



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Introductiedossier Bewindspersonen

November 2012



Voorwoord

Nederland, gezond en wel! Daar werken we aan bij VWS. Welkom!

Voor u ligt het introductiedossier van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het dossier is samengesteld om u snel en op hoofdlijnen (opnieuw) een beeld te geven van het ministerie. Allereerst is de organisatie en de werkwijze van het ministerie beschreven. Voorts volgt een kort financieel overzicht. In het dossier is voor een veertigtal dossiers op het beleidsterrein van VWS de stand van zaken opgenomen.

Ik kijk uit naar onze (verdere) samenwerking en wens u een goede en succesvolle tijd toe als bewindspersoon van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De secretaris-generaal,

Geert van Maanen

Inhoudsopgave

Voorwoord

Deel 1:

Introductie

1. Ministerie VWS	6
1.1 Doelstelling ministerie VWS	6
1.2 Structuur en Sturingsmodel ministerie VWS	7
2. Financieel kader	8
3. Organigram ministerie en buitendiensten	16

Deel 2:

Ministerie VWS: het kerndepartement

A. VWS Doorsnijdende dossiers	19
1. Houdbaarheid van de Zorg, verspilling	21
2. Bestuur en governance	23
3. Topinkomens	25
4. Toezicht en handhaving	27
5. Effectiviteit en doelmatigheid van beleid, uitvoering en toezicht, VWS als concern	29
6. VWS en de EU	31
7. Administratieve lasten	34
B. Directoraat-generaal Langdurige Zorg	36
Inleiding Directoraat-generaal	36
1. Herstructurering langdurige zorg (AWBZ, Wmo, ook i.r.t. Zvw)	38
2. Toekomstvisie inkomensregeling	40
3. Fraudebestrijding	42
4. Arbeidsmarkt zorg	43
5. Beginselenwet AWBZ-Zorg	44
6. Oorlogsgetroffenen en Herinnering WOII	45
7. Geweld in afhankelijkheidsrelatie (GIA)	47
8. Ratificatie VN-verdrag Handicap	49
9. Bovenregionaal sociaal recreatief vervoer voor mensen met een handicap	50
10. Maatschappelijke opvang/ zwerfjongeren	51
C. Directoraat-generaal Curatieve Zorg	53
Inleiding Directoraat-generaal	53
11. Zorg en ondersteuning in de buurt	55
12. Bestuursakkoord GGZ	57
13. Medisch specialisten	59
14. Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg	61
15. Convenant Huisartsenzorg 2012/2013	63
16. Uitkomstbepaling	65
17. E-health/ Landelijk Schakelpunt	67
18. Positie patiënten, kostenbewustzijn en klachtenbehandeling	69
19. Risicoverevening	71
20. Het verzekerde pakket	73
21. Eigen bijdrage(n)/ eigen risico	75

22. a. Voorwaardelijke toelating en financiële arrangementen en b. Vrije prijzen farmacie	77
D. Directoraat-generaal Volksgezondheid	79
Inleiding Directoraat-generaal	79
23. Gezond leven	81
24. Voedsel- en productveiligheid, inclusief NVWA	83
25. Dierproeven en alternatieven	84
26. Medische- ethiek	86
27. Infectieziektebestrijding incl. crisisstructuur	87
28. Lokaal gezondheidsbeleid/WPG	88
29. Breedtesport	90
30. Topsport	91
31. Olympisch plan	92
32. Stelselwijziging Jeugd	94
33. Gesloten Jeugdzorg (jeugdzorg ^{plus})	95
34. Opleidingsfonds en Fonds Ziekenhuisopleidingen (FZO)	97
35. Innovatie beroepen/taakherschikking	98
36. Productveiligheid genees- en hulpmiddelen	99
37. Life Sciences & Health (LSH)	101
38. Orgaandonatie	102
E. Kolom Plaatsvervangend Secretaris-generaal	103
Inleiding kolom plaatsvervangend Secretaris-generaal	103
Deel 3:	
<u>Ministerie VWS: Diensten buiten het kerndepartement</u>	
F. Inspecties	
Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)	108
Inspectie Jeugdzorg (IJZ)	110
Nederlandse Voedsel- en Waren Autoriteit (NVWA)	111
G. Agentschappen	
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)	114
Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (aCBG)	115
Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG)	116
Jeugdinstanties	117
H. Adviesraden + Planbureau	
Gezondheidsraad (GR)	119
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)	120
Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO)	121
Sociaal Cultureel Planbureau (SCP)	122
I. Uitvoeringsorganisaties/ Zelfstandige Bestuursorganen	
College voor Zorgverzekeringen (CVZ)	124
Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)	125
Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO)	127
Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)	128
Deel 4:	
<u>Bijlagen</u>	129

I. Beleidsagenda VWS 2013

II. Afkortingenlijst

Deel 1:
Introductie

1. Ministerie VWS

1.1 Doelstelling ministerie VWS

Nederland gezond en wel. Dat is het motto van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het is de ambitie van VWS om iedereen zo lang mogelijk gezond te houden en zieken zo snel mogelijk beter te maken. Ook wil het ministerie mensen met een beperking ondersteunen en maatschappelijke participatie bevorderen. Ongeveer 5000 ambtenaren van dit ministerie maken het overheidsbeleid op het terrein van de gezondheidszorg, de maatschappelijke zorg en sport. Het grootste deel van de medewerkers werkt bij de uitvoeringsdiensten.

Volksgezondheid

VWS stimuleert mensen tot gezond gedrag: meer bewegen, niet roken, matig alcoholgebruik, veilig vrijen en gezond eten. Mensen die problemen hebben met hun gezondheid moeten tijdig een beroep kunnen doen op de huisarts, het ziekenhuis of andere vormen van gezondheidszorg. Zij zijn daarvoor verzekerd en hebben dus recht op zorg. Samen met ziektekostenverzekeraars, aanbieders van zorg en patiëntenorganisaties zorgt het ministerie van VWS dat er genoeg voorzieningen zijn en dat mensen voldoende keuzemogelijkheid hebben. Betaalbaarheid van de zorg is daarbij een belangrijk thema.

Welzijn

Ook Nederland kent groepen inwoners die minder (kunnen) profiteren van onze welvaartsstaat. Zij zijn in economisch opzicht niet zelfstandig of nemen niet actief deel aan de maatschappij. In samenwerking met departementen die zich bezighouden met economie, onderwijs, wonen en milieu versterkt het ministerie van VWS de sociale infrastructuur. Belangrijke onderdelen van het sociaal beleid zijn het vrijwilligerswerk en de jeugdzorg.

Sport

Sport bevordert de gezondheid, zorgt voor sociale contacten en draagt bij aan de zelfontplooiing. De 'sportieve missie' van het ministerie van VWS is het mogelijk maken dat iedereen op een verantwoorde manier kan sporten. Daarnaast besteedt het ministerie geld en aandacht aan topsport, zodat Nederland ook bij internationale toernooien een goede partij is.

1.2 Structuur en Sturingmodel ministerie VWS

De hoofdstructuur van het kern ministerie van VWS bestaat uit de volgende dienstonderdelen (zie ook bijlage Organigram kernministerie):

- De Algemene Leiding
- Het directoraat-generaal Curatieve Zorg (DGCZ)
- Het directoraat-generaal Langdurige Zorg (DGLZ)
- Het directoraat-generaal Volksgezondheid (DGV)
- Plaatsvervangend Secretaris-generaal Kolom (pSG kolom)
- De Inspectie Gezondheidszorg (IGZ)

De dienstonderdelen van het ministerie vallen onder de verantwoordelijkheid van de Algemene Leiding; de Secretaris-generaal. De Secretaris-generaal is belast met de ambtelijke leiding van het ministerie. Dit houdt onder meer in dat hij de bewindspersonen informeert en adviseert over aangelegenheden die de bewindspersonen of het ministerie betreffen en zorgt voor de coördinatie en integratie van beleidsvoorbereiding, beleidsontwikkeling en beleidsuitvoering binnen het ministerie. Hij oefent de algemene controlfunctie uit en geeft rechtstreeks leiding aan de directeuren-generaal, plaatsvervangend Secretaris-generaal, de Inspecteur-generaal en de DG RIVM.

De Secretaris-generaal ressorteert onder de politieke leiding (de minister). Hij draagt bij aan de ontwikkelingen op rijksniveau. Hij speelt een actieve rol in het opstellen van de agenda van het wekelijks overleg van de secretarissen-generaal (SGO) en aan de verwezenlijking van hetgeen dat in het SGO besloten wordt.

Het ministerie kent een Bestuursraad, die wordt voorgezeten door de Secretaris-generaal. In de Bestuursraad worden de departementale beleidskaders besproken. Tevens ziet de Bestuursraad toe op de uitvoering daarvan. Leden van de Bestuursraad zijn de directeuren-generaal, de plaatsvervangend Secretaris-generaal, de Inspecteur-generaal en de DG RIVM. Wat in de vergaderingen aan de orde komt is vertrouwelijk, tenzij anders wordt besloten of openbaarheid uit de wet voortvloeit.

Het beleid wordt primair ontwikkeld en uitgevoerd binnen de beleidsdirecties. De DG prioriteert en stelt de kaders ten aanzien van de beleidsvorming. Tevens ziet hij erop toe dat de (beleids)directies hun taken naar behoren uitvoeren.

De VWS-begroting vertaalt het regeerakkoord naar de doelen die het ministerie wil bereiken. Vervolgens worden instrumenten en middelen (financiën) aan die doelen gekoppeld. Om de rechtmatigheid te borgen rapporteert de onafhankelijke Auditdienst Rijk (ADR) jaarlijks bij de verantwoording aan de minister over de begrotingsuitvoering van het ministerie.

Naast de dienstonderdelen van het kernministerie ressorteren er nog een aantal organisaties onder VWS, zoals de raden (Gezondheidsraad, RVZ en RMO), het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Inspectie Jeugdzorg (IJZ). De uitvoering van het ministerie is belegd bij de agentschappen: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), College voor beoordeling Geneesmiddelen (aCBG) en CIBG. Tevens heeft het ministerie twee tijdelijke baten-lastendiensten, de gesloten jeugdzorginstellingen Almata en de Lindenhorst.

2. Financieel kader

In de VWS-begroting staan, naast de begrotingsuitgaven van het Ministerie van VWS, ook de collectief gefinancierde zorguitgaven opgenomen. Hieronder wordt eerst ingegaan op de ministeriële verantwoordelijkheid bij de zorguitgaven. Vervolgens wordt het onderscheid tussen begrotingsgefinancierde en premiegefinancierde uitgaven toegelicht en wordt de relatie tussen het Budgettair Kader Zorg (BKZ) en de begroting van VWS verduidelijkt.

Ministeriële verantwoordelijkheid en budgetrecht van de Staten-Generaal

De minister van VWS beheert zelf de begrotingsgefinancierde middelen. Dat wil zeggen: VWS gaat zelf alle verplichtingen aan en verricht de uitgaven rechtstreeks ten laste van de begroting. Bij de premiegefinancierde zorguitgaven is dat anders; hieraan liggen vooral individuele beslissingen ten grondslag van de partijen die bij de zorg betrokken zijn. Zorgaanbieders leveren zorg aan patiënten/cliënten en declareren de kosten bij zorgverzekeraars en zorgkantoren. VWS is verantwoordelijk voor de randvoorwaarden en de regelgeving. VWS ziet toe op de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de gezondheidszorg, maar verricht de uitgaven niet zelf.

Op de begrotingsgefinancierde uitgaven is het budgetrecht van de Staten-Generaal van toepassing. De Eerste en Tweede Kamer hebben het recht de uitgaven te beoordelen, goed te keuren of te verwerpen. De Tweede Kamer heeft tevens het recht van amendement. Zo bepalen de Staten-Generaal samen met het kabinet welk deel van de belastinginkomsten wordt besteed aan zorggerelateerde uitgaven.

De collectieve zorguitgaven betaald uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) worden voor een belangrijk deel uit premies gefinancierd. Zij worden daarom aangeduid als premiegefinancierde zorguitgaven. Deze uitgaven maken op grond van de Comptabiliteitswet geen onderdeel uit van de rijksbegroting. Zij worden niet opgenomen in de begrotingsstaat van de VWS-begroting. Het budgetrecht is op deze uitgaven niet van toepassing. De uitgaven maken wel deel uit van het beheersingsregime van het Budgettair Kader Zorg. In de begrotingsstukken van VWS wordt aandacht besteed aan de ontwikkeling van de zorguitgaven en de beleidsontwikkelingen. Hierin wordt ook ingegaan op de ontwikkeling van de uitgaven in het Budgettair Kader Zorg.

