

Beleidsverslag 2007

innovatie

veiligheid

kwaliteit

werken
in de zorg

participatie

preventie

innovatie

veiligheid

kwaliteit

werken
in de zorg

participatie

preventie

Beleidsverslag 2007

Inhoud

Inleiding	5
Kwaliteit	9
Veiligheid	19
Innovatie	23
Werken in de zorg	27
Preventie	31
Participatie	37
Sport	41
Ethiek	44
Oorlogsgetroffenen	44
Zorgverzekeringen	45
Financieel beleid op hoofdlijnen	47

Inleiding

2007 was een bijzonder jaar. Het beleidsprogramma *Samen werken, samen leven* is opgesteld, met prioriteiten op het gebied van volksgezondheid, welzijn en sport. Daarnaast stond 2007 in het teken van de uitvoering van voornemens van het vorige kabinet. In dit jaarverslag leggen we hierover verantwoording af.

Vanaf ons aantreden zijn we aan de slag gegaan met onze prioriteiten. Voor deze kabinetsperiode zijn dat: kwaliteit, veiligheid, innovatie, werken in de zorg, preventie, participatie en sport. Op deze terreinen hebben we nieuwe initiatieven genomen, of versterkt wat al was ingezet. We hebben in 2007 ook veel energie gestoken in goede financiële randvoorwaarden voor de komende jaren. Enerzijds trokken we extra geld uit voor onze prioriteiten, anderzijds besloten we tot stevige ingrepen om de groei van de zorguitgaven beheersbaar te houden.

Dit jaarverslag is anders dan anders¹. We hebben niet beoogd in het jaarverslag een compleet overzicht te geven van alle beleidsprestaties uit 2007 op de terreinen van VWS. In de volgende hoofdstukken leggen we uiteraard wel financieel verantwoording af. In dit beleidsverslag willen we ons vooral verantwoorden over onze prioriteiten.

Bij het ontwikkelen van beleid richten we ons op zowel de korte als de lange termijn. We hebben voor de korte termijn maatregelen genomen die erop gericht zijn om de AWBZ enerzijds te verbeteren en anderzijds meer te richten op onbetwistbare zorg. Een werkelijke verbetering in de positie van cliënten, gericht op de kwaliteit van het bestaan. Voor de lange termijn hebben we de SER gevraagd om advies over de doelmatige ordening van de AWBZ. Het is van belang dat de AWBZ ook op termijn langdurige zorg kan garanderen.

Ook de verantwoording over de curatieve zorg moet in het perspectief gezien worden van onze beleidsambities op dit gebied. Allereerst verder

¹ De minister van Financiën heeft medio december aangekondigd dat drie ministeries deelnemen aan een experiment voor een vereenvoudigde opzet van het jaarverslag. Het betreft de ministeries van Landbouw, Natuurbeheer en Voedselkwaliteit, Buitenlandse Zaken en Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

gaan met de introductie van competitie in de zorg, niet alleen gericht op doelmatigheid, maar ook op kwaliteit. Dan zijn duidelijke ondergrenzen voor patiëntveiligheid nodig, die strikt worden gehandhaafd. Ten tweede het verbeteren van de zorg voor chronisch zieken door versterken van de samenhang tussen eerste en tweede lijn en verdere taakdifferentiatie in de eerste lijn. Zo komt de zorg dichterbij de patiënt. Ten derde de transparantie van kwaliteit: inzicht bieden aan patiënten en zorgaanbieders via kwaliteitsindicatoren.

We hebben het basispakket van de zorgverzekering uitgebreid en de no-claim regeling per 1 januari 2008 afgeschaft en vervangen door een eigen risico. Dit pakt rechtvaardiger uit voor chronisch zieken en gehandicapten. Deze groep wordt namelijk hiervoor financieel gecompenseerd.

Het kabinet heeft in *Samen werken, samen leven* 74 doelstellingen voor deze kabinetsperiode geformuleerd. Vijf daarvan hebben direct betrekking op de beleidsterreinen van VWS.

Doelstelling	Operationele doelstelling begroting 2008
Substantiële uitbreiding van het aantal vrijwilligers en van het aantal mantelzorgers in 2011 (doelstelling 35)	44.3.2
<i>Kwaliteit van de zorg zichtbaar verhogen in 2011 ten opzichte van 2006 door (doelstelling 45):</i>	
- het aantal vermijdbare fouten in de curatieve zorg is in 2011 met 50 procent gedaald	42.3.2
- burgers kunnen op kiesBeter.nl voor 80 aandoeningen zien welke kwaliteit de ziekenhuizen bieden	42.3.1
- cliënten geven 90 procent van de zorgaanbieders in de AWBZ een voldoende voor de kwaliteit van de zorg	43.3.3
- de rechten en plichten van patiënten en cliënten zijn in 2011 wettelijk vastgelegd en de informatie hierover is voor iedereen toegankelijk	42.3.1 43.3.1
Meer patiëntgerichte zorg door vernieuwing zorgconcepten en innovatie (doelstelling 46)	42.3.2 43.3.3
Betere hulp en opvang voor tienermoeders (doelstelling 47)	44.3.4
Verbeteren en versterken palliatieve zorg (doelstelling 48)	42.3.2 43.3.3

De uitwerking van deze kabinetsdoelstellingen in dit beleidsverslag vindt plaats in paragrafen over kwaliteit (doelstelling 45 en 48), veiligheid (subdoelstelling van 45), innovatie (doelstelling 46) en participatie (doelstellingen 35 en 47). Daarnaast gaan we in het beleidsverslag in op enkele specifieke thema's waaronder preventie, werken in de zorg, ethiek, sport, oorlogsgetroffenen en zorgverzekeringen.



kwaliteit

Iedereen
heeft recht
op veilige,
eigentijdse
zorg van
goede kwaliteit

Kwaliteit

(kabinetsdoelstelling 45 en 48)

Mensen hebben recht op veilige, eigentijdse zorg van goede kwaliteit met voldoende keuzevrijheid en met duidelijke rechten en plichten voor alle partijen. Aandacht voor kwaliteit moet systematisch zijn verankerd in de langdurige, palliatieve, curatieve en preventieve zorg. Op diverse manieren hebben we dit in 2007 gestimuleerd. Ten eerste zijn we doorgegaan met de kwaliteitsprogramma's op het gebied van de langdurige, palliatieve, curatieve en preventieve zorg die in voorgaande jaren zijn begonnen. Ten tweede is een begin gemaakt met de herinrichting van de bekostiging van de zorg. Een voorbeeld hiervan is prestatiebekostiging bij ziekenhuizen. Deze herinrichting is geen doel op zichzelf; het geeft randvoorwaarden voor een betere gezondheidszorg waarin kwaliteit lonend is. Ten derde hebben we de informatievoorziening over en het toezicht op de kwaliteit van de zorg verbeterd. Bovendien zijn we in gesprek met organisaties van cliënten, aanbieders en verzekeraars om te verkennen wat er nodig is om de invloed van cliënten op hun zorg te vergroten.

Langdurige zorg

Het programma *Zorg voor Beter*, dat tot eind 2011 loopt, biedt organisaties en professionals handreikingen om de kwaliteit van zorg te verbeteren. In 2007 waren er 350 zorginstellingen betrokken bij vijftien verschillende verbetertrajecten. Uit de afgeronde trajecten blijkt dat er een vermindering optreedt in het aantal klachten. Als voorbeelden kunnen worden genoemd een instelling waar de ondervoeding onder cliënten is teruggedrongen van vierentwintig procent naar vier procent en een instelling waar het aantal gevallen van doorligwonden (decubitus) met zes procent is gedaald. Ook is de medicatieveiligheid toegenomen; zo is in een instelling het aantal incidenten met medicaties met meer dan de helft teruggebracht.

Het Landelijk dementieprogramma (LDP) is gericht op een structurele verbetering van de regionale samenhang tussen zorg en dienstverlening aan mensen met dementie en hun mantelzorgers. Het LDP loopt door tot eind 2008. Uit een verschenen tussenevaluatie in april 2007 bleek dat op dat moment ruim 300 organisaties in 42 regio's deelnamen aan het LDP.

Daarbij inventariseerden 40 cliëntenpanels de regionale problemen en liepen er in totaal 150 verbetertrajecten in 2007. Concrete verbetertrajecten gaan bijvoorbeeld over doorligwonden, eten en drinken, preventie (het verminderen van het risico op dementie), gedragsproblemen en agressie, seksueel misbruik en zeggenschap.

Bij het verbeteren van cliënttevredenheid is het cruciaal dat die tevredenheid meetbaar is. In 2007 is daar dan ook de aandacht op gericht geweest. Zo zijn in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg in pilots indicatoren voor verantwoorde zorg in de care uitgetest. Op basis van opgedane ervaringen, zijn er indicatoren aangepast, toegevoegd of geschrapt. In het najaar van 2007 zijn de aangepaste indicatoren landelijk ingevoerd. Ook voor de langdurige geestelijke gezondheidszorg zijn in 2007 de eerste prestatie-indicatoren voor verantwoorde zorg ingevoerd. De uitkomsten hiervan worden in 2008 opgenomen in het Jaardocument Zorg, waarmee zorginstellingen verantwoording afleggen, en op de site www.kiesBeter.nl. Ook zijn we begonnen met de doorontwikkeling van de prestatie-indicatoren. Daarnaast hebben we voor de gehandicaptenzorg kwaliteitsindicatoren ontwikkeld, die begin 2008 in een pilot worden uitgetest.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft eind 2007 het rapport *Verantwoorde zorg voor gehandicapten onder druk* gepubliceerd. De belangrijkste conclusie was dat de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking in een kwart van de 24-uursinstellingen tekort schiet. Vooral waar het gaat om personeel (in aantal en deskundigheid) bestaan volgens de IGZ risico's. In de helft van de instellingen moet de zorg op één of twee risicopunten verbeteren, maar kan de situatie met enige inspanningen weer op orde komen. In een kwart was ten tijde van het onderzoek de zorg op orde. Opvallend was dat kleine instellingen waarin meer rekening wordt gehouden met de wens van de bewoners (eigen regie) over de hele linie betere zorg leveren. Naar aanleiding van het rapport zal de IGZ vervolgbezoeken houden om te zien of de situatie is verbeterd.

Al tijdens de onderzoeksperiode van de IGZ heeft de gehandicaptensector maatregelen getroffen om kwaliteitsverbetering te realiseren en zijn verbeteracties in gang gezet. Hierover bent u bij brief op 6 november 2007 (kamerstukken 24 170, nr. 77) geïnformeerd.

We hebben in 2007 besloten om vanaf 2008 een kwaliteitsimpuls te geven aan de ouderenzorg. Aan zorginstellingen wordt financiële ruimte geboden om in totaal 5000 tot 6000 extra medewerkers aan te trekken (NZa beleidsregel CA-271 Incidentele middelen doelmatigheid verpleeghuiszorg 2007). Dit onder de voorwaarde dat er meer uren aan directe zorgverlening worden besteed, zodat de kwaliteit van zorgverlening ook echt omhoog kan gaan. De instellingen beslissen vervolgens zelf op welke wijze ze deze mensen werven. Het gaat erom dat er een juiste balans is tussen de handen aan het bed en de sturing en organisatie door het management.

