71, 80, 83, 96, 97, 112, 150, 204, 231, 232,  
271, 272  
Inburgering 137, 143, 144  
Indicatiestelling 35, 88, 101, 102, 106, 200, 201, 202, 234, 252, 259  
Infectieziektenbestrijding 15, 228  
Informatiebeleid 80, 133, 135, 200, 209  
Innovatie 15, 16, 20, 27, 32, 41, 47, 51, 69, 70, 92, 102, 131, 149, 203, 207  
Inspecties 6, 7, 41, 168, 175, 183, 212  
Integratie 8, 23, 31, 42, 86, 91, 103, 104, 105, 126, 139, 143, 148, 182  
Interculturalisatie 138, 233  
Jeugdgezondheidszorg 11, 15, 22, 30, 38, 46, 47, 48, 58, 59, 228  
Jeugd zorg 11, 22, 47, 93, 126, 127, 128, 129, 135, 171, 172, 178, 241, 257  
Kinderopvang 22, 28, 29, 47, 105, 108, 125, 139, 239, 240, 241, 259  
LCI 43, 272  
Maatschappelijk werk 8, 93, 94, 95, 97, 98, 155, 159  
Maatschappelijke opvang 4, 5, 8, 24, 62, 82, 83, 84, 85, 86, 94, 95, 97, 136,  
250, 258, 259  
Mantelzorg 109, 114, 236  
Medisch specialisten 33, 66, 79  
Meerjarenafspraken 65  
Meningokokken 38, 41, 43, 228  
MJA 65, 66, 105, 141, 235, 272  
Opleiding 17, 18, 21, 44, 45, 64, 65, 79, 119, 120, 124, 148, 150, 228, 230,  
260, 261, 264, 266, 270, 273  
Opleidingscapaciteit 32, 63, 64, 79, 232, 258, 260  
Orgaandonatie 16, 30, 76, 77, 78, 172, 197, 231, 268, 274  
Palliatieve zorg 11, 19, 35, 61, 68, 110, 198, 239, 253  
Participatie 1, 5, 23, 25, 90, 95, 99, 103, 105, 113, 116, 131, 134, 136, 138,  
139, 142, 145, 149, 150, 204, 205  
PEO 38, 56, 273  
Persoonsgebonden 109, 201, 252, 256  
PGB 19, 33, 35, 55, 113, 201, 202, 256, 273  
Preventie 10, 11, 13, 15, 22, 23, 24, 31, 36, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47,

48, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 80, 82, 83, 84, 89, 90, 91, 92, 93, 110, 111, 114, 117, 149, 150, 182, 198, 229, 232, 248, 258, 262, 263, 272  
Productveiligheid 31, 48, 49, 50, 51, 58, 176, 227  
Projecten, experimenten en onderzoek 38, 56, 58  
Regionale experimenten 94  
RIO 32, 88, 102, 202, 273  
Risicogroepen 43, 97, 228  
Roken 11, 13, 39, 41, 49, 52, 56, 57, 85, 103, 119, 132, 143, 193, 199, 257  
Strategisch Akkoord 3, 10, 11, 16, 17, 25, 26, 27, 28, 29, 125, 192, 210, 240, 245, 250, 251, 254, 255, 266  
Technologie 12, 15, 16, 31, 38, 62, 70, 115, 184, 199, 207, 263, 264, 268, 271  
Thuiszorg 10, 19, 101, 114, 139, 236, 268  
Toegankelijk 5, 12, 15, 18, 20, 34, 44, 46, 54, 61, 67, 71, 73, 75, 79, 80, 82, 83, 87, 88, 94, 96, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 111, 113, 115, 116, 117, 126, 129, 131, 134, 136, 137, 138, 141, 145, 147, 169, 200, 203, 261, 264, 266  
Topsport 23, 24, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 256, 257, 264  
Tweede Wereldoorlog 155, 156, 163, 164, 165, 246  
Vaccinatie 15, 38, 41, 42, 43, 44, 46, 181, 184, 185, 186, 188, 228, 273  
Veiligheid 13, 14, 22, 24, 40, 41, 48, 49, 50, 51, 52, 60, 72, 76, 77, 78, 79, 141, 150, 167, 169, 176, 186, 197, 198, 204, 217, 222, 263  
Verslavingsproblematiek 75, 92  
Verslavingszorg 1, 4, 5, 8, 24, 36, 62, 82, 83, 90, 91, 92, 136  
Verzekeringstelsel 19, 20, 29, 67, 73, 80, 203  
Verzorging 1, 4, 5, 10, 12, 14, 19, 27, 56, 83, 109, 110, 111, 112, 115, 118, 124, 130, 136, 258  
Voedsel en Waren Autoriteit 13, 30, 51, 52, 174, 227, 229, 274  
Voedselveiligheid 13, 48, 51, 52, 175, 176, 197, 198  
Vrijwilligers 105, 131, 138, 142, 145, 146, 150  
Vrijwilligerswerk 23, 137, 138, 139, 142, 148  
VWA 13, 14, 30, 31, 38, 51, 52, 174, 227, 229, 274  
Wachttijden 12, 17, 28, 32, 66, 88, 97, 126, 193  
Welzijnsnota 5, 6, 21, 82, 83, 86, 87, 92, 100, 101, 106, 110, 111, 112, 113, 116, 125, 126, 136, 137, 138, 145, 146, 147, 149, 150, 152  
Werkdruk 18, 32, 240  
Woonzorgstimuleringsregeling 109, 110, 112, 113, 237  
Ziekteverzuim 18, 32, 110, 119, 120, 124, 239  
ZON 38, 41, 43, 44, 51, 56, 57, 58, 69, 70, 73, 76, 82, 89, 91, 180, 189, 210, 233, 248, 249, 254, 260, 264, 268, 274  
Zorgregistratie 35, 111, 118, 201, 202, 252, 253, 270  
Zorgstelsel 20, 21, 34, 80, 96, 199, 203, 257, 259, 269  
Zorgverzekeraars 11, 16, 17, 18, 37, 55, 61, 75, 87, 259  
Zorgverzekering 55, 69