Het Budgettair Kader Zorg (BKZ)

Het Budgettair Kader Zorg is het kader waarbinnen de zorguitgaven moeten blijven, overeenstemmend met de afspraken in het kabinet. De BKZ-uitgaven bestaan uit de zorguitgaven op grond van de Zvw en de AWBZ. Een deel van de begrotingsuitgaven van VWS wordt ook toegerekend aan het BKZ. Tot deze categorie horen een deel van de uitgaven aan de zorgopleidingen, de uitgaven van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en de uitgaven voor zorg, welzijn en jeugdzorg op Caribisch Nederland. Deze uitgaven worden op de VWS-begroting verantwoord. Verder vallen onder de bruto-BKZ-uitgaven middelen die via andere begrotingshoofdstukken beschikbaar komen. Het gaat hierbij om de middelen die via het Gemeentefonds worden uitgekeerd aan gemeenten voor uitgaven voor huishoudelijke hulp in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Ten slotte zijn er bedragen gereserveerd op de aanvullende post in de Miljoenennota voor onder meer loon- en prijsbijstelling voor de begrotingsgefinancierde BKZ-uitgaven. Het verplicht eigen risico en de eigen bijdragen worden samen gerekend als niet-belastingontvangsten. De bruto-BKZ-uitgaven minus deze niet-belastingontvangsten vormen de netto-BKZ-uitgaven. Het Budgettair Kader Zorg is het kader voor de netto-BKZ-uitgaven.

In overzicht 1 wordt een overzicht gegeven van de in de VWS-begroting gepresenteerde ontwikkeling van de BKZ-uitgaven voor 2013.

Overzicht 1: BKZ-uitgaven 2013

FACTSHEET VWS BKZ-uitgaven 2013

Ontwikkeling van de Zvw-uitgaven per sector (bedragen x € 1 miljoen)		2013	Ontwikkeling van de AWBZ-uitgaven per sector (bedragen x € 1 miljoen)		2013
Eerstelijnszorg		4.293,8	Volksgezondheid		113,5
Huisartsenzorg		2.394,1	Preventieve zorg (Rijksvaccinatieprogramma)		113,5
Tandheelkundige zorg		729,1	Zorg in natura		22.717,4
Paramedische zorg		614,2	Intramurale ggz		1.467,9
Dieetadvisering		44,0	Intramurale ghz		4.980,0
Verloskunde		208,5	Intramurale v&v		7.949,8
Kraamzorg		303,9	Extramurale zorg		4.013,5
Medisch specialistische zorg		21.725,8	Dagbesteding en vervoer		1.058,0
Instellingen voor medisch-specialistische zorg		17.664,1	Kapitaallasten		2.140,2
Vrijgevestigde medisch specialisten		2.106,6	Overige zorg in natura		1.108,1
Beschikbaarheidsbijdrage overig medisch-specialistische zorg		71,2	Overig AWBZ		3.042,1
Academische component		708,5	Persoonsgebonden budgetten		2.567,9
Overig curatieve zorg		251,0	Mee-instellingen		172,6
Geriatrische revalidatie zorg		817,0	Beschikbaarheidsbijdrage opleidingen AWBZ		25,7
Mondziekten en kaakchirurgie		107,4	Bovenbudgettaire vergoedingen		0,0
Ziekenvervoer		598,5	Subsidies		0,0
Ambulancevervoer		464,8	Beheerskosten / diversen AWBZ		219,1
Overig ziekenvervoer		133,7	Tandheelkundige zorg		18,4
Genees- en hulpmiddelen		7.087,4	Medisch specialistische zorg		38,4
Farmaceutische hulp		5.410,6	Nominaal en onverdeeld		1.422,5
Hulpmiddelen		1.676,8	Nominaal en onverdeeld AWBZ		1.422,5
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg		4.153,2	Totaal uitgaven AWBZ 2013		27.295,6
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg		4.153,2	Ontvangsten Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)		
Opleidingen		997,6	Totaal ontvangsten begroting 2013		1.819,4
Beschikbaarheidsbijdrage opleidingen Zvw		997,6	Eigen bijdrage AWBZ		1.819,4
Overig		1.015,4	Begrotingsgefinancierde uitgaven		
Grensoverschrijdende zorg		640,1	Uitgaven begroting 2013		2.126,2
Multidisciplinaire zorgverlening		375,3	Opleidingsfonds (begrotingsdeel)		172,2
Nominaal en onverdeeld		1.178,3	Caribisch Nederland		71,1
Nominaal en onverdeeld zvw		1.178,3	Wtcg		375,4
Totaal uitgaven ZVW 2013		41.049,9	Wmo (Gemeentefonds)		1.477,3
Ontvangsten Zorgverzekeringswet (Zvw)			Loon- en prijsbijstelling		30,3
Totaal ontvangsten begroting 2013		2.851,6	Bruto BKZ		70.471,9
Eigen risico Zvw		2.623,4	Ontvangsten		4.671,0
Eigen bijdrage Zvw		228,2	Netto BKZ		65.800,8

Stand ontwerpbegroting 2013	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Netto BKZ uitgaven	61.797,2	64.237,7	65.800,8	69.275,8	72.548,0	77.215,0	82.271,9

Dit overzicht is samengesteld door de directie FEZ. Voor vragen kunt u contact opnemen met de afdeling Budgetaire Zaken (340) 5485
Bron: VWS, NZa productieafspraken en (voorlopige) realisatiegegevens, CVZ (voorlopige) financieringslasten Zvw en AWBZ.

Begroting VWS

De VWS-begroting bevat uitgaven voor onder meer preventie, jeugdzorg en sport. Ook uitgaven om het zorgstelsel goed te laten functioneren, maar die niet direct zijn te relateren aan de zorgverlening, komen rechtstreeks ten laste van de begroting. Voorbeelden hiervan zijn de exploitatiekosten van de Zelfstandige bestuursorganen (ZBO's), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Deze uitgaven worden gerekend tot de budgetdisciplinesector Rijksbegroting in enge zin (RBG-eng). In overzicht 2 wordt een overzicht gegeven van de in de VWS-begroting gepresenteerde begrotingsuitgaven voor 2013.

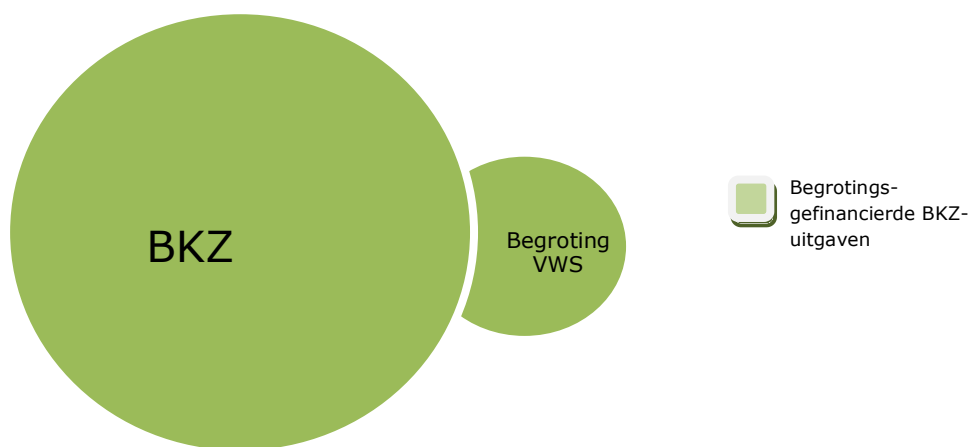
Overzicht 2: overzicht begrotingsuitgaven 2013

FACTSHEET VWS begrotingsuitgaven 2013	
Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1.000)	2013
Artikel 1 Volksgezondheid	515.780
1. Gezondheidsbescherming	97.340
2. Ziektepreventie	345.500
3. Gezondheidsbevordering	54.209
4. Ethiek	18.731
<i>ontvangsten</i>	<i>10.903</i>
Artikel 2 Curatieve zorg	2.796.291
1. Kwaliteit en (patiënt)veiligheid	114.399
2. Toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg	2.613.111
3. Bevorderen werking van het stelsel	68.781
<i>ontvangsten</i>	<i>22.128</i>
Artikel 3 Maatschappelijke ondersteuning en langdurige zorg	4.142.604
1. Stimuleren participatie en zelfredzaamheid (mensen met beperkingen)	187.880
2. Zorgdragen voor langdurige zorg tegen maatschappelijk aanvaardbare kosten	3.954.724
<i>ontvangsten</i>	<i>3.441</i>
Artikel 4 Zorgbreed beleid	757.374
1. Versterken positie cliënt	35.437
2. Opleidingen, beroepstructuur en arbeidsmarkt	345.623
3. Kwaliteit en transparantie en kennisontwikkeling	109.197
4. Inrichten uitvoeringsactiviteiten	191.325
5. Zorg, welzijn en jeugdzorg op Caribisch Nederland	75.792
<i>ontvangsten</i>	<i>4.858</i>
Artikel 5 Jeugd	1.533.547
1. Laagdrempelige ondersteuning bij het opvoeden en opgroeien	37.595
2. Noodzakelijke en passende zorg	1.495.952
<i>ontvangsten</i>	<i>9.215</i>
Artikel 6 Sport en bewegen	135.000
1. Passend sport- en beweegaanbod	86.524
2. Uitblinken in sport	36.768
3. Borgen van innovatie, kennisontwikkeling en kennisdeling	11.708
<i>ontvangsten</i>	<i>1.740</i>
Artikel 7 Oorlogsgetroffenen en herinnering Wereldoorlog II	331.574
1. De zorg- en dienstverlening aan verzetsdeelnemers en oorlogsgetroffenen WOII en de herinnering aan WOII	19.365
2. Wetten en regelingen voor verzetsdeelnemers en oorlogsgetroffenen	312.209
<i>ontvangsten</i>	<i>901</i>
Artikel 8 Tegemoetkoming specifieke kosten	5.272.231
1. Zorgtoeslag	4.854.500
2. Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten	375.432
3. Tegemoetkoming specifieke zorgkosten	42.299
<i>ontvangsten</i>	<i>0</i>
Niet-beleidsartikelen	2013
Artikel 9 Algemeen	27.936
1. Internationale samenwerking	4.721
2. Verzameluitkering VWS	541
3. Strategisch onderzoek RIVM	22.674
<i>ontvangsten</i>	<i>0</i>
Artikel 10 Apparaatsuitgaven	225.639
1. Apparaatsuitgaven kerministerie	152.617
2. Apparaatsuitgaven inspecties	61.674
3. Apparaatsuitgaven SCP en raden	11.348
<i>ontvangsten</i>	<i>5353</i>
Artikel 11 Nominaal en onvoorzien	-26.659
1. Loonbijstelling	790
2. Prijsbijstelling	26.130
3. Onvoorzien	-
4. Taakstelling	53.579-
<i>ontvangsten</i>	<i>5.000</i>
Totaal uitgaven beleidsartikelen	15.484.401
Totaal uitgaven niet beleidsartikelen	226.916
Totaal ontvangsten	63.539

Op 20 april 2011 is de aanpassing van de presentatie van de Rijksbegroting onder de naam 'Verantwoord Begroten' in de Tweede Kamer behandeld. De nieuwe presentatie van de begroting geeft meer inzicht in de financiële informatie, de rol en verantwoordelijkheid van de minister en laat een duidelijke splitsing tussen apparaat en programma zien. Tegelijkertijd met de invoering van Verantwoord Begroten is de indeling van de VWS-begroting ten opzichte van voorgaande jaren gewijzigd. Zo zijn de beleidsartikelen over maatschappelijke ondersteuning en langdurige zorg samengevoegd tot artikel 3 en zijn er twee nieuwe beleidsartikelen geïntroduceerd. Het betreft artikel 4 Zorgbreed beleid en het artikel 8 Tegemoetkoming specifieke kosten.

Overzicht 3 toont het onderscheid tussen het BKZ, de begrotingsuitgaven en de begrotingsgefinancierde BKZ-uitgaven. De grote bol betreft de uitgaven die onder het Budgettair Kader Zorg vallen. Het grootste deel hiervan zijn premiegefinancierde uitgaven op grond van de AWBZ en de Zvw. De kleine bol betreft de VWS-begroting. Een deel daarvan wordt gerekend tot het kader Rijksbegroting in enge zin of behoort niet tot een van de drie uitgavenkaders (de rijksbijdragen en de zorgtoeslag). De overlap tussen de twee bollen bestaat uit uitgaven die onderdeel uitmaken van de begroting van VWS, maar worden toegerekend aan het Budgettair Kader Zorg (Wtcg, uitgaven Caribisch Nederland en zorgopleidingen). De uitgaven op grond van de Wmo maken ook onderdeel uit van het Budgettair Kader Zorg. Deze uitgaven worden echter verantwoord op het Gemeentefonds.