De ene zorgcliënt vraagt meer zorg dan de andere. In de bekostiging werd daar in het verleden onvoldoende rekening mee gehouden. Daarom stellen we voortaan zorginstellingen financieel in staat om intensieve zorg te bieden aan cliënten die dat nodig hebben. In 2007 is de zorgzwaarte van cliënten die verblijven in een zorginstelling nader in beeld gebracht en hebben we voorlopige prijzen voor de zorgzwaartepakketten (ZZP's) ontwikkeld. We hebben dat gedaan in nauwe samenspraak met de zorgaanbieders, cliënten en zorgkantoren. Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) is medio 2007 begonnen met het indiceren in ZZP's voor cliënten die in aanmerking komen voor AWBZ-zorg met verblijf. In 2009 zullen instellingen voor het eerst financiële gevolgen van de invoering van de zorgzwaartebekostiging ondervinden.

Kwaliteit instellingen	Gerealiseerde waarde 2004	Streefwaarde 2011
Percentage instellingen dat volgens oordelen van cliënten/bewoners een voldoende scoort voor de kwaliteit van zorg in de AWBZ	72%	90%

Bron: Zorgbalans 2004

Palliatieve zorg

Het kabinet wil dat mensen in hun laatste levensfase goed worden verzorgd en met respect worden begeleid. Mensen moeten waardig kunnen sterven. We willen de palliatieve zorg verbeteren en versterken (kabinetsdoelstelling 48). Vanaf het voorjaar 2007 werken we daarom samen met de (koepel)organisaties en de Kenniscentra Palliatieve zorg (academische centra) aan een plan van aanpak voor de palliatieve zorg. De (koepel)organisaties hebben de volgende thema's benoemd die in het plan van aanpak uitgewerkt moeten worden: de organisatie en financiering van palliatieve zorg, onderwijs en deskundigheidsbevordering, het verbeteren van de kwaliteit van palliatieve zorg en het verbeteren van de transparantie. Medio 2008 sturen we een plan van aanpak naar de Tweede Kamer.

Curatieve zorg

In 2007 heeft de IGZ het bureau Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit (ZbTK) opgestart. In een groot aantal sectoren zijn in 2007 onder regie van het bureau door de relevante partijen afspraken gemaakt over de ontwikkeling van kwaliteitskaders (bijvoorbeeld met de huisartsen en de verpleeghuizen). Het kwaliteitskader geeft een exacte omschrijving van alle zorginhoudelijke en cliëntgebonden indicatoren waarmee de kwaliteit van zorg gemeten wordt. Daarnaast bevat het achtergronden en een sturingsmodel dat de rollen en verantwoordelijkheden van de betrokkenen beschrijft. De eerste ontwikkeltrajecten van kwaliteitskaders zijn intussen van start gegaan (bijvoorbeeld in de gehandicaptenzorg).

Het kwaliteitsprogramma voor de ziekenhuizen *Sneller Beter* is in 2007 zijn voorlaatste jaar ingegaan. Onderdeel van *Sneller Beter* zijn een drietal tranches van elk acht ziekenhuizen die een verbetertraject doorlopen op het gebied van onder meer patiëntveiligheid en logistiek. De laatste acht ziekenhuizen waren eind 2007 halverwege dit verbetertraject. De prestaties zijn op het niveau dat ook in de eerste en tweede tranche is behaald: vermindering van het aantal patiënten met doorligwonden, een snellere doorstroomtijd en minder pijn na een operatie.

Daarnaast is in 34 ziekenhuizen het project *Screening op ondervoeding* uitgevoerd en eind 2007 afgerond. Er is aangetoond dat dit onderwerp op vrijwel alle afdelingen voor verpleegkundige anamnese (ziekte-geschiedenis) en behandeling goed valt in te voeren en het herstel van

de patiënten versneld. Tevens is eind 2007 een brochure met tien *best practices* over verpleegkundig handelen gepubliceerd.

De voorbereidingen zijn begonnen om in 2008 de ontwikkelde kennis, producten en (evaluatie)resultaten van het dan afgeronde programma op een praktische wijze te presenteren. Met het afronden van dit programma wordt het aan het veld overgelaten om zelf verder te gaan met de kennis en materialen van Sneller Beter.

Bij de ziekenhuizen wordt in de komende jaren stapsgewijs toegewerkt naar een bekostigingssysteem waarin geleverde zorg (DBC's) centraal staat en de (integrale) prijzen van DBC's primair worden vastgesteld in onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars, al dan niet in combinatie met een maatstaf als overgangsinstrument naar vrije prijzen.

In de *Monitor Ziekenhuiszorg 2007* van de NZa zijn enkele ontwikkelingen in de afgelopen jaren in het B-segment geanalyseerd. De Monitor signaleert dat de prijzen in het B-segment (vrije prijsvorming in ziekenhuizen) sinds de liberalisering ten opzichte van de overige prijzen in de ziekenhuiszorg met 2,8 procent zijn gedaald. De prijsstijgingen zijn het laagste voor die specialismen die het meest te duchten hebben van zelfstandige behandelcentra (ZBC's). Bovendien blijkt dat de wachttijden zijn afgenomen. Dit zijn bemoedigende resultaten. Er wordt echter ook gewezen op factoren die een remmend effect hebben op de gewenste marktwerking. Zo is er nog onvoldoende transparantie over de kwaliteit van de zorg en is de omvang van het B-segment te klein om een serieuze stimulans te vormen voor doelmatige zorginkoop. Afhankelijk van verdere bevindingen bij de vrije prijsafspraken over kwaliteit en prijs van het zorgaanbod, zal de ruimte voor vrije prijsvorming zo snel mogelijk worden vergroot. Hiertoe is vanaf 2008 het bouwregime beëindigd en vanaf 2009 zullen de kapitaallasten integraal deel uitmaken van de DBC-prijzen. Het bouwregime verplicht zorginstellingen om een vergunning aan te vragen wanneer zij willen bouwen (nieuw, uitbreiding, vervanging), huren of een zorggebouw in gebruik nemen. Met deze maatregelen krijgen ziekenhuizen meer ruimte om in te spelen op de zorgbehoefte van de patiënt. In 2007 zijn de plannen hiervoor uitgewerkt en is een begin gemaakt met de voorbereidingen. Ook is er gewerkt aan de verbetering en vereenvoudiging van het DBC-systeem en zijn voorbereidingen getroffen voor de uitbreiding van het B-segment met vrije prijzen. Per 1 januari 2008 betreft dit B-segment 20 procent van de ziekenhuiszorg.

Om de voortgang van bovenstaande samenhangende trajecten te kunnen monitoren, hebben VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit en DBC-Onderhoud in 2007 een gezamenlijke routekaart vastgesteld. De Tweede Kamer is in juni en november 2007 per brief geïnformeerd over bovenstaande ontwikkelingen (kamerstukken 29 248, nr. 37 en nr. 45).

Vanaf 1 januari 2008 maakt de geneeskundige GGZ onderdeel uit van de Zvw. In 2007 is daarom binnen de geneeskundige GGZ hard gewerkt aan de invoering van financiering via DBC's. Ongeveer 1800 vrijgevestigden en 150 instellingen (inclusief Psychiatrische Afdeling Algemene Ziekenhuizen (PAAZ-en) en Psychiatrische Universiteits Klinieken (PUKken) moeten vanaf 1 januari voor de financiering van hun zorg facturen versturen, die gebaseerd zijn op de DBC's. Nog niet alle aanbieders bleken eind 2007 de DBC-systematiek volledig te hebben ingevoerd. De verwachting is dat middels gerichte communicatie (folders en informatie bijeenkomsten) deze groep een inhaalslag zal maken.

Binnen de gezondheidszorg heeft de eerstelijnszorg een onmisbare functie als een laagdrempelig aanspreekpunt dicht bij huis voor alle zorgvragen. Samen met de partijen uit het veld hebben we in 2007 gewerkt aan een visie op de eerstelijnszorg waarin de voornaamste thema's voor de komende jaren aan de orde komen. De visie is 25 januari 2008 aan de Tweede Kamer aangeboden (kamerstukken 29 247, nr. 56).

In 2007 is *De Nieuwe Praktijk* gelanceerd, een initiatief van huisartsen en VWS. Het programma moet huisartsen aanzetten tot vernieuwingen door kennis te nemen van goede voornemens elders. Hiertoe is onder andere een website, www.denieuwepraktijk.nl, opgezet en zijn regionale themabijeenkomsten georganiseerd.

Met het Vogelaarakkoord hebben we in 2005 afspraken gemaakt met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) over een beleidsagenda en bekostigingssystematiek voor de huisartsenzorg. Hoewel het Vogelaarakkoord per 1 januari 2008 is beëindigd, blijven de speerpunten uit dat akkoord ook na 2007 onverminderd van belang. Met de LHV en ZN hebben we de huidige systematiek geëvalueerd. Er is afgesproken dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in overleg met de LHV en ZN in 2008 een kostenonderzoek naar de huisartsenzorg uit zal voeren en de huidige bekostigingssystematiek voor huisartsenzorg die overdag wordt geleverd zal analyseren.

Ook is in 2007 een overgangstraject in gang gezet om de bekostiging van de gezondheidscentra via de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) te laten lopen. Het doel van deze wijziging is de samenwerking in de eerstelijnszorg te vergroten en partijen de gelegenheid te geven te onderhandelen over de in een samenwerkingsverband geleverde zorg.

Prestatie-indicator	Gerealiseerde waarde 2004	Streefwaarde 2012
Het aantal gevallen van vermijdbare schade in de curatieve zorg is in 2012 met 50 procent gedaald.	30.000	15.000

Bron: EMGO Instituut/VUmc voor gerealiseerde waarde 2004, VWS voor streefwaarde 2012

Preventieve zorg

In 2007 heeft ZonMw, de Nederlandse organisatie voor gezondheids- onderzoek en zorginnovatie, samen met GGD Nederland, branche- organisatie voor zorgondernemers Actiz en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) het kwaliteitsprogramma *Beter Voorkomen* verder uitgevoerd. Het programma, dat loopt tot en met 2008, geeft een impuls aan de kwaliteit van de publieke gezondheidszorg. Het is gericht op het ontwikkelen en het stimuleren van de toepassing van kwaliteits- instrumenten voor instellingen en gemeenten die de basistaken collectieve preventie uitvoeren. Voorbeelden van kwaliteitinstrumenten zijn normen, standaarden, benchmarks en certificaten.