Overzicht 3: Onderscheid tussen Budgettair Kader Zorg (BKZ) en VWS-begroting



Financiering van de zorguitgaven en de sociale fondsen

De collectieve zorguitgaven worden gefinancierd uit premies (nominale ziektekostenpremie, inkomensafhankelijke bijdrage en AWBZ-premie), belastingmiddelen (rijksbijdragen), vanuit de begroting (rijksbijdrage voor de financiering van de premie voor jongeren onder de 18 jaar, Bijdrage in de Kosten van Kortingen (BIKK) en Rijksbijdrage financiering abortusklinieken), het verplicht eigen risico in de Zvw en eigen bijdragen. De premie-inkomsten worden gerekend tot de collectieve lasten en tellen daarom mee in de inkomstenindicator van het kabinet. Dit betekent dat iedere verandering in de hoogte van de premies wordt gecompenseerd door lastenverzwaring of lastenverlichting elders.

De Zvw en de AWBZ zijn volksverzekeringen, waar iedere ingezetene in Nederland verplicht premie voor betaalt en aanspraken aan ontleent. Een deel van de financiering loopt via de sociale fondsen, het Zorgverzekeringsfonds (ZVF) en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ). Deze fondsen maken geen onderdeel uit van de rijksbegroting, maar behoren wel tot de sector overheid. Veranderingen in de financiële positie van de fondsen hebben daarom invloed op het EMU-saldo. De fondsen worden gevoed met premies die door het kabinet worden vastgesteld (de inkomensafhankelijke bijdrage en de AWBZ-premie) en de rijksbijdragen. Ook een eventueel exploitatietekort in het ZVF of het AFBZ kan worden gezien als financiering van de zorguitgaven. Het exploitatiesaldo van de fondsen telt mee in het EMU-saldo en de EMU-schuld van het Rijk. Het Rijk moet hiervoor meer (of minder) lenen.

De nominale ziektekostenpremie wordt niet door het kabinet vastgesteld en wordt rechtstreeks door burgers betaald aan zorgverzekeraars. Het ZVF werkt als een verzekeringsfonds voor zorgverzekeraars. Uit het AFBZ worden de aanspraken betaald die burgers en instellingen hebben op grond van de AWBZ.

Begrotingscyclus

De begrotingscyclus kent drie fasen: de voorbereiding, de uitvoering en de verantwoording. Deze fasen overlappen elkaar. In totaal beslaan de fasen ruim tweeënehalf jaar.

Begrotingsvoorbereiding

De begrotingsvoorbereiding is het proces het opstellen van de ontwerpbegrotingen van de diverse ministeries, uitmondend in de parlementaire behandeling van de begrotingen.

Bestedingsplannen (november-januari)

De directeur FEZ mandateert comptabele bevoegdheden aan budgethouders. Budgethouders (SG, pSG, DG's) moeten daartoe binnen de kaders van de vastgestelde begroting een bestedingsplan voor hun organisatieonderdeel opstellen. Beleidsdirecties geven met hun bestedingsplan aan welke beleidsvoornemens, uitgaven, verplichtingen en ontvangsten voor het volgende begrotingsjaar zij hebben. Uitgangspunt vormt de vastgestelde kaders van de laatste begroting. Omdat het vaak voorkomt dat die vastgestelde begroting (voor het dan uitvoeringsjaar vanaf januari) al aangepast moet worden, geven beleidsdirecties ook de gewenste aanpassingen mee voor het lopende jaar. De bestedingsplannen vormen daarmee de basis voor de begroting in het nieuwe jaar en de uitvoering in het lopende jaar (Eerste suppletore wet).

Budgetrapport (januari-maart)

Om de prioriteiten van alle beleidswensen te ordenen, inventariseert FEZ alle beleidswensen van directies en beoordeelt ze op noodzaak, wenselijkheid en financiële gevolgen. Dat gebeurt in het budgetrapport. De nadruk ligt op het verzamelen van relevante feiten voor de besluitvorming door de bewindslieden. FEZ bespreekt alle voorstellen met de budgethouders (SG, pSG en de DG's). Op basis van deze overleggen adviseert FEZ de gezamenlijke ambtelijke departementsleiding over de te maken keuzes. Vervolgens wordt het budgetrapport ter besluitvorming aan de bewindslieden aangeboden.

Beleidsbrief (maart)

De uitkomsten van de departementale besluitvorming over het budgetrapport worden neergelegd in de beleidsbrief van de bewindslieden van VWS aan de minister van Financiën. De beleidsbrief is het eerste voorstel en dient als basis voor de onderhandelingen tussen de bewindspersonen van VWS en de minister van Financiën. De onderhandelingen zullen ingaan op de voorgestelde claims en interne herschikkingen. Tevens wordt dan ingegaan op de voor VWS relevante ontwikkeling van de zorguitgaven die onder het BKZ vallen. De minister van Financiën bereidt vervolgens in overleg met de vakminister de besluitvorming over de begroting in het ministerraad voor (eerst ambtelijk overleg tussen de directie FEZ en de IRF en vervolgens bilateraal overleg tussen de vakminister en de minister van Financiën).

Kaderbrief (maart)

Op basis van de voorstellen van alle departementen en de laatste macroeconomische cijfers van

het CPB vormt de minister van Financiën een algemeen beeld voor in een Kaderbrief, waarin de kaders voor verdere financiële besluitvorming worden vastgelegd. De besluitvorming in de ministerraad over de kaderbrief vindt plaats in de maand april voorafgaand aan het begrotingsjaar waarover besloten wordt. In de kaderbrief staat op hoofdlijnen welke financiële perspectieven bestaan, waar alle vakministers mee te maken krijgen.

Besluitvormingsmemorandum/Hoofd Besluitvormingsmoment (april)

Naar aanleiding van de beleidsbrief en de Kaderbrief wordt onderhandeld tussen de bewindspersonen van VWS en de minister van Financiën. De uitkomsten van deze onderhandelingen van alle departementen worden samengevoegd in een besluitvormingsmemorandum (BVM). Het BVM is het feitelijke sluitstuk van de voorjaarsbesluitvorming, waarin verwerkt staan de rijksbrede financiële en macro-economische ontwikkeling en de financiële mutaties per departementale begroting en eventuele afspraken. Het BVM vormt de basis voor de begroting van het volgende jaar.

Met het BVM wordt ook besloten over financiële mutaties in het lopende (uitvoerings-)jaar, omdat deze mutaties vaak ook gevolgen hebben voor de nieuwe begroting. Over de aanpassingen van budgetten in het lopende jaar rapporteert de minister van Financiën in de voorjaarsnota; de consequenties voor de afzonderlijke ministeries worden beschreven in de eerste suppletoire begrotingswet, die ter goedkeuring aan het parlement wordt voorgelegd.

Ontwerpbegroting (mei-september)

Met de uitkomsten van het BVM liggen de uitgavenkaders voor het komende jaar feitelijk vast. Dus kan het startsein worden gegeven voor de opstelling van de ontwerpbegrotingen per ministerie, die op Prinsjesdag aan de Staten-Generaal worden aangeboden. In de zomermaanden worden de begrotingsstukken opgesteld. De VWS-begroting beschrijft (cf. de nieuwe afspraken over 'Verantwoord Begroten') in de beleidsartikelen naast de budgettaire gevolgen van het beleid ook de rol die de minister speelt de minister bij het bereiken van het doel. Daarbij moet worden duidelijk gemaakt waar de minister zelf verantwoordelijk voor is, wat de belangrijkste instrumenten zijn en welke wet- en regelgeving van toepassing is (zie ook begin van dit hoofdstuk).

Ook staat de ontwikkeling van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) toegelicht. Deze middelen komen uit de premieopbrengsten en dienen wettelijk ingezet te worden voor zorgverlening. Hierover heeft de Kamer geen formeel budgetrecht. Omdat de minister van VWS politiek verantwoordelijk is voor het BKZ staat de ontwikkeling van de zorguitgaven en de verschillende mutaties toegelicht in de begroting.

Prinsjesdag (september)

Op Prinsjesdag worden de voorgestelde begrotingen van alle ministeries en begrotingsfondsen (o.a. gemeente- en provinciefonds), alsmede de miljoenennota van de minister van Financiën aan de Staten-Generaal aangeboden. In de dagen daarna zijn ze inzet van algemene politieke beschouwingen (met de minister-president) en de algemene financiële beschouwingen (met de minister van Financiën).

Begrotingsbehandeling (oktober-november)

De begroting is een wet waarover formeel een besluit moet worden genomen door de gehele Tweede en Eerste Kamer. De afzonderlijke Kamercommissies van de Tweede Kamer kunnen daarom zelf ook over de eigen besluitvormingsprocedure beslissen. Deze procedure kan bestaan uit een schriftelijke vraag- en antwoordronde en een Wetgevingsoverleg (Wgo), waarin mondeling technische vragen kunnen worden gesteld aan de minister over de begroting. Deze twee rondes zijn puur informatief en ten behoeve van het voorbereiden van de politieke standpunten van de partijen. Ten slotte vindt een politiek debat over de begroting in de plenaire zaal plaats.

Nota's van wijziging, moties en amendementen (oktober-november n.a.v. begrotingsbehandeling)

Tot het moment dat de Tweede Kamer over de ontwerpbegroting stemt, kunnen veranderingen worden aangebracht. Dit kan gedaan worden via:

- Een nota van wijziging: om tegemoet te komen aan wensen die in de Kamer leven, maar worden vooral door de regering gebruikt als beleidsvoornemens vertraagd of juist versneld tot uitvoering worden gebracht of om eventuele fouten te herstellen;
- Amendement: om een wijziging in een uitgaven-, verplichtingen- en/of ontvangstenraming aan te brengen;
- Motie: hierin wordt de regering opgeroepen zich voor een bepaald onderwerp in te spannen.

De Tweede Kamer kan de bestemming van de premie-uitgaven niet via amendementen wijzigen, omdat de premie-uitgaven geen onderdeel van de rijksbegroting zijn en dus buiten het budgetrecht van de Kamer vallen. Wèl kan de Tweede Kamer via een motie de regering oproepen om de financiële ruimte voor specifieke premie-uitgaven aan te passen.

Eerste-Kamerbehandeling (december-januari)

De Eerste Kamer heeft op begrotingsgebied slechts beperkte bevoegdheden. Anders dan de Tweede Kamer heeft zij niet het recht om wetsvoorstellen te wijzigen. Als de Eerste Kamer het in meerderheid niet eens is met de totale VWS-begroting, kan zij het terugverwijzen naar de Tweede Kamer.

Begrotingsuitvoering

De fase van de begrotingsuitvoering start met de vaststelling van de begroting en loopt door tot het eind van het jaar waarop de begroting betrekking heeft, het uitvoeringsjaar.

Bestedingsplannen (november-december)

Zie onder begrotingsvoorbereiding. De bestedingsplannen vormen mede de basis voor de Eerste suppletoire wet, waarin de vakminister beleidsaanpassingen voorstelt ten opzichte van de vastgestelde begroting voor het lopende jaar.

Suppletoire begrotingswetten (maart-april en oktober-november)

Beleidsmatige wijzigingen en financiële veranderingen die leiden tot over- of onderschrijding van bedragen per beleidsartikel, vergen instemming van de Staten-Generaal. Budgettaire verschuivingen tussen operationele doelstellingen binnen één beleidsartikel moeten aan de Staten-Generaal kenbaar worden gemaakt. Al deze wijzigingen worden niet stuk voor stuk aan de beide kamers voorgelegd, maar gebundeld in suppletoire begrotingswetten voor elk ministerie.

De eerste suppletoire wet wordt samen met de voorjaarsnota van de minister van Financiën aan de Staten-Generaal aangeboden, de tweede samen met de najaarsnota. Verschil tussen beide suppletoire wetten is dat in de Eerste suppletoire wet de mutaties ook een gevolg kunnen zijn van nieuw beleid (beleidsrijke mutaties). Voor de Tweede suppletoire wet geldt dat financiële mutaties alleen een gevolg mogen zijn van uitvoeringsmee- en tegenvallers van stand beleid (beleidsarme mutaties).