Intussen zijn voor alle programmaonderdelen projectvoorstellen ingediend en goedgekeurd. Belangrijke onderdelen van dit programma zijn de ontwikkeling van een integrale benchmark jeugdgezondheidszorg (JGZ) en het met medewerking van de IGZ ontwikkelen van prestatie-indicatoren.

Overige kwaliteitsverbeteringen

De website kiesBeter.nl is gericht op het beantwoorden van vragen van burgers over de zorg. Eind 2007 konden burgers op de website voor zestien aandoeningen nagaan welke kwaliteit ziekenhuizen bieden. Het streven is om dit aantal in 2011 uit te breiden naar 80 aandoeningen. We liggen op schema om dit doel te halen. Behalve op de website kunnen

mensen ook per telefoon of e-mail terecht bij het KiesBeter Informatiepunt of bij organisaties bij hen in de buurt (bibliotheken, Zorgbelang- en MEE organisaties). In 2007 is deze website door ongeveer twee miljoen mensen bezocht. Met ingang van 2007 zijn de meeste vormen van het zorgaanbod op kiesBeter.nl te vinden. Ook kunnen zorgaanbieders met elkaar worden vergeleken en is informatie over patiëntenrechten beter toegankelijk gemaakt. De laatste toevoegingen zijn gehandicaptenzorg, een keuzehulp prenatale screening en gegevens over aandoeningen in de categorie ziekenhuizen.

Prestatie-indicator	Gerealiseerde waarde 2007	Streefwaarde 2011
Voor 80 aandoeningen kunnen burgers op kiesBeter.nl zien welke kwaliteit ziekenhuizen bieden	16 (20%)	80 (100%)

Bron: gerealiseerde waarde 2007 uit www.kiesBeter.nl, streefwaarde 2011 uit begroting 2008

In 2007 is onderzocht op welke wijze de positie van de cliënt in de zorg verder versterkt kan worden. In aanvulling op de praktische initiatieven die in dit beleidsverslag worden genoemd, wordt een nieuwe subsidie-systematiek ontwikkeld voor de organisaties die de cliënten vertegenwoordigen. Naast de ontwikkelingen die zich voordoen in het veld zullen wij voorstellen doen om de (rechts-) positie van de cliënt in de zorg te verbeteren. Wij zijn in gesprek met organisaties van cliënten, aanbieders en verzekeraars om te komen tot een optimaal pakket aan maatregelen. Op basis van dit overleg bereiden wij wetgeving voor, onder andere over de behandeling van klachten, medezeggenschap voor cliënten in zorginstellingen en de rechten van cliënten in de individuele zorgrelatie.



veiligheid

Het moet
vanzelfsprekend
zijn dat de
zorgaanbieder
veilig werkt

Veiligheid (kabinetsdoelstelling 45)

Het verbeteren van de veiligheid in de zorg heeft voor ons de hoogste prioriteit. Het moet voor de patiënt vanzelfsprekend zijn dat de zorgaanbieder veilig werkt. Een van onze eerste acties bij ons aantreden betrof het maken van harde afspraken met de zorgaanbieders over het verbeteren van de veiligheid.

Tijdens patiëntveiligheidsconferenties in zowel de cure als de care sectoren heeft de IGZ met het veld afspraken gemaakt over veiligheidsprogramma's. De IGZ ziet toe op invoering van deze programma's en het behalen van de doelen. In 2007 verscheen het rapport over de intensivering van het toezicht op de de gehandicaptenzorg. Het rapport over de verpleeghuizen verscheen in december 2006.

In verschillende rapporten heeft de IGZ in 2007 aandacht gevraagd voor de veiligheid (kwaliteit) van zorg. De rapporten over het Toezicht Operatief Proces (TOP), Minimale Invasieve Chirurgie (MIC) en de Intensive Care functie in kleine ziekenhuizen leverden veel publiciteit op en zetten het veld in beweging.

Langdurige zorg

De branche- en beroepsorganisaties in de sectoren verpleging, verzorging en thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg hebben plannen gepubliceerd gericht op het verbeteren van de veiligheid in de zorg. Met de brief van 10 december 2007 zijn deze plannen aangeboden aan de Tweede Kamer (kamerstukken 28 439, nr. 22). Het doel van deze plannen is om veiligheid intrinsiek onderdeel te laten uitmaken van het handelen van alle zorgverleners. De eerste stap is een verdere uitwerking van deze plannen van aanpak. Dit zal gezamenlijk door alle partijen uit de sectoren gebeuren.

Curatieve zorg

De IGZ heeft ten behoeve van het programma *Veilige Zorg* op 12 juni 2007 in samenwerking met de Orde van Medisch Specialisten (OMS), de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ), de organisatie Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) het veiligheids-

programma *Voorkom schade, werk veilig* aangekondigd. Dit programma bevat elementen die in *Sneller Beter* zijn ontwikkeld. Het programma richt zich enerzijds op invoering bij alle ziekenhuizen van het veiligheidsmanagement systeem (VMS). Het gaat daarbij het om het melden en analyseren van incidenten door mensen op de werkvloer en structurele risicoanalyse. Anderzijds richt het zich op het binnen anderhalf jaar landelijk invoeren van vier interventies (medische richtlijnen), die aantoonbaar de veiligheid van de zorg kunnen verhogen. Deze voornemens zijn opgenomen in de brief *Koers op kwaliteit* (kamerstukken 28 439, nr. 18). In deze brief is ook het programma *Medicatieveiligheid* opgenomen waarin concrete activiteiten worden gemeld om de medicatieveiligheid te verbeteren. Het programma is sectoroverstijgend van karakter en de activiteiten sluiten aan bij de uitkomsten van het onderzoek Hospital Admissions Related to Medication (HARM). In het HARM-onderzoek werd gevonden dat 5,6 procent van alle acute ziekenhuisopnames een relatie had met een geneesmiddel.



innovatie

Innovatie
vergroot
de effectiviteit
en de kwaliteit
van preventie
en zorg

Innovatie (kabinetsdoelstelling 46)

Innovatie is één van de zes pijlers van het kabinetsbeleid. Kennis en innovatie zijn nodig om knelpunten in de zorg te kunnen oplossen. Dat geldt voor de langdurige, palliatieve, curatieve en preventieve zorg. Vernieuwende producten en diensten kunnen een bijdrage leveren aan het verlichten van de werkdruk en het verhogen van de kwaliteit. In 2007 zijn de voorbereidingen getroffen om innovatie in de zorg een stevige impuls te geven. Het gaat daarbij om het installeren van een ZorgInnovatiePlatform dat het innovatieklimaat in de zorg moet bevorderen, het oprichten van één loket (aanspreekpunt) bij de overheid voor zorginnovatoren en het stimuleren van (arbeidsbesparende) technologie in de zorg. Op 7 februari 2008 hebben we hierover de brief *Innovatie in preventie* en zorg naar de Tweede Kamer gestuurd (kamerstukken 31 200, nr. 116).

Door de regeldruk aan te pakken en onnodige bureaucratie te voorkomen, worden een hoop irritaties weggenomen bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Om tot een merkbare vermindering van regeldruk en bureaucratie te komen moeten vooral uitvoeringsprocessen worden vereenvoudigd. De processen moeten voor patiënten, cliënten en zorgprofessionals klantvriendelijker worden. In de AWBZ zijn in 2007 de eerste stappen in deze richting gezet. De indicatiestelling is transparanter en toegankelijker gemaakt door de website www.regelhulp.nl. Voor de komende jaren wordt voor de AWBZ het actieplan *Naar Eenvoud in Uitvoering* (kamerstukken 30 597, nr. 12) uitgevoerd. Met dit actieplan worden regeldruk en onnodige bureaucratie in de AWBZ verminderd.

Elektronische dossiers

In 2007 hebben we voortgang geboekt bij de invoering van het elektronisch patiënten- en cliëntendossier. Het landelijk Elektronisch Patiëntendossier (EPD) start met de invoering van het Elektronisch Medicatiedossier (EMD) en het Waarneemdossier Huisartsen (WDH). Ter voorbereiding hierop is in 2007 een invoeringsstrategie ontwikkeld en vertaald naar een invoeringsplan voor het EMD en het WDH. Eerder is een begin gemaakt met het zogenaamde Governance model voor de doorontwikkeling van het EPD. De start van de verdere landelijke invoering is afhankelijk van de resultaten van de pilots met het WDH en EMD die we in 2007 begonnen

zijn. Daarnaast is de inwerkingtreding van de *Wet gebruik burgerservice-nummer* (BSN) in de zorg een randvoorwaarde om te kunnen overgaan tot de aansluiting van de huisartsen, huisartsenposten, ziekenhuizen en apothekers buiten de koploperregio's.

In vier instellingen in de Verpleging, Verzorging & Thuiszorg (VV&T-sector) is in 2007 het pilot-project Elektronisch Cliënten dossier (ECD) uitgevoerd. Dit project is in 2007 grotendeels afgerond en de eerste resultaten zijn zeer positief. Het ECD legt een verbinding tussen de kwaliteit van de zorg en de bedrijfsvoering. Hiermee kunnen instellingen doelmatiger werken en de kwaliteit van de geleverde zorg inzichtelijker maken.

Gezien de positieve resultaten van het pilot-project is ZonMw in het programma *Zorg voor Beter* begonnen om het ECD in tien instellingen binnen de VV&T-sector in te voeren.

Kleinschalig wonen

In de beleidsregels *Wet toelating zorginstellingen* (WTZi) worden kleinschalige woonvormen tot een capaciteit van twaalf plaatsen zware zorg of 25 plaatsen lichte zorg vrijgesteld van het bouwregime. Het bouwregime verplicht zorginstellingen om een vergunning aan te vragen wanneer zij willen bouwen, huren of een zorggebouw in gebruik nemen. In 2007 is deze beleidsregel verruimd tot 24 plaatsen zware zorg of 50 plaatsen lichte zorg (of een combinatie van beide tot maximaal 50 plaatsen). Hierdoor wordt het voor instellingen mogelijk sneller initiatieven voor kleinschalig wonen te realiseren.

Als onderdeel van een stimuleringsprogramma kleinschalig wonen dat in 2008 van start gaat, is in 2007 een aanvang gemaakt met het ontwikkelen van een tijdelijke regeling (voor vier jaar) om projecten op het gebied van kleinschalig wonen te bevorderen. In dat verband wordt ook de toepassing van ICT-domotica bij het langer zelfstandig thuis wonen van ouderen (met dementie) onderzocht en gestimuleerd. In het voorjaar van 2007 is onder meer de bijeenkomst *Met Zorg Wonen* georganiseerd waar vraag en aanbod bij elkaar zijn gebracht op het terrein van innovatie ten behoeve van de zorg. Een van de onderwerpen betrof domotica, technische toepassingen in huis.

Geneesmiddelen

De mogelijkheden voor vernieuwende medicamenteuze behandeling van ernstige aandoeningen zoals kanker, diabetes en auto-immuunziekten zijn en worden uitgebreid. In 2007 zijn er acht nieuwe en innovatieve geneesmiddelen zonder vergoedingslimiet in het basispakket opgenomen (bijlage 1B middelen). Verder zijn er van een aantal middelen de vergoedingsvoorwaarden verruimd op grond van nieuwe indicaties. Daarnaast werden nog andere nieuwe geneesmiddelen aan het basispakket toegevoegd. De mogelijkheden om patiënten in ziekenhuizen te helpen met zeer kostbare, nieuwe geneesmiddelen zijn gerealiseerd door op de beleidsregel dure geneesmiddelen vier nieuwe geneesmiddelen en/of nieuwe indicaties van geneesmiddelen op te nemen. Tevens zijn vijf nieuwe weesgeneesmiddelen gefinancierd via de beleidsregel weesgeneesmiddelen. Een weesgeneesmiddel is een geneesmiddel voor een zeldzame ziekte.

Nederlands Vaccin Instituut (NVI)

Het registratietraject van de door het Nederlands Vaccin Instituut (NVI), ten behoeve van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP), geproduceerde DaKTP en DaKTP-Hib vaccins wordt stopgezet. DaKTP beschermt burgers tegen difterie, kinkhoest, tetanus en poliomyelitis. Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) heeft in 2007 geoordeeld dat ze over onvoldoende gegevens beschikt om de veiligheid van het vaccin te kunnen waarborgen. Om registratie mogelijk te maken was, onder de nieuwe Europese richtlijn van februari 2007, omvangrijk nader klinisch onderzoek naar de bijwerkingen vereist.

Inherent aan registratietrajecten is dat nooit van tevoren valt te garanderen dat de uitkomst positief is. Dit, in combinatie met de aanzienlijke vertraging en meerkosten door extra klinisch onderzoek, heeft ons doen besluiten te stoppen met de registratie van de DaKTP- en DaKTP-Hib vaccins van het NVI. Voortaan zullen beide vaccins bij externe partijen worden ingekocht. Hiermee wordt de continuïteit en de kwaliteit van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) zeker gesteld.



werken
in de zorg

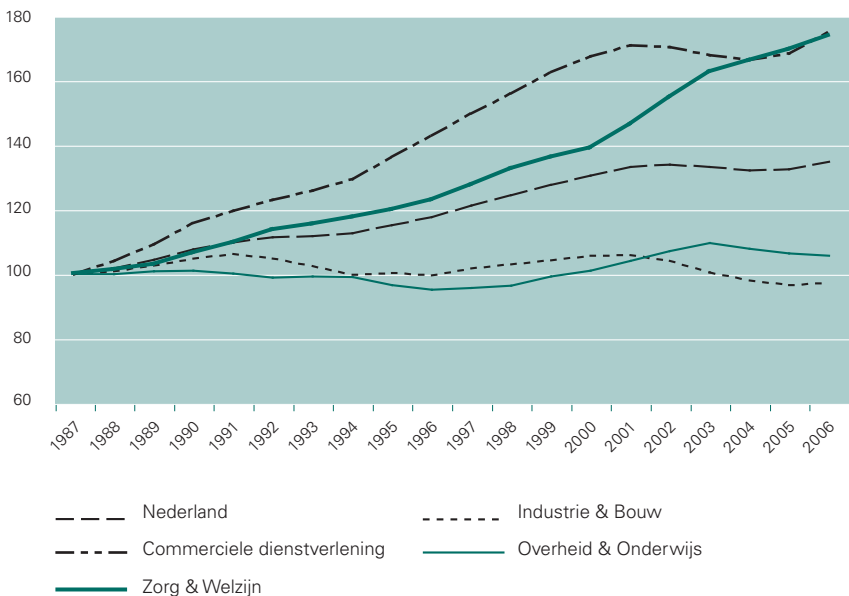
De zorgsector is de
grootste werkgever
van Nederland

Werken in de zorg

De sector was met bijna 1,2 miljoen arbeidsplaatsen in 2006 de grootste werkgever van Nederland. Ruim 20 procent van de banen is de afgelopen zes jaar gecreëerd. De groei van banen in de zorg is groter dan in andere sectoren en zet naar verwachting de komende jaren door. De groei van de vraag naar zorg wordt onder meer veroorzaakt door technologische ontwikkelingen en de zogenoemde dubbele vergrijzing: er komen steeds meer ouderen en tegelijkertijd leven ouderen langer.

We willen de toekomstige tekorten aan medewerkers in de zorg zo vroeg mogelijk aanpakken. Onze plannen daarvoor hebben we in november 2007 aan de Tweede Kamer gepresenteerd. Tegelijkertijd willen we op de korte termijn bereiken dat de mensen die nu in de zorg werken voor de sector behouden blijven. Dat bleek vorig jaar vooral van belang voor medewerkers in de thuiszorg in verband met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Figuur 1: Ontwikkeling werkzame personen in vier sectoren



Bron: CBS, (1987=100)

Tekort tegengaan

In november 2007 is de Tweede Kamer geïnformeerd over de aanpak die we voorstaan om het voorziene tekort aan arbeidskrachten in de zorg aan te pakken (kamerstukken 29 544, nr. 101). Wegens de dreigende arbeidsmarktproblematiek zijn al diverse acties ondernomen.

We stimuleren de werving onder bevolkingsgroepen die tot op heden ondervertegenwoordigd zijn in de zorgsector. Voor het werven en adequaat opleiden van lager opgeleiden voor de langdurige zorg zijn we samen met de ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) diverse regionale proefprojecten begonnen. Het doel van deze proefprojecten is om na te gaan wat nodig is om deze doelen te bereiken en wat daarbij in de weg staat. Voor de uitwisseling van goede voorbeelden en het mogelijk tijdig wegnemen van drempels is er een platform waaraan ook externe experts hun bijdrage leveren. De proefprojecten, die lopen van 1 september 2007 tot en met 31 december 2008, vinden plaats in Den Haag, Delft, Emmen, Parkstad Limburg, Haarlemmermeer, Tilburg en Twente. Om de instroom van werknemers in de gehandicaptenzorg te bevorderen is een imagocampagne van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) op VMBO's ondersteund.

Verder is er verkennend onderzoek gedaan naar de personele effecten van kleinschalige woonvormen, als opzet voor een grootschalig onderzoek komend jaar. Ook is het door ons gesubsidieerde CNV-project *Slimmer werken in zorg en welzijn*, dat gericht was op het vergroten van de arbeidsproductiviteit op de werkvloer, afgerond. Hiervoor zijn er bij verschillende instellingen onderzoeken en projecten uitgevoerd. Zes projecten gericht op het toepassen van domotica en arbeidsbesparende technologie bevonden zich eind 2007 in de afrondende fase. De projecten hebben geresulteerd in een aantal voorstellen om de kwaliteit en productiviteit van de zorg te verbeteren. Een van de aanbevelingen was dat organisaties meer moeten gaan denken in mogelijkheden en kansen.

Opleidingen

Om de afstemming tussen de beroepspraktijk en het opleiden van verplegend en verzorgend personeel te verbeteren hebben wij tien regionale platforms opgericht. Naast de inhoudelijke afstemming dienen deze platforms ook voldoende opleidingsplaatsen op te leveren.

De financiering van de (medisch-specialistische) zorgopleidingen is sinds 1 januari 2007 aangepast door de instelling van een opleidingsfonds op de VWS-begroting. Doel is om voldoende opleidingsplaatsen van erkende medische en tandheelkundige specialismen en bètaberoepen (ziekenhuis-apotheker, klinisch fysicus, klinisch chemicus en kaakchirurg) tot stand te brengen en de opleidingen- en beroepenstructuur te optimaliseren.

Daarnaast is in 2007 ook de toewijzing van opleidingsplaatsen met betrekking tot de zogenaamde tweede tranche zorgopleidingen voorbereid. De tweede tranche opleidingen heeft betrekking op collectieve preventie, care en enkele medische (deel)specialismen). Deze opleidingen vallen vanaf 1 januari 2008 binnen het opleidingsfonds.

Arbeidsmarkteffecten Wmo

De Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning) is op 1 januari 2007 in werking getreden. Gemeenten zijn vanaf die datum verantwoordelijk voor de hulp bij het huishouden. De aanbestedingen huishoudelijke hulp door de gemeenten hebben helaas ook ongewenste en onverwachte arbeidsmarkteffecten met zich meegebracht. Bij de huishoudelijke hulp hebben we gezien dat er een toename is van de inzet van alfahulpen, vaak min of meer gedwongen. Een gedwongen overgang naar alfahulp is ongewenst, zowel vanuit het perspectief van de cliënt, als vanuit het perspectief van de medewerkers in de thuiszorg. Begin 2008 hebben we aangekondigd de wet zo te wijzigen dat wordt uitgesloten dat de zorgaanbieder de huishoudelijke hulp in natura via een alfahulp levert.

Voorts zijn er in 2007 van thuiszorginstellingen ruim 500 ontslagaanvragen ontvangen op grond van de *Wet melding collectief ontslag*. Voorkomen moet worden dat medewerkers voor de zorg verloren gaan. Om deze arbeidsmarkteffecten op te vangen zijn in 2007 financiële middelen (amendement Joldersma/Bussemaker, 30 800 XVI, nr. 68) beschikbaar gekomen. De middelen waren een aanvulling op de lokale (financiële) inspanningen bij het maken van sociale plannen. De subsidie kon worden ingezet voor om-, her-, en bijscholing van thuishulpen, maar ook voor herplaatsings- en mobiliteitsbevorderende maatregelen. Achttien thuiszorginstellingen, met ruim 7000 medewerkers, kregen in totaal € 11 mln subsidie toegewezen. Ook voor 2008 en verder zijn op dit punt middelen gereserveerd.



preventie

Andere
gezondheidsproblemen
vragen om
nieuwe strategieën

Preventie

Preventiebeleid moet deels op een andere leest worden geschoeid. Het toenemende aandeel van welvaartsziekten vraagt om nieuwe strategieën. De mensen hebben zelf een grote invloed op hun gezondheid. Ze zijn daar in grote mate zelf voor verantwoordelijk. Hoewel vrijwel iedereen veel waarde hecht aan een goede gezondheid is de Nederlandse burger niet zo gezond als hij kan zijn. Samen met scholen, werkgevers en verzekeraars proberen we mensen in hun directe leef- en werkomgeving te prikkelen of te verleiden tot gezonde keuzes.

Het Interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) *Gezond gedrag bevordert* (kamerstukken 22 894, nr. 134) somt de motieven op voor interventie van de overheid in het gedrag van individuen. Op basis van dit IBO kunnen enkele beleidsconclusies worden getrokken. Op de eerste plaats kan de overheid ingrijpen als ongezondheid negatieve externe effecten heeft. Een voorbeeld hiervan is meerroken. Ook een goede voorlichting kan een overheidstaak zijn. Vooral in de richting van laag opgeleide mensen waar ongezond gedrag het meest voorkomt. Ook signaleert het IBO dat meer samenhang kan worden gebracht in het overheidsbeleid.