Begrotingsuitvoeringsrapportage (september-oktober)

De tweede suppletoire wet is een tweede mogelijkheid om tijdens het begrotingsjaar toestemming van de Staten-Generaal voor begrotingswijzigingen te krijgen. Binnen VWS wordt daartoe de begrotingsuitvoeringsrapportage (BUR) opgesteld. Onder leiding van FEZ worden de financiële knelpunten, maar ook onderuitputting geïnventariseerd. De BUR maakt ongeveer hetzelfde proces door als het budgetrapport uit de begrotingsvoorbereiding. Anders dan bij het budgetrapport, gaat het uitsluitend over incidentele (eenmalige) financiële knelpunten. Verder gaat het in beginsel om technische zaken (mee- en tegenvallers) en niet om beleidswijzigingen (intensiveringen en extensiveringen). In de praktijk is dat beginsel niet altijd te handhaven, gelet op de politieke actualiteit of maatschappelijke noodzaak om extra geld in te zetten. De meerjarige doorwerking van dergelijke knelpunten kan echter pas bij het volgende budgetrapport geregeld worden.

Begrotingsverantwoording

Als formele afsluiting van de begrotingscyclus leggen de vakministers jaarlijks verantwoording af over het gevoerde beleid en beheer, zowel inhoudelijk als financieel. De fase mondt uit in décharge

voor het gevoerde beheer door de Staten-Generaal. Met de inhoudelijke toelichting op de uitvoering van de begroting met het jaarverslag, wordt tevens ook aan de Kamer décharge gevraagd met de Slotwet. De Slotwet is feitelijk de laatste mogelijkheid financiële mutaties als gevolg van de uitvoering voor te stellen aan de Kamer.

Jaarverslagen (december-mei)

Het opstellen van het departementale jaarverslag wordt gecoördineerd door de directie FEZ. Directies en diensten leveren bijdragen over de bereikte resultaten, verrichte activiteiten en ingezette middelen voor "hun" operationele doelstellingen uit de begroting. In de bedrijfsvoeringsparagraaf wordt verantwoording afgelegd over de rechtmatigheid: de minister licht onrechtmatigheden die de tolerantiegrens op artikelniveau overschrijden toe en benoemt daarbij zonodig verbetermaatregelen. De accountantsverklaring van de Auditdienst heeft met ingang van het jaarverslag 2005 een andere reikwijdte gekregen. Het oordeel heeft niet meer expliciet betrekking op de rechtmatigheid van de verplichtingen, uitgaven en ontvangsten, maar op de informatie die het management in het departementale jaarverslag heeft opgenomen (de getrouwe weergave verklaring).

Rapport bij het jaarverslag (februari-mei)

De Algemene Rekenkamer controleert de rechtmatigheid van de uitgaven die in de departementale jaarverslagen worden verantwoord. De Rekenkamer baseert zich op de uitkomsten van het onderzoek van de auditdiensten. De Rekenkamer presenteert haar bevindingen in het rapport bij het jaarverslag. Bij het schrijven hiervan is er in de praktijk contact met de ministeries, maar het formele overleg vindt plaats via eerst ambtelijk en later bestuurlijk hoor en wederhoor. Als de Rekenkamer alle jaarverslagen heeft onderzocht, stelt ze een verklaring van goedkeuring op bij het financieel jaarverslag van het rijk van de minister van Financiën.

Slotwet (januari-mei)

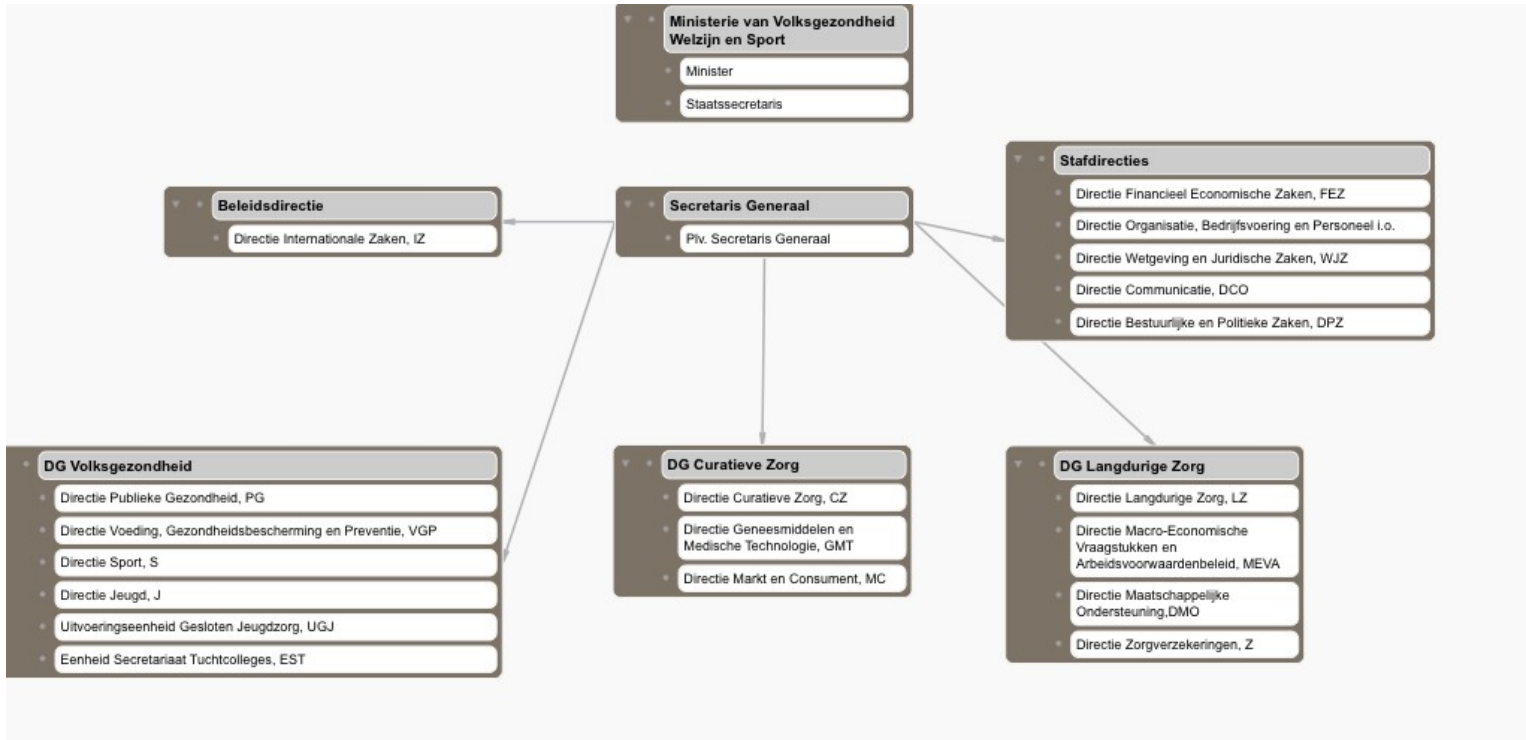
Wetstechnisch wordt de begrotingscyclus voltooid met de vaststelling van de slotwet door de Staten-Generaal. De mutaties die zich na indiening van de Tweede suppletore wet nog voordoen, worden opgenomen in de slotwet. Feitelijk worden de begrotingsstand en de begrotingsrealisatie dan gelijk getrokken. In beginsel gaat het alleen om "technische" mutaties.

Parlementaire behandeling (mei-juni)

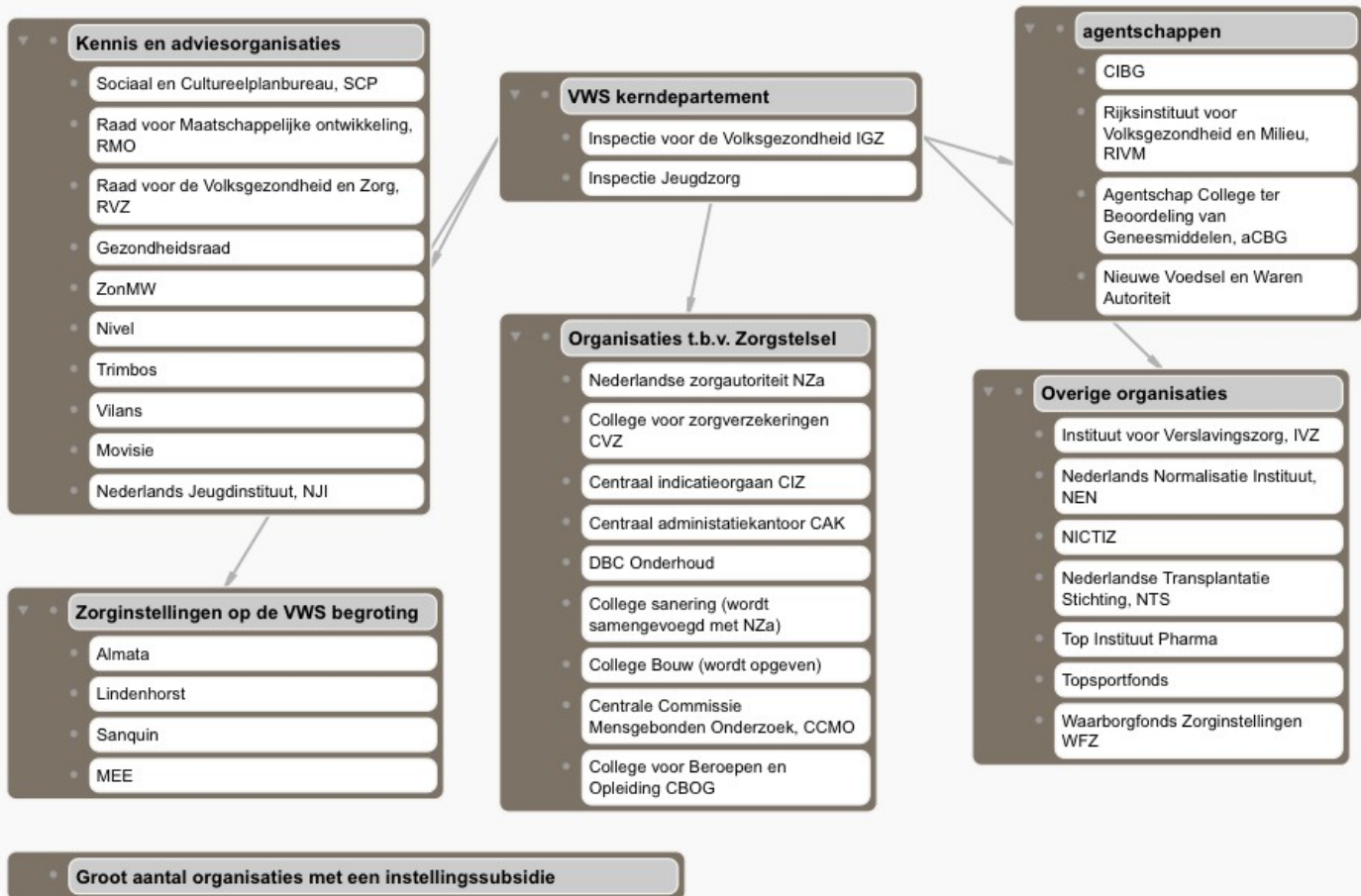
De minister van Financiën zendt de departementale jaarverslagen en de slotwetten op Verantwoordingsdag (de Derde woensdag van mei) naar de Staten-Generaal, samen met zijn jaarverslag van het Rijk. De minister-president legt namens het kabinet verantwoording af aan de Tweede Kamer, vaak bijgestaan door de minister van Financiën. Nadat de Tweede Kamer heeft gesproken over de hoofdlijnen van het gevoerde beleid en beheer (het verantwoordingsdebat), voert elke vakminister over zijn jaarverslag overleg met de betreffende vaste commissie. Met de goedkeuring van de slotwet verlenen de Staten-Generaal de betreffende minister décharge voor het gevoerde beheer.