Het terugdringen van het alcoholmisbruik, tabaksgebruik, diabetes, depressie en overgewicht zijn onze speerpunten. Op 20 november 2007 heeft het kabinet de *Hoofdlijnenbrief alcoholbeleid* (kamerstukken 27 565, nr. 35) naar de Tweede Kamer gestuurd. De aangekondigde maatregelen betreffen onder meer extra verordende bevoegdheden voor gemeenten, wijzigingen van de verdeling van het toezicht, regelgeving rond zoete alcoholhoudende (mix)dranken, strafbaarstelling van jongeren en de introductie van een experimenteerartikel om een aantal geselecteerde gemeenten gedurende twee jaar de bevoegdheid te geven om te experimenteren met een leeftijdsgrens.

Het *Convenant Overgewicht* is uitgebreid naar twintig partners. Toegetreden zijn de Consumentenbond, de Nederlandse Vereniging voor Diëtisten, de vier grootste Nederlandse gemeenten (G4), de vakbeweging en de Nederlandse Hartstichting. Door alle partners zijn activiteiten uitgevoerd voor thuis, op school, op het werk en bij recreatie. Daarbij ging extra aandacht uit naar activiteiten gericht op kinderen en op de politiek. De activiteiten, beschreven in het jaarverslag *Energie in Balans 2007, Harder*

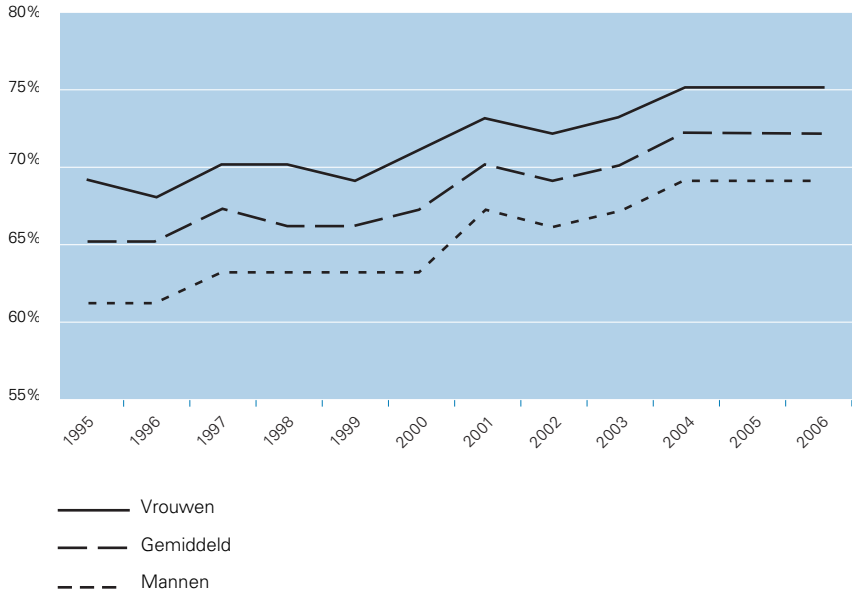
Lopen en de plannen voor 2008 zijn in november gepresenteerd op de Nationale Balans Top. Het convenant is afgesloten voor de periode tot en met 2010.

Op 24 september 2007 is de kabinetsvisie op gezondheid en preventie naar de Tweede Kamer gestuurd (kamerstukken 22 894, nr. 134). In deze brief is het beleid voor gezondheid en preventie voor de komende jaren nader toegelicht en zijn de eerdergenoemde beleidsconclusies verwerkt. Ook de optie van het IBO om meer onderzoek en experimenten te doen op het gebied van kosteneffectieve interventies nemen we over. In dit kader gaan in 2008 pilots van start rondom stoppen met roken en de beweegkuur. Sommige zaken, zoals prijsmaatregelen gericht op gezonde voeding, worden op verzoek van de Tweede Kamer verder uitgezocht.

In het najaar van 2007 hebben we de eerste voorbereidingen getroffen voor het ontwikkelen van een beweginginterventie in de zorg, vergelijkbaar met de methodiek *Bewegen op recept*. Het gaat om een bruikbare en (kosten)effectieve aanpak voor inactieve mensen met diabetes type II of met een verhoogd risico daarop. Het is een nieuwe interventie die gebruik maakt van bestaande methoden en kennis. De interventie heeft de naam *Beweegkuur* meegekregen. Intermediair is de eerstelijns gezondheidszorg. Uiteindelijk doel is de methodiek op te nemen in het basispakket, mits het kosteneffectief en budgettair inpasbaar is.

Met het oog op de invoering van de rookvrije horeca op 1 juli 2008 is de benodigde wijziging van de wetgeving (algemene maatregelen van bestuur) in gang gezet. Na consultatie van de meest betrokken partijen, besluitvorming door de ministerraad en overleg met de Tweede Kamer zijn de ontwerpbesluiten eind 2007 voor advies voorgelegd aan de Raad van State. Tijdens het debat met de Tweede Kamer over de invoering van de rookvrije horeca hebben wij toegezegd te bezien wanneer het vergoeden van ondersteuning bij stoppen met roken in het verzekerde pakket kan worden opgenomen. Voorwaarde is dat het kosteneffectief en budgettair inpasbaar is. Onderstaande figuur geeft aan dat in de afgelopen jaren het aantal rokers verder is teruggelopen.

Figuur II: Aantal niet-rokers als percentage van de bevolking



Bron: www.stivoro.nl

We zijn begonnen de krachten op het gebied van preventie te bundelen. Een belangrijke stap is de oprichting van het Centrum voor Gezond Leven (CGL) bij het RIVM. Het CGL vervult een brugfunctie tussen de op lokaal niveau opererende professionals en de landelijke ontwikkelaars van gedragsbeïnvloedende interventies, de zogenoemde gezondheidsbevorderende instellingen (GBI's). Er is dan ook een structurele samenwerking tussen de GBI's en het CGL tot stand gebracht. Het CGL-aanbod richt zich op de lokale gebruikers van leefstijlinterventies: gemeenten, GGD'en en professionals in de wijken, op het werk, in de zorg, het onderwijs en de sport. De werkplaats *Gezonde school* van het CGL, waarin de GBI's, GGD'en en scholen deelnemen, is in 2007 van start gegaan. Het doel is om per setting een samenhangend aanbod van programma's rondom gezond leven tot stand te brengen in een werkplaats. Ook heeft het CGL een uitgebreid netwerk van relevante instanties ontwikkeld. Verder heeft het CGL met verschillende andere partijen (waaronder ZonMw, IGZ, VNG, GGD-NL, NIGZ en individuele GGD'en) afspraken gemaakt over samenwerking.

De verantwoordelijkheid van de overheid voor preventie komt tot uiting in het wetsvoorstel voor de *Wet publieke gezondheid*. In dit wetsvoorstel worden de bestaande Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv), de Infectieziektenwet en de Quarantainewet ondergebracht. Tijdens de voorbereiding op grootschalige uitbraken van infectieziekten kwam naar voren dat de huidige wetgeving tekort schiet in de mogelijkheid tot meer eenduidige sturing in tijden van crisis. Dit vormde, samen met de verplichting van Nederland om te voldoen aan de International Health Regulations (IHR) van de World Health Organisation (WHO), de aanleiding voor het nieuwe wetsvoorstel. De balans tussen maximale bescherming tegen infectieziekten en minimale verstoring van de internationale handel en verkeer staat hierin centraal. De bevoegdheden van de minister van VWS bij bestrijding van infectieziekten werden hiermee uitgebreid. Het voorstel is naar de Tweede Kamer gezonden. Tevens is er een ontwerpbesluit opgesteld, behorend bij het voorstel Wet publieke gezondheid. Dit ontwerpbesluit is voor externe consultatie toegestuurd aan belanghebbende partijen.

In 2007 zijn in samenhang voorstellen voor de *Wet publieke gezondheid* (VWS) en *Wet veiligheidsregio's* (BZK) opgesteld. Beide verwijzen naar nauwere aansluiting tussen GGD en Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR) voor de uitvoering van de openbare gezondheidszorg. Een eerste stap hierin is het laten overeenkomen van de uitvoeringsgebieden van de GGD met de 25 veiligheidsregio's. Het aantal GGD-en is in 2007 afgenomen van 36 naar 30. Daarnaast is een onderzoek uitgevoerd door het onderzoeks- en adviesbureau van de VNG (SGBO) naar (on)mogelijkheden voor het verder gelijktrekken van de uitvoeringsgebieden. Verder zijn verschillende bestuurlijke modellen voor de openbare gezondheidszorg vergeleken. De bestuurlijke territoriale congruentie van de veiligheidsregio's en de GGD en GHOR alsmede brandweer en regionale Ambulancevoorziening (rav) kwam in 2007 een stap verder.

In Nederland krijgen mensen in risicogroepen jaarlijks gratis vaccinatie aangeboden tegen griep. Op advies van de Gezondheidsraad hebben we besloten om de leeftijdsgrens voor de griepvaccinatie te verlagen van 65 naar 60 jaar. Hierbij gaat het om alle ouderen vanaf 60 jaar. Deze leeftijdsverlaging geldt vanaf het campagnejaar 2008. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), het Nederlands Vaccin Instituut (NVI) en de Stichting Nationaal Programma Grieppreventie (SNPG) hebben in

2007 de voorbereidingen getroffen om de uitbreiding mogelijk te maken. In dat kader zijn onder meer extra vaccins besteld, logistieke procedures aangepast (opslag, distributie en administratie) en is een voorlichtings-campagne voorbereid over de veranderingen voor de uitvoerders en de doelgroep. De deelnamegraad van de doelgroep in voorgaande jaren is, ook internationaal gezien, hoog.

Prestatie-indicator	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Mensen zonder overgewicht	55,2%	55,2%	53,9%	53,5%	55,1%	53,5%	54,5%
Aantal niet zware drinkers > 12 jaar	86,4%	88,3%	88,7%	88,1%	89,2%	88,7%	89,3%
Griepvaccinatiegraad risicogroepen > 16 jaar	75%	75%	74,6%	74,6%	76,9%	74,5%	-

Bron: CBS voor overgewicht en alcohol, RIVM voor griepvaccinatiegraad

De cijfers voor overgewicht hebben betrekking op personen van twintig jaar en ouder die een BMI van onder de 25 hebben. De prestatie-indicator voor alcoholgebruik is uitgedrukt in een percentage van de totale bevolking ouder dan twaalf jaar. Een zware drinker consumeert minstens één keer per week minimaal zes glazen alcohol op één dag. De vaccinatiegraad voor risicogroepen is weergegeven als een percentage van de totale bevolking ouder dan zestien jaar.



participatie

Mensen
moeten op
hun **e**igen wijze
kunnen meedoen
aan de
maatschappij

Participatie (kabinetsdoelstelling 35 en 47)

Op 1 januari 2007 is de *Wet Maatschappelijke ondersteuning* (Wmo) ingevoerd. Samen met de VNG ondersteunen we gemeenten met de verdere invoering en ontwikkeling van de wet. Dat is een belangrijke doelstelling van dit kabinet. Ook als het gaat om de kwetsbaren in de samenleving.