3. Organigram ministerie en buitendiensten

Organigram ministerie VWS kern



Organigram ministerie van VWS, buitendiensten en andere organisaties



Deel 2:

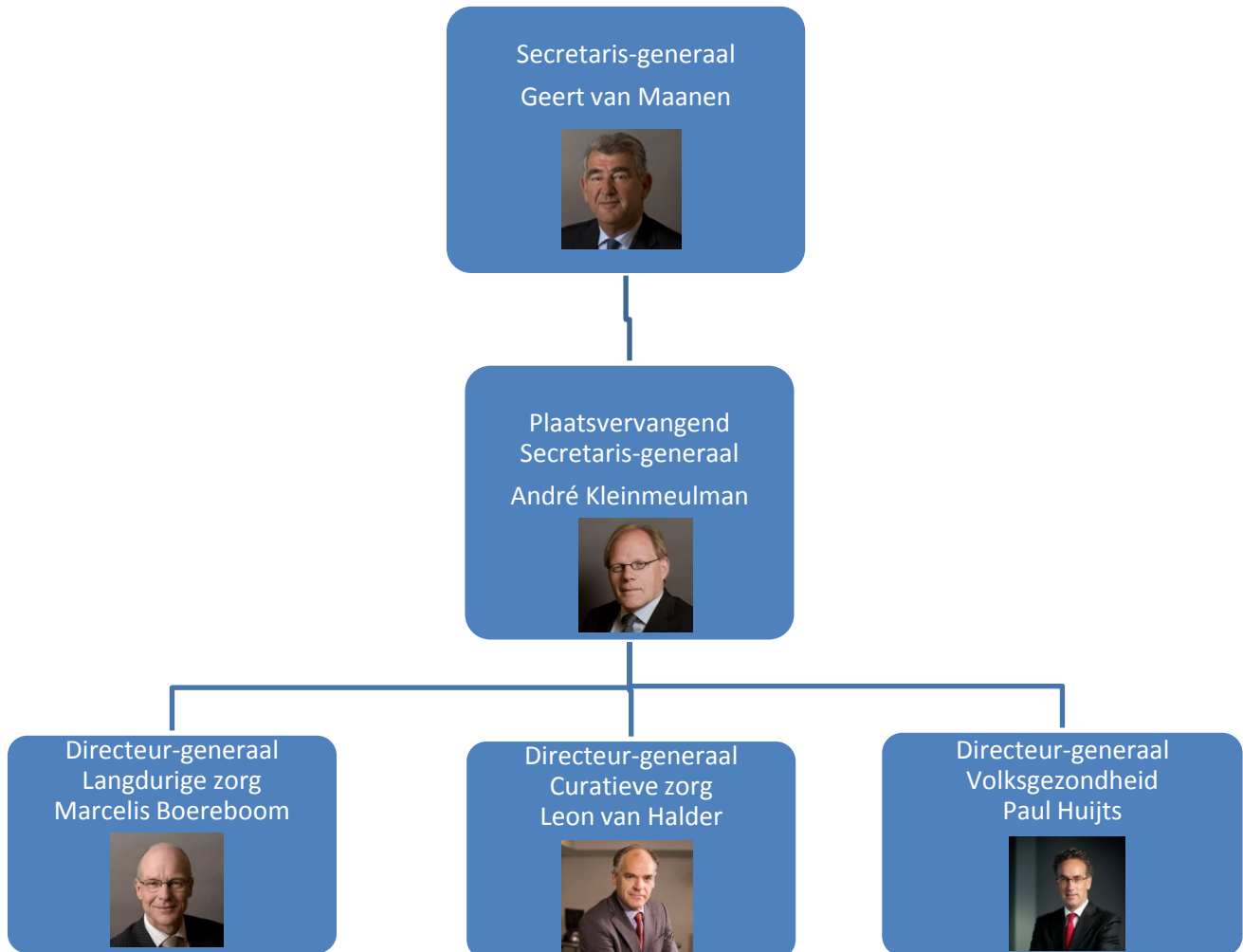
Het ministerie VWS: het kerndepartement

In dit deel is allereerst een overzicht en een uitwerking van een zevental zogenaamde 'VWS doorsnijdende' thema's opgenomen.

Vervolgens is voor elk onderdeel (per kolom) van het kerndepartement een korte omschrijving opgenomen, per directie, gevolgd steeds door een overzicht en uitwerking van een ± tiental dossiers per onderdeel (kolom).

A. VWS Doorsnijdende dossiers

Organigram Kerndepartement ministerie VWS



Overzicht doorsnijdende dossiers

Het kerndepartement van het ministerie van VWS is verdeeld in drie directoraten-generaal (DG), te weten: Langdurige zorg, Curatieve zorg en Volkgezondheid. Er is een aantal onderwerpen die zo veel omvattend zijn dat zij meerdere DG's raken. Zeven van deze doorsnijdende dossiers worden hieronder nader toegelicht.

Dossier	Directie
1. Houdbaarheid van de zorg, verspilling	Macro- Economische Vraagstukken en Arbeidsvoorwaardenbeleid en Geneesmiddelen en Medische Technologie.
2. Bestuur en governance	Markt en Consument, Macro- Economische Vraagstukken en Arbeidsvoorwaardenbeleid en Inspectie Gezondheidszorg.
3. Topinkomens	Macro- Economische Vraagstukken en Arbeidsvoorwaardenbeleid.
4. Toezicht en handhaving	Markt en Consument, Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie, Jeugd, Zorgverzekeringen en Inspectie Gezondheidszorg.
5. Effectiviteit en doelmatigheid van beleid, uitvoering en toezicht, VWS als concern	Markt en Consument.
6. VWS en de EU	Internationale Zaken, Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie, Geneesmiddelen en Medische Technologie Publieke Gezondheid, Jeugd, Directie Maatschappelijke Ondersteuning, Sport.
7. Administratieve lasten	Wetgeving en Juridische Zaken, Langdurige Zorg, Curatieve Zorg en Markt en Consument.

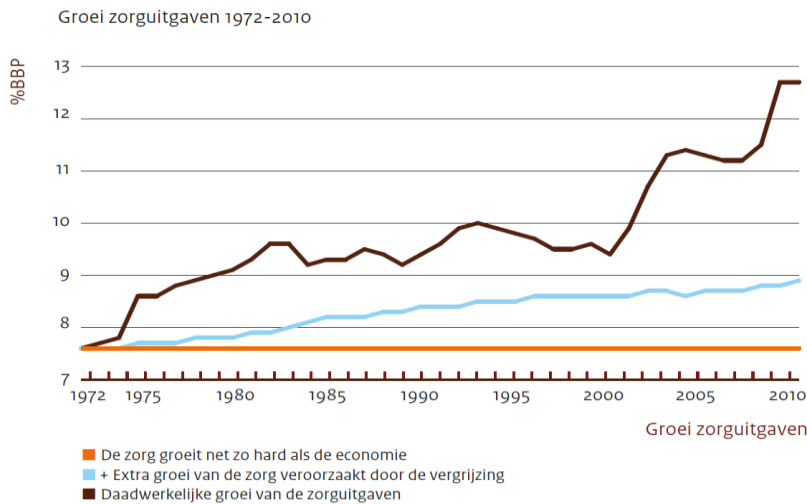
1. Houdbaarheid van de zorg, verspilling

Directies: MEVA en GMT

1. Korte inleiding van het dossier

Ieder jaar zijn we een groter deel van ons inkomen kwijt aan zorg. De verwachting is dat de zorg zal blijven groeien. Voor een doorsnee gezin betekent dit volgens het Centraal Plan Bureau (CPB) dat zij in 2040 tot bijna de helft (47%) van hun inkomen aan de zorg betalen tegen bijna een kwart van het inkomen nu. De vraag is hoelang we een dergelijke stijging willen en kunnen betalen.

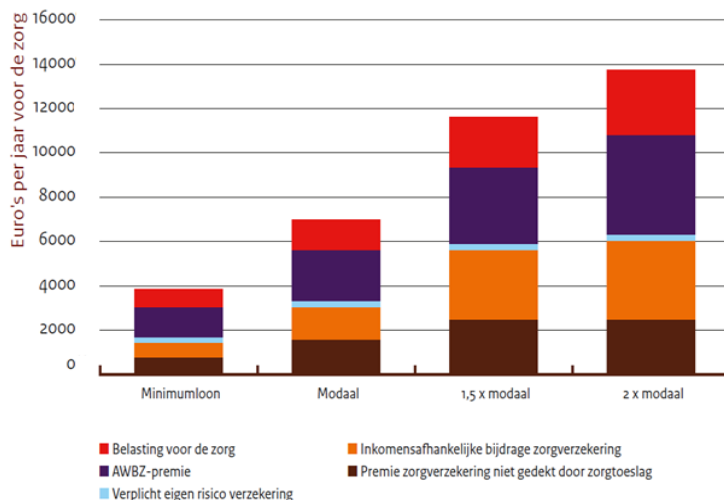
Historische stijging zorguitgaven:



Naast collectieve zorg is er ook zorg die we zelf, zonder verplichting, aanschaffen. Bijvoorbeeld de aanvullende verzekering. Tellen we deze zorg ook mee, dan gaven we in 2010 in totaal 13,2% van alles wat we in Nederland verdienen (BBP) uit aan zorg. Groeit de zorg net zo hard als de afgelopen 30 jaar dan is dat 22% in 2040. Groeien de zorguitgaven net zo hard als de afgelopen 10 jaar dan is dat zelfs 31% in 2040.

In 2010 werd 83% van de zorguitgaven collectief gefinancierd (bron CPB). Deze financiering is grotendeels inkomensafhankelijk via de AWBZ-premie, de bijdrage Zvw, de eigen bijdragen AWBZ en de belastingen. Door de compensatie van huishoudens met een laag of middeninkomen met een zorgtoeslag, geldt ook hier inkomensafhankelijkheid.

Wat betaalt een gezin (tweeverdieners) per jaar aan zorg (naar inkomen in 2012):



Slechts een kwart van de kostenstijging is te verklaren door vergrijzing. De overige groei is te wijten aan:

- Een hogere welvaart (meer inkomen betekent meer zorg door meer technologie en maatschappelijke veranderingen);
- Technologie (toenemende mogelijkheden van de zorg);
- Veranderende maatschappij (steeds bredere definitie van gezondheidszorg, andere waarden);
- Epidemiologie (verandering van de ziekten in Nederland);
- De productiviteitskloof (vooral in de langdurige zorg stijgen lonen harder dan de arbeidsproductiviteit);
- Organisatie van de zorg (zowel op de werkvloer als het zorgsysteem).

Een continue stijging van de zorguitgaven met een groeipad wat ver boven de economische groei plus demografische ontwikkelingen ligt is uiteindelijk niet houdbaar. Uitgaande van de huidige inschattingen adviseert de ambtelijke Taskforce 'Beheersing Zorguitgaven' een reële jaarlijkse groei van de collectieve zorguitgaven met circa 2¾% oftewel ruim 1% (de demografie) boven de structurele groei van de economie (1½%).

2. Stand van zaken

Er lopen op dit moment de volgende adviesaanvragen en onderzoeken:

- Sociaal Economische Raad(SER)-adviesaanvraag 'betaalbare zorg voor toekomstige generaties'. Het definitieve advies is 19 oktober uitgekomen en betreft het terugdringen van on gepaste zorg, een genuanceerde benadering van marktwerking in de curatieve zorg en fundamentele aanpassingen in de langdurige zorg waarbij de SER inzet op onder andere een onderscheid tussen lichte en zware zorg in de ouderenzorg;
- Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO)-onderzoek 'kostenbeheersing in de zorg';
- Centraal Planbureau-Onderzoeksprogramma 'toekomst zorg';
- Kennisprogramma 'houdbaarheid van de zorg'(IQ healthcare).

3. Parlementair (wat onderstreept is ligt in de Kamer)

In juni 2012 zijn twee rapporten over betaalbaarheid van de zorg naar de Tweede Kamer gestuurd:

- 'De zorg: hoeveel extra is het ons waard?' (rapport van MEVA), waarin een overzicht wordt gegeven van de oorzaken en gevolgen van de stijgende zorguitgaven.
- 'Naar beter betaalbare zorg.' Het rapport van de ambtelijke 'Taskforce Beheersing Zorguitgaven'. Hierin wordt de groei van de zorguitgaven in het afgelopen decennium geanalyseerd en wordt een realistische strategie beschreven waarmee de collectieve zorguitgaven op de middellange termijn beter beheersbaar worden en op een houdbaar groeipad kunnen worden gebracht.

4. Aandachtspunten

Er zijn diverse strategieën om de houdbaarheid van het zorgstelsel te garanderen. Maatschappelijk en politiek is er daarbij veel aandacht voor bestrijding van verspilling in de zorg. Daarom zal er een plan van aanpak tegen verspilling worden gelanceerd dat is gericht op verschillende stakeholders en dat korte termijn acties verbindt aan randvoorwaardelijke maatregelen op langere termijn. Daarbij zal ook rekening worden gehouden met de voorstellen van de genoemde Taskforce Beheersing Zorguitgaven.

In juli 2012 heeft het ministerie in een enquête gevraagd naar voorbeelden van verspilling op het terrein van genees- en hulpmiddelen. Om verspilling van genees- en hulpmiddelen tegen te gaan wordt een 'Taskforce tegengaan Verspilling genees- en hulpmiddelen' ingesteld. Voor die Taskforce worden vertegenwoordigers uitgenodigd van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Orde Medisch Specialisten (OMS), zorgverzekeraars, apotheekhoudenden, patiënten en verpleegkundigen.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

Geen bijzonderheden.

2. Bestuur en governance

Directies: MC, MEVA en IGZ

1. Korte inleiding van het dossier

De afgelopen jaren hebben zorgaanbieders meer vrijheid gekregen om hun eigen zorgorganisatie in te richten. Tegelijk met deze toegenomen vrijheid voor aanbieders is de omgeving waarbinnen gewerkt wordt complexer geworden. Hiermee is de rol van bestuur, toezichthouder en medezeggenschap veranderd. De afgelopen jaren zijn er verschillende incidenten geweest waarbij sprake was van problemen op het gebied van financiën, kwaliteit of structuur. Bij deze incidenten wordt logischerwijs gekeken naar het functioneren van de raad van bestuur en de raad van toezicht van de instellingen. Zij zijn immers verantwoordelijk voor het besturen van en toezicht houden op de zorgaanbieder. In verschillende Kamerdebatten is naar voren gekomen dat het gevoel bestaat dat deze incidenten niet op zichzelf staan en dat er een structurele verbetering nodig is van de kwaliteit van de raden van bestuur en raden van toezicht in de zorg.

2. Stand van zaken

- Momenteel wordt de manier waarop raden van bestuur en raden van toezicht in de zorg zijn georganiseerd geregeld in vijf wetten, namelijk in het Burgerlijk Wetboek (BW), de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwz), de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz), de Wet openbaarmaking uit publieke middelen gefinancierde topinkomens (Wopt) en de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).
- Naast bovenstaande wetten stelt de Zorgbrede Governancecode van de Brancheorganisaties Zorg een normenkader voor goed bestuur en toezicht in de zorg. Verder heeft de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuisdirecteuren (NVZD) met de Nederlandse Vereniging voor Toezichthouders in de Zorg (NVTZ) een beloningscode voor bestuurders en toezichthouders in de zorg opgesteld.
- Momenteel is een aantal wetsvoorstellen bij de Tweede Kamer ingediend waarmee de kaders voor bestuur en toezicht bij zorginstellingen aangescherpt worden. Dit betreft 2 wetsvoorstellen van Binnenlandse Zaken en Veiligheid en Justitie en 2 wetsvoorstellen van VWS (zie ook punt 3).

3. Parlementair (wat onderstreept is ligt in de Kamer)

Wat vond het vorig kabinet van belang?

Het vorige Kabinet heeft een aantal wetsvoorstellen bij de Tweede Kamer ingediend waarmee de kaders voor bestuur en toezicht bij zorginstellingen worden aangescherpt:

- Met het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg (Wcz)¹ worden de governancebepalingen die op dit moment in de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) te vinden zijn aanzienlijk uitgebreid. Zo wordt voorgesteld dat één lid van het bestuur aanspreekpunt voor kwaliteit wordt. Een Verklaring omtrent gedrag (VOG) wordt verplicht voor bestuurders en toezichthouders en het toezichthoudend orgaan wordt versterkt. Het toezichthoudend orgaan krijgt een goedkeuringsbevoegdheid bij belangrijke besluiten van het bestuur. Dit betreft dan bijvoorbeeld besluiten ten aanzien van de jaarrekening, fusies en/of lange termijn huisvestingsplannen. Verder wordt de persoonlijke aansprakelijkheid voor leden van de raad van toezicht uitgebreid. De IGZ houdt toezicht op deze bepalingen. Dit wetsvoorstel is door de Tweede Kamer in juni 2012 controversieel verklaard.
- Met het wetsvoorstel betreffende de voorwaarden voor winstuitkering aanbieders medisch-specialistische zorg² worden voorwaarden gesteld aan winstuitkering en het eigenaarschap van zorginstellingen. Dit wetsvoorstel is door de Tweede Kamer in juni 2012 controversieel verklaard.
- Met het wetsvoorstel continuïteit, fusies en opsplitsing wordt de nadruk gelegd op de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders ten aanzien van continuïteit, fusies en opsplitsing.³ Uitgangspunt voor overheidsinterventie is het waarborgen van de publieke

¹ Wetsvoorstel VWS, Kamerstukken II 2009/10, 32402

² Wetsvoorstel VWS, Kamerstukken II, 2011/12, 33 168 nr. 1-4

³ Wetsvoorstel VWS, Kamerstukken II, 2011/12, 33 253

belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Dit wetsvoorstel is bij de Tweede Kamer ingediend.

- Het wetsvoorstel verbod op verticale integratie verbiedt zorgverzekeraars om zeggenschap te verwerven over een zorgaanbieder. Bovendien moeten zorgverzekeraars financiële deelnemingen in zorgaanbieders waarover zij geen zeggenschap hebben transparant
- Met het wetsvoorstel betreffende Normering bezoldiging Topfunctionarissen (WNT)⁴ worden de beloningen van bestuurders en toezichthouders in de (semi)publieke sector aan banden gelegd. Dit wetsvoorstel bevindt zich op dit moment in de Eerste Kamer en is in de Tweede Kamer met algemene stemmen aangenomen.
- Met het wetsvoorstel betreffende bestuur en toezicht⁵ wordt het Burgerlijk Wetboek gewijzigd. Het wetsvoorstel stelt onder andere eisen aan het maximum aantal toezichtfuncties dat een persoon mag uitoefenen. Dit wetsvoorstel is door de Eerste Kamer aangenomen, maar nog niet in werking getreden (treedt waarschijnlijk op 1 januari 2013 in werking).

Wat is er toegezegd?

Op 5 juni 2012 is de motie Gerbrands (PVV)⁶ aangenomen waarin de regering wordt verzocht de corporate governance regelgeving dusdanig aan te passen dat het mogelijk wordt om bestuurders hoofdelijk aansprakelijk te stellen voor het leveren van slechte kwaliteit van zorg. Ook is op die dag de Motie Gerbrands⁷ inzake de introductie van een bestuurderstoets in de zorg aangenomen,

- Op 31 mei 2012. heeft de Minister toegezegd in de Kamerbrief over goed bestuur en toezicht in de zorg en onder andere aandacht te besteden aan een bestuurlijke ondertoezichtstelling.
- Op 7 maart 2012. heeft de Minister toegezegd te reageren op de uitspraken van de heer Klein (hoogleraar veiligheid in de zorg) in een uitzending van Argos op 3 maart 2012. In deze uitzending geeft de heer Klein aan dat bestuurders in de zorg, als vertegenwoordiger van de zorgaanbieder, meer betrokken kunnen worden bij toezicht door te werken met een omgekeerde bewijslast.

4. Aandachtspunten

Wat is verder van belang?

Voor het versterken van het functioneren van zorgaanbieders is een samenhangende aanpak nodig, waarbij niet alleen aandacht is voor de governance van de spelers in het veld, maar ook voor de organisaties die van belang zijn voor het functioneren van het stelsel (bijv. NZa, IGZ, CVZ) evenals voor het gehele stelsel (bijv. wetten, regels, concurrentie, marktstructuren en de positie van burgers en consumenten).

Wat zijn de risico's?

Bij het aanscherpen van de wet- en regelgeving op het gebied van goed bestuur en toezicht, aandacht dat dit binnen Europese regelgeving past. Daarbij risico voor verhoging administratieve lasten voor zorgaanbieders door invoeren van nieuwe verplichtingen als een bestuurderstoets.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

De vorige minister heeft met het oog op de demissionaire status van het Kabinet afgezien van het sturen de notitie over goed bestuur en heeft besloten dit aan een volgend Kabinet te laten.

⁴ Wetsvoorstel BZK, Kamerstukken I 2011/12, 32 600, nr. A

⁵ Wetsvoorstel V&J, Kamerstukken I 2009/10, 31 763, nr. A

⁶ Kamerstukken II 2011/12, 31 016, nr. 27

⁷ Kamerstukken II 2011/12, 31 016, nr. 30.

3. Topinkomens

Directie: MEVA

1. Korte inleiding van het dossier

De zorgaanbieders krijgen een wettelijke normering opgelegd op het terrein van de beloning van hun topbestuurders, i.c. de leden van de raden van toezicht en de raden van bestuur. Tevens wordt hun ontslagvergoeding gemaximeerd op € 75.000.

De wettelijk geregelde transparantie over de beloningen van deze topfunctionarissen⁸ maakte duidelijk dat sommige bestuurders en toezichthouders beloningen ontvingen die maatschappelijk en politiek als te hoog werden ervaren. Daarop is een beweging ingezet die een combinatie vormde van aanzetten tot zelfregulering (een door het veld zelf opgestelde beloningscode) en een wettelijke regulering (een wettelijk kader om de zelfregulering dwingend door te voeren). Het eerste leverde de BBZ op, de beloningscode voor bestuurders in de zorg; het tweede de WNT, de wet normering topinkomens⁹.

2. Stand van zaken

De WNT wordt 6 november 2012 plenair in de Eerste Kamer behandeld waarna er meteen over gestemd kan worden. Het laat zich op dit moment dus aanzien dat de WNT per 1 januari 2013 in werking kan treden.

3. Parlementair (wat onderstreept is ligt in de Kamer)

Het vorige Kabinet heeft de parlementaire behandeling van de WNT verzorgd. Daarin zijn 3 regimes opgenomen: alleen transparantie, een sectorale norm of het bezoldigingsmaximum van maximaal de WNT-norm (= 130% van het huidige ministersalaris; = in 2012 voor het onderdeel van het bruto-inkomen: € 193.000). De sectorale norm kan ook hoger liggen dan de WNT-norm. Die norm moet worden vastgesteld in het perspectief van:

- De bezoldiging voor vergelijkbare functies bij overheidswerkgevers;
- De bezoldiging in relevante andere sectoren van de arbeidsmarkt;
- De verhouding met de bezoldiging van het overige personeel binnen de betreffende rechtspersonen of instellingen;
- Maatschappelijke opvattingen over de hoogte.

Tijdens de behandeling in de Tweede Kamer is het wetsvoorstel geamendeerd.

De beloning van de topbestuurders in de zorg viel onder het regime van de sectorale norm. Die sector was daar ook al helemaal klaar voor met het aanvaarden van de BBZ (beloningscode voor bestuurders in de zorg). Maar nu valt de zorg onder het regime van de WNT-norm. Dat vergt aanvullend overleg en besluitvorming.

De zorgverzekeraars vielen in het transparantieregime, waar dus niet in genormeerd wordt, maar alleen openbaar gemaakt wordt. Zij vallen nu onder het regime van de sectorale norm. Ook dit vergt aanvullend overleg en besluitvorming.

De Eerste Kamer behandelt de WNT op 6 november, De WNT valt onder de primaire verantwoordelijkheid van de minister van BZK. De inwerkingtreding kan dan op 1 januari 2013 plaats vinden.

Op het gebied van de topinkomens gelden geen andere toezeggingen dan die van een jaarlijkse rapportage aan de Tweede Kamer.

4. Aandachtspunten

Wanneer de WNT per 1 januari 2013 in werking treedt, komt de handhavingfase pas eind 2014 aan de orde. Medio 2014 moeten namelijk de jaarverslagen over 2013 worden ingeleverd. Op basis daarvan kan worden gecontroleerd of de WNT wordt nageleefd en wat onder het overgangsrecht valt.

⁸ Via de WOPT, de wet openbaarmaking publiek gefinancierde topinkomens

⁹ Kamerdossier 32 600

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

Geen bijzonderheden.

4. Toezicht en handhaving¹⁰

Directies: MC, VGP, Jeugd, Z, IGZ

1. Korte inleiding van het dossier

Dit 'dossier' bevat een kort overzicht van de actualiteiten op het gebied van toezicht en handhaving in de zorg als het gaat om de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de Inspectie Jeugdzorg (IJZ), Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA), Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa).

Nadere informatie volgt ook verder op in dit dossier.

2. Stand van zaken

De IGZ (dienst binnen het ministerie) is de toezichthouder op kwaliteit en veiligheid van zorg. De IGZ is onderdeel van het ministerie van VWS en staat onder leiding van de Inspecteur-generaal. Binnen VWS is de Secretaris-generaal ambtelijk verantwoordelijk. De minister is politiek verantwoordelijk.