Wmo

De Wmo biedt gemeenten de mogelijkheid kwetsbare burgers te ondersteunen bij de participatie in de samenleving. Dat reikt van opvoeding- en ondersteuning tot een leefbare buurt, van het oplossen van overlast tot het ondersteunen van vrijwilligerswerk. De gemeenten hebben daarin een belangrijke verantwoordelijkheid gekregen, ook in financiële zin. De nadruk lag in 2007 vooral op de overheveling van huishoudelijke verzorging van de AWBZ naar de gemeenten en het opstellen van beleidsplannen van gemeenten voor uitvoering van de Wmo.

Vrijwilligers en mantelzorgers

Het Sociaal Cultureel Planbureau heeft in 2007 onderzoek gedaan naar het aantal vrijwilligers. Uit dit onderzoek blijkt dat het aantal vrijwilligers tussen 2000 en 2005 is gedaald van 35 procent naar 33 procent. Om het aantal vrijwilligers en mantelzorgers op het huidige niveau te handhaven, is in de beleidsbrief Voor Elkaar: *Mantelzorg en Vrijwilligerswerk 2008-2011* (kamerstukken 30 169, nr. 11) onder andere opgenomen dat er zogenaamde basisfuncties voor mantelzorg en vrijwilligers worden geformuleerd. Daarnaast is hierin aangekondigd dat komende jaren specifieke aandacht wordt besteed aan respijtzorg en het ondersteunen van allochtone mantelzorgers en andere specifieke groepen, verbetering van de kwaliteit van de ondersteuning en facilitering van de combinatie van zorg en arbeid. Zorg die wordt ingeschakeld om verzorgenden vrijaf te geven heet respijtzorg. Ook is een activiteitenplan opgesteld om deze maatregelen de komende vier jaar te implementeren.

In 2005 is in de Tweede Kamer bij de bespreking van het Belastingplan 2006 een amendement aanvaard dat erin voorziet mantelzorgers – als blijk van

waardering – een fiscale korting toe te kennen. Daarvoor is een bedrag van € 65 miljoen beschikbaar gesteld. Verdere uitwerking van dit amendement bracht aan het licht dat uitvoering door de Belastingdienst of door de gemeenten niet mogelijk was. Overwegingen ten aanzien van de administratieve lasten voor gemeenten, het ontbreken van uniformiteit van de uitvoering en de onmogelijkheid van een controle op rechtmatigheid door de Belastingdienst, speelden daarbij een rol. Er is daarom gekozen voor een landelijke regeling. Deze regeling wordt gebaseerd op artikel 19a van de Wmo en wordt uitgevoerd door het Centrum Indicatiestelling Zorg en door de SVB. Op grond van deze regeling worden zogeheten mantelzorgcomplimenten uitgereikt. Aangezien de wijziging van artikel 19a nog niet had plaatsgevonden dient de Slotwet als wettelijke basis voor de uitgaven 2007. In november 2007 zijn voor de eerste keer deze mantelzorgcomplimenten door de SVB uitgereikt. Eind 2007 hebben 25.000 mantelzorgers het compliment van € 250 ontvangen. Na dekking van de uitvoeringskosten is er in 2007 een substantieel bedrag overgebleven. Van dit bedrag is in 2007 éénmalig € 32 miljoen toegevoegd aan het gemeentefonds ten behoeve van mantelzorg (ondersteuning). Voor de inzet van deze middelen hebben we een convenant gesloten met de VNG en Mezzo. Begin 2008 wordt de regeling geëvalueerd.

Figuur III: Percentage van de bevolking boven de achttien jaar actief als vrijwilliger of mantelzorger.



Bron: SCP

Maatschappelijke opvang

In 2007 is veel bereikt met de maatschappelijke opvang van daklozen. De vier grootste gemeenten (G4) hebben in 2007 het plan van aanpak maatschappelijke opvang (MO) verder uitgevoerd. In deze G4-gemeenten meldt het Leger des Heils een afname van het aantal daklozen met 25 procent. Ook constateert de politie in de G4 een rustiger straatbeeld en fors minder overlastmeldingen. Verder signaleert veldwerk in de G4 minder tot nagenoeg geen buitenslapers meer. Deze aanpak is succesvol en wordt naar meer gemeenten uitgebreid. We hebben de overige 39 centrumgemeenten uitgenodigd soortgelijke plannen op te stellen. Drie gemeenten hebben hun conceptplan al opgesteld. De andere zijn ermee bezig.

De slagkracht van de centrumgemeenten hebben we vergroot door de middelen voor Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz) per 1 januari 2007 toe te voegen aan de specifieke uitkering Maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid en aan de brede doeluitkering Sociaal, integratie en veiligheid (BDU SIV) voor die centrumgemeenten die vallen onder het grotestedenbeleid. De centrumgemeenten geven aan dat hun regiefunctie voor de hulpverlening aan zorgmijders hiermee versterkt is.² De onevenwichtige verdeling over de gemeenten van de middelen voor maatschappelijke opvang vormde een knelpunt. Een oplossing daarvoor is in 2007 dichterbij gekomen. In een bestuurlijk overleg op 26 september 2007 hebben we met de VNG afgesproken dat met ingang van 1 januari 2009 de verdeelsleutel maatschappelijke opvang wordt aangepast. De middelen voor maatschappelijke opvang en verslaafdenbeleid worden tot op heden tussen de 43 centrumgemeenten verdeeld op basis van een in 2001 bepaald historisch bedrag en een toen ingevoerd verdeelmodel van de Raad voor de financiële verhoudingen (Rfv). Deze verdeling wordt aangepast omdat de huidige verdeelsleutel geen recht doet aan de verschillen in de kosten tussen centrumgemeenten.

2 Wijze van besteding OGGz-middelen voor toeleiding door centrumgemeenten, Hoeksma, Homans & Menting, november 2007

Tienermoeders

In het coalitieakkoord is brede aandacht voor ongewenste zwangerschap. Het streven van dit kabinet is een abortuspraktijk omgeven met eisen van zorgvuldigheid en gebaseerd op de waarde van goede zorg. Dit sluit aan bij de uitgangspunten van de *Wet afbreking zwangerschap*. Eén van de kernelementen in de wet is dat de vrouw in geval van een noodsituatie in overleg met de arts kan besluiten om de zwangerschap af te laten breken.

We willen jongeren kennis en vorming op het gebied van seksualiteit en relaties bijbrengen. Speciale aandacht verdient daarbij het voorkomen van herhaalde ongewenste zwangerschappen. Met dit coalitieakkoord heeft het kabinet de taak op zich genomen om de preventie te versterken, met daarbij speciale aandacht voor risicogroepen. In samenwerking met de collega-bewindspersonen die verantwoordelijk zijn voor jeugd en onderwijs acht ik het mogelijk om hier resultaten te boeken.

Verder moeten de keuzemogelijkheden voor een ongewenst zwangere vrouw goed toegankelijk zijn. We ambiëren niet alleen betere hulp voor vrouwen die voor de keus staan van een abortus, maar ook voor vrouwen die afzien van een abortus en voor vrouwen die nadelige gevolgen ondervinden van een abortus. Het gaat dus om de zorg in de kliniek, maar ook om het werk op psychosociaal gebied door het Fiom en de VBOK en de opvang, ondersteuning en begeleiding aan tienermoeders.

In het geval onbedoeld zwangere meisjes en tienermoeders ervoor kiezen om het kind te houden worden ze soms verstoten door het gezin waarin zij zijn opgegroeid. Deze meisjes hebben specifieke hulp en opvang nodig om hen voor te bereiden op een zelfstandig bestaan met kind (en eventueel partner). Daarom zullen we vanaf 2008 een impuls geven aan de hulpverlening en opvang van onbedoeld zwangere meisjes en tienermoeders.

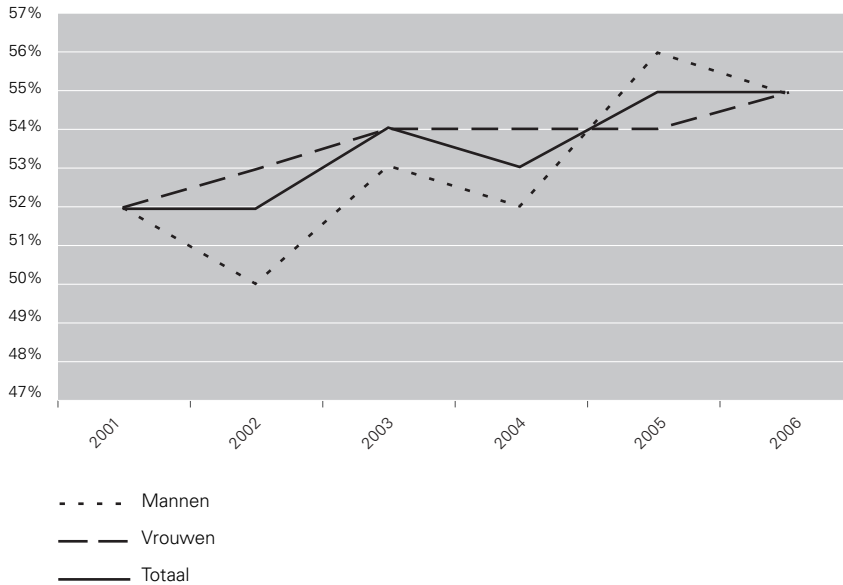
Sport

In oktober is de beleidsbrief *De kracht van sport* (kamerstukken 30 234, nr. 13) aan de Tweede Kamer aangeboden. Deze beleidsbrief bevat de beleidsvoornemens van het kabinet op het gebied van sport, inclusief de aanwending van de extra middelen uit het coalitieakkoord. In de beleidsbrief worden drie prioriteiten onderscheiden:

- De versterking van de sportverenigingen moet ervoor zorgen dat de verenigingen hun maatschappelijke functie beter kunnen vervullen. Bijvoorbeeld door het inzetten van sport voor het onderwijs, de naschoolse opvang en de wijk. Ook wil de regering het aantal brede scholen met sportaanbod in het basis- en voortgezet onderwijs uitbreiden zodat alle leerlingen dagelijks kunnen sporten.
- Mensen met een handicap moeten meer aan sport gaan doen. Door meer te sporten worden gehandicapten gezonder en integreren ze beter in de maatschappij.
- Met de intensivering en uitbreiding van het topsportprogramma willen we het aantal Nederlandse talenten, met en zonder handicap, met uitzicht op de top laten groeien.