De IJZ (dienst binnen het ministerie) houdt toezicht op de kwaliteit van de jeugdzorg in Nederland. De IJZ is onderdeel van het ministerie van VWS en staat onder leiding van de Hoofdinspecteur IJZ. Binnen VWS is de Directeur-generaal Volksgezondheid (DGV) ambtelijk verantwoordelijk. De minister is politiek verantwoordelijk.

De NVWA (agentschap, onderdeel van het ministerie van EL&I) bewaakt de veiligheid van voedsel en consumentenproducten, de gezondheid van dieren en planten, het dierenwelzijn en handhaaft de natuurwetgeving. De NVWA is onderdeel van het ministerie van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie (EL&I). EL&I is opdrachtgever voor wat betreft het toezicht en de handhaving voor dierenwelzijn, natuur en landbouw. VWS is opdrachtgever voor het toezicht en de handhaving op de domeinen Industrie, Microbiologie, Horeca en Ambacht, Bijzondere Eet- en Drinkwaren, Alcohol en Tabak, Productveiligheid en Dierproeven. Binnen VWS is de DGV ambtelijk verantwoordelijk. De ministers van EL&I en VWS zijn politiek verantwoordelijk.

De NZa (Zelfstandig Bestuurs Orgaan, ZBO) houdt toezicht op het gedrag van alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de curatieve en langdurige zorg en kijkt of zij de wet naleven. De NZa stelt regels, budgetten en tarieven vast voor dat deel van de zorg dat is gereguleerd en stelt voorwaarden voor marktwerking vast, die geheel of gedeeltelijk geliberaliseerd kunnen worden. Het account ligt bij de directie MC.

De NMa (ZBO) houdt toezicht op mededinging in den brede (en valt onder de verantwoordelijkheid van de minister van EL&I). Veel fusies en overnames moeten vooraf worden goedgekeurd. Daarnaast houdt de NMa toezicht op kartels: in de zorg dient de grens tussen samenwerking op grond van kwaliteitsoverwegingen en samenwerking om de markt te domineren steeds opnieuw bepaald te worden. Het account ligt bij de directie MC.

Wat staat er te gebeuren op het terrein van de toezichtorganen:

De IGZ heeft de afgelopen jaren de nodige stappen gemaakt in de ontwikkeling naar een moderne toezichthouder die daadkrachtig en proactief is. Recente kritiek op de IGZ vanuit de politiek, burgers, ombudsman en de media legde de spanning bloot tussen het feitelijke toezicht van de IGZ en de maatschappelijke verwachtingen. Naar de IGZ vinden daarom twee onderzoeken plaats: (i.) Onderzoek door Koos van der Steenhoven licht de IGZ-organisatie, de processen en systemen door. (ii.) Dossieronderzoek door Winnie Sorgdrager (in de geest van de aangehouden motie Leijten/Bouwmeester¹¹). Beide onderzoeken richten zich op de robuustheid van de IGZ-organisatie om de toezichtvisie VWS en recente aanbevelingen van de Nationale ombudsman uit te voeren en hebben als doel een herstel van vertrouwen in de IGZ. Naar verwachting zijn de resultaten van beide onderzoeken de tweede helft van november 2012 bekend.

¹⁰ Toezicht breed, incl IGZ, nVWA, NZa, IJZ, Nma

¹¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 33 149, nr. 6

Voor **de IJZ** is relevant dat zoals opgenomen in het Regeerakkoord Rutte I, alle taken op het gebied van jeugdzorg, alsmede de uitvoering van jeugdbescherming en de jeugdreclassering, gedecentraliseerd worden naar de gemeente. Verder is in de Bestuursafspraken tussen het Rijk en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) 2011-2015 vastgelegd dat het gelet dat het Rijk toezicht houdt op bepaalde vormen van jeugdhulp.

Voor **de NVWA** leidt de verlaging van de beschikbare middelen als gevolg van de taakstelling Rutte I en de geplande aanvullende taakstelling Rutte I (in totaal €27,5 mln. oplopend vanaf 2013) ertoe dat er steeds minder geld beschikbaar is voor handhaving. Deze spanning blijft de komende jaren een van de belangrijkste aandachtspunten.

De NZa richt zich binnen de huidige kaders op een omslag naar meer vraagsturing (vrije prijzen). Meer vrijheden en verantwoordelijkheden vereisen effectief toezicht. De NZa is bezig met een accentverschuiving richting effectief toezicht.

De NMa, de Onafhankelijke Post en Telecommunicatie Autoriteit (OPTA) en de Consumentenautoriteit gaan per 1 januari 2013 op in de nieuwe Autoriteit Consument en Markt.

Budget¹²:

IGZ: € 55,8 mln.; IJZ: 5,9 mln.; NVWA, deel VWS: € 70,5 mln.; NZa: € 32,4 mln. NMa staat op de begroting van EL&I.

3. Parlementair

Bij het vorig Kabinet lag de focus op minder papieren toezicht, minder administratieve lasten, meer inspectie op de werkvloer en (zware) sancties bij geconstateerde onregelmatigheden. Het toezicht moet zo efficiënt mogelijk worden georganiseerd en de kosten moeten worden beperkt.

4. Aandachtspunten

Op het terrein van toezicht en handhaving is er een tendens om de complexiteit te verminderen. Op ambtelijk niveau is een taak- en informatieanalyse uitgevoerd bij o.a. College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en NZa. In 2013 vindt besluitvorming plaats over mogelijke terugdringing en vereenvoudiging van uitvoeringstaken van het CVZ en de NZa. Tevens wordt bekeken of het specifieke zorgmarkttoezicht van de NZa na 2014 onderdeel kan worden van de Autoriteit Consument en Markt.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

- Afhankelijk van het moment van aantreden en afhankelijk van de uitkomsten van de onderzoeken naar de IGZ, kan snelle reactie worden vereist.
- Standpuntbepaling wetgeving en organisatie rijktoezicht op gedecentraliseerd jeugdinstel (zie 'dossier' over jeugdinstel).
- Afhankelijk van besluitvorming over het voortzetten van taakstellingen moeten politieke keuzes gemaakt worden over de inzet van de NVWA in 2013 e.v. op de domeinen van VWS.

¹² Deze cijfers zijn gebaseerd op de VWS begroting 2013

5. Effectiviteit en doelmatigheid van beleid, uitvoering en toezicht, VWS als concern (zie organigram buitendiensten)

Directie: MC

1. Korte inleiding van het dossier

In het kader van het streven van het Kabinet Rutte I naar een krachtige, kleine en dienstverlenende overheid heeft in de periode najaar 2010-voorjaar 2012 een doorlichting plaatsgevonden van alle organisaties rondom VWS.

De conclusie op basis van de eerste fase van de doorlichting was:

- Een complex, historisch gegroeid geheel (in totaal zijn 127 intermediaire organisaties rondom VWS en organisaties met een instellingssubsidie van VWS geïnventariseerd);
- Taken zijn niet eenduidig belegd;
- Er is sprake van een variëteit aan juridische arrangementen. Vanuit historie en context verklaarbaar, maar het geheel werkt niet optimaal;
- Als voorwaarden voor complexiteitsreductie werden genoemd:
 - integraliteit in de toepassing van sturingsarrangementen over de deelstelsels heen;
 - een sterkere regievoering vanuit VWS op de organisatie van de uitvoering van het beleid, op basis van beter inzicht vooraf in de uitvoeringskosten. Een eenvoudig 'besturingsmodel' moet daarbij helpen.

In de tweede fase van het project is de aanpak uitgewerkt voor een beperkt aantal organisaties:

- Een taak- en informatieanalyse is uitgevoerd m.b.t. de Nederlandse Zorgautoriteit, het College voor Zorgverzekeringen, het Centraal Indicatieorgaan Zorg, het Centraal Administratiekantoor, het agentschap voor beroepen in de gezondheidszorg, het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen en Diagnose Behandeling Combinatie-onderhoud.
- Bij de informatieanalyse zijn ook het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en milieu, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Inspectie voor de Jeugdzorg en de Nieuwe Voedsel- en Warenautoriteit betrokken.
- Op basis van richtinggevende uitspraken van de Bestuursraad en besturen van de betrokken organisaties (ga uit van de kracht van de betreffende organisaties en analyseer wat dit betekent voor het beter organiseren van de taken) zijn concrete voorstellen gedaan voor afstoten, overhevelen, bundelen en ongewijzigd behouden van taken;
- Tevens zijn voorstellen gedaan om de aansturing vanuit het kerndepartement te verbeteren;
- In aanvulling op de rapportage is een plan van aanpak aangeboden aan de Bestuursraad gericht op
 - versterking van de regierol vanuit VWS, middels een zgn. coördinatiepunt;
 - uitwerking van de voorstellen voor complexiteitsreductie en
 - het completeren van de analyse voor alle overige organisaties.

2. Stand van zaken:

In het najaar 2012 zal ambtelijke besluitvorming plaats vinden over:

- Een VWS-breed (dus niet alleen zorg) sturingskader om te komen tot een effectieve en doelmatige realisatie van de publieke belangen op het terrein van VWS: positionering en aansturing van beleid, uitvoering en toezicht. Uitgangspunten zullen bijvoorbeeld zijn:
 - scheid publieke en private taken
 - scheid beleid, uitvoering en toezicht
 - scheid belangen (rollen eigenaar, opdrachtgever en opdrachtnemer)
 - bundel en vereenvoudig gelijksoortige processen
 - organiseer rijksbreed waar mogelijk
 - eenduidige loketten voor burgers en bedrijven/instellingen
 - vorm volgt functie
 - ministeriële verantwoordelijkheid vergt ministeriële bevoegdheid
- Een voorstel voor de organisatie van de aansturing van de organisaties rondom de beleidskern van VWS (een zgn. coördinatiepunt voor de regie op uitvoerende en handhavende organisaties op VWS-terrein die begin 2013 actief kan zijn);

- Een voorstel om haalbaarheidsstudies te doen naar de (meeste van de) concrete aanbevelingen uit de doorlichting die betrekking hebben op taakherschikkingen tussen publiek/privaat of tussen (semi)publieke organisaties. Definitieve besluitvorming over de concrete voorstellen is beoogd voor april 2013;
- Een voorstel voor de completering van de doorlichting van de intermediaire organisaties. Op basis van deze aanvulling zal de Bestuursraad in januari 2013 om richtinggevende uitspraken worden gevraagd.

Het is mogelijk dat als gevolg van te maken keuzes besparingen optreden in de uitvoeringslasten. Na afronding van de haalbaarheidsstudies kan een beeld van de omvang van die besparingen gevormd worden. Het bereiken van besparingen is echter geen doel op zich. De grootste besparingen op de uitvoeringslasten kunnen worden bereikt door vereenvoudiging van de regelgeving. Vooral nog is gerekend met een besparing van €5 à €12 mln.

3. Parlementair

Onderwerp is tot nu toe niet als zodanig in het parlement aan de orde geweest. Wel aanpalende onderwerpen als compacte rijksdienst, sturing op zbo's en agentschappen in het algemeen.

4. Aandachtspunten

- Verhouding publiek/privaat, overige elementen sturingskader en concrete keuzes voor taakherschikkingen afhankelijk van Regeerakkoord;
- Er is nog niet voorzien in middelen voor flankerend beleid bij opheffing of afslanking van organisaties;
- Waarschijnlijk wetswijzigingen noodzakelijk voor taakherschikkingen, afstoten van taken of vereenvoudiging van de regelgeving.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn

- Besluitvorming over het sturingskader (november 2012). Sturingskader toezenden aan Tweede Kamer;
- Op basis van het sturingskader beslissen over taakherschikkingen tussen publiek/privaat en tussen (semi) publieke organisaties op VWS-terrein (april 2013).

6. VWS en de EU

Directies: IZ, VGP, GMT, PG, Jeugd, DMO, Sport

1. Korte inleiding van het dossier

De invloed van "Brussel" op het Nederlandse gezondheidsbeleid is op steeds meer terreinen zichtbaar. Het komt zowel door de voltooiing van de interne markt als door de toenemende Europese samenwerking op gezondheidsdossiers omdat samenwerking tot gezondheidswinst kan leiden, bijvoorbeeld bij bestrijding infectieziekten.

De invloed uit zich op het werkterrein van VWS op verschillende manieren: 1. bindende regelgeving (werking interne markt) en aanbevelingen op VWS werkterrein; 2. toetsing vanuit kaders als staatssteun en mededinging bijvoorbeeld bij fusies; 3. inzet van EU financieringsprogramma's bijvoorbeeld op het terrein van onderzoek waardoor er meer samenwerking tussen landen en organisaties in de zorg ontstaat.