De ambitie dat 800.000 meer mensen voldoen aan de beweegnorm is via het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (NASB) in 2007 verder vorm gegeven. Vooral in de settings wijk en zorg van het NASB zijn kleinschalige (community) sport- en beweegactiviteiten opgestart om mensen aan het bewegen te krijgen en inactiviteit tegen te gaan. Bovendien zijn voor de aandachtsgebieden werk en school projecten ontwikkeld. Binnen de setting zorg is speciale aandacht geschonken aan inactieve mensen met een handicap of chronische aandoening.

Figuur IV: Percentage van de bevolking vanaf twaalf jaar dat voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (=beweegnorm)



Bron: CBS

We ondersteunen de ambitie van het kabinet om Nederland bij de beste tien topsportlanden van de wereld te laten horen. Daartoe is in 2007 onder meer een begin gemaakt met het programma *Coaches aan de top*. Het aantal coaches dat deelneemt aan het programma is onder andere afhankelijk van de Olympische cyclus en kan per jaar verschillen. Eind 2007 werden 67 topcoaches ondersteund en waren zes aanvragen in behandeling. Het kennis- en onderwijsdeel van het programma is medio 2007 tot stand gekomen in overleg met NLCoach en NOC*NSF. In 2007 hebben 34 sportbonden een subsidie ontvangen voor de uitvoering van ruim 60 gecertificeerde talentontwikkelingsprogramma's, waaronder drie die expliciet betrekking hebben op topsporters met een beperking. Tevens is de pilot talentcoaches van start gegaan bij drie sportbonden onder begeleiding van NOC*NSF en NLCoach. De omvang en inhoud van het facilitaire ondersteuningsprogramma door Olympische Netwerken is vastgesteld en in het laatste kwartaal 2007 is een begin gemaakt met de uitvoering ervan.

Het programma *Meedoen allochtone jeugd door sport* is van start gegaan. Negen sportbonden en elf gemeenten hebben samen ruim 500 sportverenigingen geselecteerd. Deze sportverenigingen maken zich sterk voor een forse toename van de sportdeelname onder de allochtone jeugd en ook voor opvoedings- en integratiedoelen. Daarnaast doen nog eens 50 verenigingen mee aan *sportzorgtrajecten*. Dit zijn programma's waarbij de sport als middel wordt ingezet in de jeugdzorg, bijvoorbeeld als het beheersen van agressie of het vergroten van de weerbaarheid.

We dringen er bij de sportsector op aan om werk te maken van een gezonde, sportieve en (sociaal) veilige omgeving. Negatieve verschijnselen die zich in de maatschappij voordoen, zoals beschreven in het SCP-rapport *Een gele kaart voor de sport*, gaan niet aan de sport voorbij, maar kunnen vanwege de sport-eigen waarden en het sociale verband juist in de sport goed worden aangepakt. Met, naar verwachting, een gunstige uitstraling naar andere delen van de samenleving. In de beleidsbrief *De kracht van sport* is opgenomen dat in het kader van het programma *Sportiviteit en respect* een gedragscode zal worden ontwikkeld.

In maart 2007 vond in Rotterdam de aftrap plaats van het Masterplan Arbitrage. Naast negen sportbonden die contactsporten in teamverband organiseren, hebben nog vijf bonden zich aangesloten bij het Masterplan. Onder begeleiding van NOC*NSF voeren deze bonden diverse activiteiten uit, in het bijzonder gericht op het herstel van het gezag en het imago van de scheidsrechter. Verder is meegewerkt aan de campagne *Geef kinderen hun spel terug* van SIRE.

Prestatie-indicator	1995	2000	2005
Gemiddeld aantal uren per week sporten	2,1 uur	1,8	2,6

Bron: SCP

Ethiek

In september 2007 hebben we namens het kabinet een brief met daarin de belangrijkste beleidsvoornemens op het gebied van de medische ethiek aan de Tweede Kamer toegestuurd. Rode draad van deze brief is de menselijke waardigheid. Naast onderwerpen als de ontwikkeling van de medische ethiek en mensenrechten, is het kabinetsstandpunt over de evaluatie van de *Wet afbreking zwangerschap* en de abortuspraktijk onderdeel van de brief.

In november 2007 is het kabinetsstandpunt naar aanleiding van de evaluatie *Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* aan de Tweede Kamer toegestuurd. De evaluatie toont aan dat de doelen die destijds bij de inwerkingtreding van de wet werden beoogd in hoge mate zijn bereikt.

Met ZonMw hebben we afspraken gemaakt over nieuwe onderzoeksprogramma's op het terrein van ethiek. Het gaat om breed onderzoek rondom medische ethiek, abortus en euthanasie. Ook is een inventariserend onderzoek gestart naar ontwikkelingen rondom adulte stamcellen.

Oorlogsgetroffenen

Het programma *Erfgoed van de Oorlog* heeft een subsidiekader opgesteld voor behoud, toegankelijkheid en publieksgerichte toepassingen van en met erfgoedmateriaal WOII. Dit kader is gelanceerd op 20 juni 2007. Bovendien is een subsidiekader voor oral-history projecten ontwikkeld, dat eind september 2007 is gepresenteerd. Op 1 november 2007 zijn 96 subsidieaanvragen voor de eerste subsidieronde in behandeling genomen.

Verder is een begin gemaakt met enkele aanvullende projecten, waaronder WOII Virtueel Nederlands-Indië, een website met museale topstukken (ontsloten via Het Geheugen van Nederland), een digitale toegang op het archief van de Bijzondere Rechtspleging dat bij het Nationaal Archief is ondergebracht en voorbereidingen voor de schoning en digitalisering van het archief van de Pensioen- en Uitkeringsraad (PUR).

Zorgverzekeringen

De gemiddelde nominale Zvw-premie inclusief kortingen voor collectieve polissen bedroeg in 2007 € 1103. Deze uitkomst is lager dan verwacht. In de begroting 2007 werd nog uitgegaan van een bedrag à € 1134. Ten opzichte van 2006 is er sprake van een stijging van 7,1 procent. De stijging is daarmee 3,0 procent lager dan de verwachte premiestijging van 10,1 procent.

Zorgtoeslag

Met de inkomensafhankelijke zorgtoeslag worden mensen met een laag inkomen bij de nominale premie gecompenseerd. Daarbij wordt uitgegaan van de zogenoemde standaardpremie. Eind 2006 is de standaardpremie, die van belang is voor de vaststelling van de zorgtoeslag in 2007, bepaald op € 1059.

Voorts is in 2007 onderzocht of de zorgtoeslag met het oog op de wanbetalersproblematiek rechtstreeks kan worden verrekend met de nominale premie. De invoering van deze verrekening is uitvoerings-technisch niet mogelijk gebleken. Besloten is met ingang van 2009 bij wanbetalers bronheffing toe te passen, waarbij de zorgtoeslag als bron wordt aangemerkt.

Eigen betalingen, afschaffing no-claim

Per 1 januari 2008 is de no-claimteruggave van € 255 afgeschaft en vervangen door een verplicht eigen risico van € 150 per jaar. Verzekerden met langdurige, onvermijdbare zorgkosten ontvangen in het laatste kwartaal van 2008 een financiële tegemoetkoming van € 47 van het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Het verplichte eigen risico met de financiële tegemoetkoming pakt rechtvaardiger uit voor chronisch zieken en gehandicapten.

Pakketaanpassingen

In 2007 hebben we het verzekerde pakket aangepast. Vanaf 1 januari 2008 komen de anticonceptiepil, het spiraaltje en het pessarium weer in aanmerking voor een vergoeding. Dit is in lijn met het coalitieakkoord. Het voornemen om de jaarlijkse periodieke tandartsencontrole weer onder de

verzekerde prestaties te brengen is niet uitgevoerd. In plaats daarvan is de motie Van der Veen cs. (kamerstukken 26 689, nr. 141) uitgevoerd, waarmee de leeftijdsgrens voor het jeugdpakket tandzorg is verhoogd tot de leeftijd van 22 jaar. Voor de uitbreiding van het aantal uren kraamzorg hoefde de regelgeving niet te worden aangepast.

Het Zvw-pakket is uitgebreid met de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) die voorheen in het AWBZ-pakket zat. Het gaat hierbij om extramurale GGZ en de intramurale GGZ voor de duur van maximaal één jaar.

In 2007 zijn de voorbereidingen getroffen voor pakketbeperking in de AWBZ. Er bestaat geen aanspraak meer op ondersteunende begeleiding op basis van een somatische of psychosociale grondslag. Ondersteunende begeleiding in de vorm van dagopvang in een instelling of als onderdeel van de verblijfszorg (of volledig pakket thuis), behoort wel tot de aanspraken. Ook de ondersteunende begeleiding in het kader van de palliatieve zorg blijft onderdeel uitmaken van de AWBZ.

Onverzekerden

In 2007 waren er volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek 241.000 onverzekerden. De inspanningen om het aantal onverzekerden uit sociaal-economisch zwakke groepen zoveel mogelijk terug te dringen, zijn succesvol gebleken. Er zijn weinig uitkeringsgerechtigden onder de onverzekerden.

Tijdens het plenaire debat in de Tweede Kamer over het wetsvoorstel *Wet verzwaren incassoregime* op 20 juni 2007, is de urgentie om de problematiek van onverzekerden nader aan te pakken onderstreept door een aangenomen motie van de Kamerleden Omtzigt en Heerts (kamerstukken 30 918, nr.14). Er is gevraagd om een plan van aanpak waarin alle mensen zonder zorgverzekering via bestandskoppeling individueel worden benaderd om zich te verzekeren. Dit plan van aanpak sturen we in het voorjaar 2008 naar de Tweede Kamer.

Nederlandse verdragsgerechtigden in het buitenland (“pensionado’s”)

Door de toepassing van de Europese sociale zekerheidsverordening hebben personen die in een andere lidstaat wonen op grond van een Nederlands pensioen recht op het verstrekkingenpakket van hun woonland. Zij zijn hiervoor een bijdrage verschuldigd. Deze situatie was

vóór de invoering van de Zvw al van toepassing op ziekenfondsverzekerden. Door de invoering van de Zorgverzekeringswet, waarmee het onderscheid tussen ziekenfondsverzekering en particuliere verzekering is vervallen, werd deze regel ook op voormalig particuliere verzekerden van toepassing. In 2007 is de Tweede Kamer met het *Masterplan buitenland* (kamerstukken 30 918, nr. 27) hierover geïnformeerd.

Gewenningsregeling voor de intramurale eigen bijdrage

Per 1 januari 2008 is de zogenaamde overgangsregeling vervallen. Daardoor zijn verzekerden die in een AWBZ-instelling verblijven vanaf die datum een bijdrage verschuldigd die gelijk is aan die van de verzekerden die niet onder de overgangsregeling vielen. Om deze groep te laten wennen aan de gevolgen hiervan, is op 20 december 2007 besloten, aanvullend op de bestaande overgangsregeling, een gewenningsregeling van enkele maanden te hanteren.

Financieel beleid op hoofdlijnen

Op grond van de gegevens van 2006 zijn wij in 2007 geconfronteerd met een verwachte tegenvaller van circa € 1 miljard. Dit betrof voornamelijk tegenvallers in de premie.

Het kabinet heeft in het coalitieakkoord afspraken vastgelegd over de nieuwe budgettaire ruimte die in 2007 tot en met 2011 beschikbaar is voor de zorguitgaven. Het nieuw vastgestelde Budgettair Kader Zorg (BKZ) is in de begroting 2008 opgenomen.

Bovendien was in het coalitieakkoord afgesproken dat extra middelen (€ 520 miljoen) worden uitgetrokken voor onze prioriteiten én dat deze middelen grotendeels via ombuigingen op de zorguitgaven moeten worden gedekt. De meeste maatregelen hebben betrekking op de jaren 2008 en later. Zij zijn in de VWS-begroting 2008 aangekondigd.

Langdurige zorg

Het vorige kabinet heeft met de brancheorganisaties een convenant AWBZ 2005 - 2007 afgesloten. Het convenant bevatte verschillende maatregelen die voornamelijk waren gericht op het behoud van de AWBZ en het

beheersen van de kosten binnen de sector. Bij de uitvoering van het convenant bleek dat er verschillen zaten in de wederzijdse verwachtingen. Hoewel er in het convenant veel maatregelen zijn opgenomen, is de focus bijna volledig op de contractering van zorgkantoren komen te liggen. Het convenant liep in 2007 af.

Het overleg convenant AWBZ is overgegaan in het overleg langdurige zorg. Dit overleg is inmiddels uitgebreid met cliëntenorganisaties en de Federatie Opvang. Voor de langdurige zorg 2007 - 2011 is een gezamenlijke werkgenda opgesteld. Deze agenda is op 16 januari 2008 aan de Tweede Kamer aangeboden (kamerstukken 30 597, nr. 14).

Voor de lange termijn is de SER op ons verzoek aan het werk gegaan met de voorbereidingen van een advies over de toekomst van de AWBZ. Met de ontwikkeling van ZZP's is flinke voortgang geboekt.

Curatieve zorg

De convenanten met de farmacie en de huisartsen ter beheersing van de kosten én ter versterking van de kwaliteitsontwikkeling liepen in 2007 af. Voor de farmacie is in het najaar 2007 een Transitieakkoord gesloten voor de periode 2008 tot en met 2009. Voor de huisartsen zijn er eind 2007 verdere afspraken gemaakt. Zo zal er in 2008 onder meer een onderzoek worden uitgevoerd naar de bekostigingssystematiek van de huisartsenzorg. Ook hebben we in 2007 vorderingen gemaakt ten aanzien van prestatiebekostiging in de tweedelijns curatieve zorg. Voorts zijn voorbereidingen getroffen voor invoering van een bekostigingssystematiek bij de ziekenhuizen die is gebaseerd op geleverde zorg (DBC's) met integrale tarieven, inclusief kapitaallasten, al dan niet gecombineerd met maatstafconcurrentie. De curatieve GGZ is opgenomen in de Zvw en vanaf 1 januari 2008 zullen GGZ-instellingen declareren op basis van DBC's.

Tabellen financieel beeld op hoofdlijnen

De beschreven prioriteiten zijn ofwel begrotingsgefinancierd of premiegefinancierd. Waar de prioriteiten begrotingsgefinancierd zijn wordt in onderstaande tabellen op hoofdlijnen ingegaan op de verschillen tussen de begroting 2007 en de realisatie 2007.

Een uitgebreide analyse van de verschillen tussen de begroting en de realisatie treft u aan in de (beleids)artikelen. Daar is dit jaar tevens voor het eerst een relatie gelegd met de budgettaire stukken die u gedurende het jaar 2007 ontvangen hebt.

Begrotingsgefinancierde beleidsprioriteiten

Prioriteit (bedragen x 1.000)	Begroting 2007	Realisatie 2007	Vershil	Toelichting verschil raming-realisatie
1. Zorg voor beter, waaronder het landelijk dementieprogramma en de pilots indicatoren verantwoorde zorg.	2.500	2.200	-300	Enkele pilots indicatoren verantwoorde zorg zijn later gestart dan voorzien.
2. Ontwikkeling zorgzwaarte pakketten	2.500	5.300	2.800	Bij 1e suppletore begroting zijn extra middelen beschikbaar gesteld voor het verkrijgen van een beter inzicht in de zorg-zwaarte van cliënten die in 2007 zorg verleend kregen.
3. Palliatieve zorg	11.400	11.600	200	-
4. Sneller Beter	750	750	-	-
5. Screening op ondervoeding	128	128	-	-
6. De nieuwe praktijk	500	380	-120	Het programma is later gestart dan voorzien.
7. Beter Voorkomen	1.500	1.500	-	-
8. Kiesbeter.nl	3.000	4.433	1.433	Het extra geld is gebruikt voor verbetering van onder meer de transparantie van de eerstelijns zorg, het Kies Beter Informatie Punt, en de verbetering van enkele deelsites.

Prioriteit (bedragen x 1.000)	Begroting 2007	Realisatie 2007	Vershil	Toelichting verschil raming-realisatie
9. Elektronisch patiëntendossier	39.820	35.191	-4.629	Deze bijstelling is met name veroorzaakt door het verschuiven van landelijke communicatie-activiteiten van 2007 naar 2008.
10. Opleidingsfonds	636.700	636.416	-284	-
11. Opvangen arbeidsmarkteffecten Wmo	20.000	11.000	-9.000	Van de beschikbare € 20 miljoen is uiteindelijk voor € 11 miljoen subsidie verleend aan 18 thuiszorg organisaties.
12. Oprichting Centrum Gezond Leven	2.000	1.427	-573	Het programma is later gestart dan voorzien, namelijk op 1 juli in plaats van 1 januari 2008.
13. Mantelzorgcompliment	65.000	12.000	-53.000	Aan het mantelzorgcompliment is in 2007 € 12 miljoen uitgegeven. Tevens is éénmalig € 32 miljoen toegevoegd aan het gemeentefonds ten behoeve van mantelzorg (ondersteuning). Voor de inzet van deze middelen hebben we een convenant gesloten met de VNG en Mezzo.
14. Coaches aan de top	4.500	4.500	-	-
15. Talentontwikkelings programma's	4.798	3.917	-881	Er is vertraging opgetreden bij de opstart van de pilot talentcoaches en bij de opstart van de regionale begeleiding van talenten.
16. Nationaal Actieplan Sport en Bewegen	5.852	4.949	-903	Het bedrag is lager uitgevallen door een overheveling van middelen naar de Leefstijlcampagne van ZonMw.
17. Meedoen allochtone jeugd door sport	11.500	14.224	2.724	Gedurende 2007 zijn extra middelen ter beschikking gesteld in verband met de volledige uitvoering van het programma vanaf 2007.

Premiegefinancierde beleidsprioriteiten

Prioriteit (bedragen x € 1.000.000)	Begroting 2007	Toelichting
Uitgabenbeperking Ziekenhuizen	-291	In de Begroting 2007 is aangegeven dat er voor het jaar 2007 een overschrijding bij de ziekenhuizen dreigde. Deze werd toen berekend op € 291 miljoen. De huidige inzichten gaan uit van een overschrijding van € 567 miljoen. De toename van € 276 miljoen is verwerkt in de begroting 2008 door een ophoging van de uitgavenraming ziekenhuizen. Met betrekking tot de overschrijding van € 291 miljoen zijn VWS, NVZ vereniging van ziekenhuizen (NVZ) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN), naar aanleiding van een gerechtelijke uitspraak, overeengekomen dat de ziekenhuizen vanaf 2007 de helft van de overschrijding van € 291 miljoen voor hun rekening nemen. In totaal is er dus met ingang van 2007 een structurele korting van € 145 miljoen opgelegd.
Dure geneesmiddelen	120	De budgettaire consequenties van de beleidsregel dure geneesmiddelen zijn in de periode 2005 tot en met 2007 toegenomen. De oorzaak hiervan is mede gelegen in de in 2006 doorgevoerde aanpassing van de beleidsregel dure geneesmiddelen. Het variabele vergoedingspercentage van maximaal 75% is gewijzigd in een voor ieder ziekenhuis gelijk vergoedingspercentage van 80% van de netto-inkoopkosten van een geneesmiddel dat op grond van de beleidsregel voor vergoeding in aanmerking komt. Verder is het gebruik van bestaande dure geneesmiddelen gegroeid en zijn er jaarlijks op grond van de beleidsregel nieuwe middelen voor vergoeding in aanmerking genomen. Het laatste is met name in 2006 het geval. De raming voor de ziekenhuizen is hiervoor opgehoogd met € 112 miljoen in 2006 en vanaf 2007 met structureel € 120 miljoen.
Terugdraaien pakketmaatregelen	12,5	Per 1 januari 2004 is de pakketmaatregel ingevoerd om de eerste IVF-behandeling niet langer te vergoeden. Op verzoek van de Tweede Kamer is deze maatregel per 1 januari 2007 teruggedraaid. De hiermee samenhangende extra uitgaven worden geschat op € 10 miljoen (inclusief een doelmatigheidswinst van € 8 miljoen). De Tweede Kamer heeft ook aangedrongen op versoepeling van de pakketmaatregel waardoor de buikwandcorrectie niet langer vergoed werd. Buikwandcorrecties worden sinds 1 januari 2007 weer vergoed mits aan een aantal strikte voorwaarden is voldaan. De extra uitgaven worden geschat op circa € 2,5 miljoen.
Convenant geneesmiddelen	-128	De besparing die in 2007 is gerealiseerd door het convenant geneesmiddelen, is naar verwachting € 128 miljoen hoger dan eerder aangenomen.

Prioriteit (bedragen x € 1.000.000)	Begroting 2007	Toelichting
Doelmatigheidsimpuls Verpleegtehuizen	63	Naar aanleiding van het NZa-rapport, Doelmatigheid verpleeghuizen in relatie tot verantwoorde zorg onderzocht over verpleeghuizen is voor extra handen aan het bed in 2007 € 63 miljoen aan de budgetten van de verpleeghuizen toegevoegd. Vanaf 2008 is dit door het kabinet omgezet in een structurele impuls ter verbetering van de kwaliteit van de verpleeghuiszorg van € 250 miljoen.
Maatregelen huisartsen	-23,8	Om de overschrijding op enkele onderdelen van de huisartsenzorg te compenseren is met de sector overeengekomen om de huisartstarieven in het jaar 2007 niet te indexeren. Deze maatregel heeft een bedrag opgeleverd van € 23,8 miljoen.

Uitgave

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Postadres

Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Bezoekadres

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
Telefoon (070) 340 79 11

Informatie

Voor meer informatie kunt u
terecht bij de medewerkers
van Postbus 51.

Zij zijn op werkdagen
bereikbaar van 08.00 tot 20.00
onder telefoonnummer
0800-8051 (gratis).

Internetadres

www.minvws.nl

Mei 2008

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