Vaak gaat het bij Europees optreden op het werkterrein van VWS om een samenspel tussen volksgezondheidsbelangen en economische belangen. Het streven hierbij is een (minimaal) gelijk beschermingsniveau van de volksgezondheid en een goed functionerende interne markt. Op beleidsterreinen als infectieziekten, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, voeding en drugs wordt er binnen de EU in toenemende mate ook samengewerkt in Europese agentschappen (ECDC, EFSA, EMA, EMCDDA¹³). De gedachte achter deze agentschappen is dat Europese samenwerking schaalvoordelen kan opleveren en dat het bundelen van kennis tot een betere aanpak kan leiden.

2. Stand van zaken

Op dit moment zijn de volgende onderwerpen in behandeling/onderhandeling binnen de EU:

- 'Reflection process on modern', responsive and sustainable health systems. Binnen de Raad van de Europese Unie is vorig jaar het besluit genomen om een bezinningsproces te starten onder de lidstaten met uiteindelijk als doel te komen tot moderne, responsieve en houdbare gezondheidszorgstelsels. Binnen het traject 'Reflection process' zijn 4 subgroepen te onderscheiden, waaronder de subgroep 'Cost effective medicines' waar VWS coördinator en voorzitter van is (directeur GMT). Concreet resultaat is dat alle groepen eind 2012 een schriftelijk rapport hebben opgesteld met daarin concrete vervolgacties en aanbevelingen voor de toekomst. Het gehele proces zou eind 2013 afgerond moeten zijn.
- 'Besluit grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen': in dit besluit wordt de samenwerking tussen de lidstaten van de EU en de Commissie uitgewerkt, waaronder de gemeenschappelijke aanschaf van vaccins.
- 'Voorstel voor een verordening klinisch geneesmiddelenonderzoek': onderhandeling en zijn begonnen. Dit voorstel heeft tot doel een meer centrale aanpak rond de indiening en beoordeling van onderzoeksvoorstellen op het gebied van klinisch geneesmiddelenonderzoek.
- 'Voorstel voor een herziening van de richtlijn medische hulpmiddelen': voorstel wordt in het najaar 2012 verwacht. Dit voorstel beoogt de regelgeving op het gebied van de medische hulpmiddelen te herzien, zeker ook vanwege de grote groei van deze sector de afgelopen jaren.
- 'Voorstel voor een richtlijn over transparantie van prijzen en vergoedingen': onderhandelingen zijn begonnen. Dit voorstel beoogt recht te doen aan alle veranderingen in de nationale procedures rond pakketopname en beprijzing de afgelopen tientallen jaren en stelt een grotere harmonisatie van die procedures voor.
- 'Voorstel voor een herziening van de richtlijn erkenning beroepskwalificaties': in onderhandeling (OCW is trekker; VWS nauw betrokken). Het komen tot grotere transparantie en uitwisseling van gegevens over onbevoegd zorgpersoneel ('Europese Zwarte Lijst') valt binnen de herziening van deze richtlijn (zie ook '3. parlementair').

¹³ European Centre for Disease Prevention and Control, European Food Security Authority, European Medicines Agency, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

- 'Parnuts': eerste lezing is afgerond; onderhandelingen over tweede lezing zijn begonnen. Dit voorstel beoogt regels te stellen voor voedsel bestemd voor speciale groepen zoals baby's en kinderen en voedsel bedoeld voor een specifiek medisch gebruik.
- 'Health for Growth' is het onlangs voorgestelde derde actieprogramma gezondheid 2014-2020 en is nu in onderhandeling. Dit gezondheidsprogramma heeft als doel het steunen en complementeren van het werk van de lidstaten in het ontwikkelen van innovatieve en duurzame gezondheidszorgsystemen; het vergroten van toegang tot betere en veiliger gezondheidszorg voor burgers; gezondheidsbevordering en ziektepreventie; en het beschermen van burgers tegen grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen. Het programma heeft een voorgesteld budget van € 446 mln. euro voor 7 jaar. Dit maakt integraal deel uit van de Meerjarig Financieel Kader (MFK)-onderhandelingen en hierover wordt nu nog niet besloten.
- Antibioticaresistentie (AMR), terugdringen gebruik nieuwe antibiotica, terugdringen humaan en veterinair gebruik, ontwikkelen nieuwe antibiotica.
- Op de terreinen Jeugd en Sport is geen Europese regelgeving van toepassing. Men hanteert hier de 'Open methode van coördinatie' waarin het delen van goede voorbeelden en een wat informelere samenwerking centraal staat. Actuele onderwerpen bij 'Sport' zijn match fixing en anti-doping. Bij 'Jeugd' draait het voornamelijk om jongeren en vrijwilligerswerk, sociale inclusie, democratisch besef en Europees burgerschap.

3. Parlementair

Ter voorbereiding van een Europese gezondheidsraad wordt er standaard een Algemeen Overleg georganiseerd. Hier worden de Nederlandse standpunten met de Kamer besproken. Over het algemeen steunt de Tweede Kamer de lijn dat beleid op het terrein van volksgezondheid en gezondheidszorg een nationale bevoegdheid is en dat de Europese Commissie een aanvullende (grensoverschrijdende) rol heeft. Daar waar het de interne markt betreft is de invloed verstrekkender (zie onderdeel 4).

Een terugkerend thema is de stand van zaken rondom het idee van een 'Europese Zwarte Lijst'. Dit draait om de transparantie en uitwisseling van gegevens over onbevoegd zorgpersoneel. Inzet is op twee sporen: 1) EU-spoor via het waarschuwingssysteem en het IMI¹⁴ in het kader van de herziening van de richtlijn erkenning beroepskwalificaties. 2) Bilateraal spoor: maken van afspraken over uitwisseling van gegevens met Zweden, Denemarken, België, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk.

Europa en de VWS-wetgeving

Op het terrein van de volksgezondheid zijn de lidstaten (LS) zelf bevoegd; de EU heeft daar slechts een aanvullende rol. Niettemin heeft het Europees recht een grote invloed op het beleidsterrein van VWS. Bij bestaande en nieuw te ontwikkelen wetgeving moet daarom altijd aandacht worden besteed aan de Europeesrechtelijke houdbaarheid.

Met name de regels inzake het vrij verkeer, de hierop gebaseerde jurisprudentie van het Europees Hof van Justitie en de mededingingsregels (staatssteun) hebben een grote invloed op de bewegingsruimte van lidstaten om geheel eigenstandig beleid te voeren. Sommige wetsvoorstellen, zoals het verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, kunnen enigszins schuren met Europees recht. Daarbij dient overigens bedacht te worden dat het wel mogelijk is om beleid te maken dat op zichzelf in strijd is met de interne marktregels wanneer daarvoor een dwingende reden van algemeen belang (bijv. de volksgezondheid) kan worden aangevoerd.

Wanneer de Europese Commissie van oordeel is dat VWS-beleid niet in overeenstemming is met Europees recht kan zij een infractieprocedure starten tegen Nederland.

4. Aandachtspunten

Naar verwachting zal de invloed van de EU nog verder toenemen, ook op het terrein van VWS. De

¹⁴ Interne Markt Informatiesysteem

werking van de interne markt is nog steeds in beweging. Niet alleen binnen en tussen de lidstaten, maar ook binnen de Europese Commissie vindt steeds meer discussie plaats over de bevoegdheden van de EU.

Door de financiële crisis en de problemen rondom de euro worden ook strenge eisen aan de begrotingsdiscipline gesteld en zullen LS steeds vaker hun eigen begrotingen aan elkaar binnen de EU voorleggen. Commissaris (Rehn) die zich bezig houdt met de begrotingen van de lidstaten moet er op toezien dat de LS zich houden aan de begrotingsafspraken. De verwachting is dat deze Commissaris zich in toenemende mate gaat bezighouden met de inhoud van de begroting, zeker als landen zich niet aan de begrotingsafspraken (dreigen te) houden. Het hieraan verbonden Europees semester stelt landenspecifieke aanbevelingen op ten aanzien van de uitgaven die door de Ministers van Financiën en Economie te Brussel worden besproken. Van de vijf aanbevelingen die Nederland kreeg ging er één over de kosten van de met name de langdurige zorg

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

Er staan twee Europese ministerraden in Brussel op de agenda voor het einde van het jaar:

- 22-23 november de OJCS Raad (Onderwijs, **Jeugd**, Cultuur en **Sport**)
- 6-7 december de Gezondheidsraad

7. Administratieve lasten

Directies: WJZ, LZ, CZ, MC

1. Inleiding van het dossier

Al sinds het Kabinet Balkenende I wordt op uniforme wijze vormgegeven aan een rijksbrede doelstelling om administratieve lasten terug te dringen. Alle departementen worden daarbij geacht een programma samen te stellen, waardoor deze (vaak procentuele) doelstelling gerealiseerd gaat worden. Deze doelstelling is onderverdeeld naar de hoofdgroepen burgers en bedrijven (voor VWS zijn dat ook de (zorg)instellingen) en is primair gericht op regelgeving. De rijksbrede coördinatie vindt plaats door BZK (burgers) resp. EL&I (bedrijven).

VWS heeft in de afgelopen jaren de doelstellingen behaald, mede door de stelselwijzigingen in de zorg. VWS ligt ook op koers voor de doelstellingen van het vorige Kabinet die volgens de planning in 2015 gerealiseerd zouden moeten zijn.

2. Stand van zaken

Op dit moment wordt nog volop uitvoering gegeven aan een pakket maatregelen in de langdurige zorg. Het programma "Meer tijd voor de cliënt" beoogt het substantieel reduceren van de administratieve lasten in de langdurige zorg. Primair om meer tijd voor de cliënt beschikbaar te krijgen, maar ook om de zorgverleners weer / meer plezier in hun werk te laten hebben. Tegelijkertijd gaat van het project een aantrekkingskracht uit op de arbeidsmarkt. Het programma valt uiteen in een aantal projecten: 1) meldingen hinderende wet- en regelgeving, 2) experimenten regelarme instellingen, 3) minutenregistratie extramurale zorg, 4) vereenvoudiging AWBZ-brede zorgregistratie (AZR), 5) verminderen toezichtslasten IGZ, 6) verminderen uitvraag jaardocument maatschappelijke verantwoording, 7) standaardisering gegevensuitwisseling AWBZ/Wmo.

In het domein van de gezondheidsbescherming zien we dat het gros van de regelgeving (Warenwet, geneesmiddelenwetgeving) van de EU afkomstig is. Hierdoor zijn de mogelijkheden om de administratieve lasten in nationale regelgeving te verminderen beperkt. Uiteraard worden aan de bron (in Brussel) de nodige inspanningen verricht, maar de focus ligt hier vooral op de implementatie van EU-richtlijnen. Deze implementatie vindt altijd in nauw overleg met de uitvoerende partijen plaats, naar volle tevredenheid van alle partijen.

3. Parlementair

Zoals gesteld, is vermindering van administratieve lasten steeds weer een speerpunt van vorige Kabinetten geweest. Als coördinerende departementen informeren BZK en EL&I de Ministerraad zo'n twee keer per jaar over de voortgang van de doelstellingen en wordt ook de Tweede Kamer jaarlijks een aantal keer geïnformeerd. Ook vind er ongeveer elk jaar een Algemeen Overleg plaats op basis van deze voortgangsrapportages aan de Tweede Kamer.

4. Aandachtspunten

Als het grote leerpunt van de aanpak en resultaten van verschillende kabinetten die vermindering van bureaucratie als doelstelling hebben geformuleerd, is dat de inspanningen en positieve resultaten, zoals deze door de overheid gecommuniceerd zijn, door bedrijven, instellingen, professionals en burgers (lang) niet altijd zo ervaren worden. Er zijn al diverse pogingen gedaan om dat verschil te verkleinen, maar het gevoel blijft bestaan.

Dit heeft een aantal oorzaken, maar heeft vooral te maken met de generieke kwantitatieve aanpak van het Kabinet. De signalen uit het bedrijfsleven, waar het naleven van regelgeving een directe relatie heeft met bestaansrecht, inzet van personeel en (internationale) concurrentiepositie is een geheel andere dan een knelpunt in een sector als zorg of onderwijs. Hier spelen andere zaken een rol en gaat het over de kwaliteit en beschikbaarheid ('meer handen aan het bed'). Ook zien we dat regelgeving in het zorgdomein vaak doelregelgeving is, en dat de ervaren regeldruk een cumulatie is van de uitvraag van de overheid, onvoldoende uitleg daarbij over het doel van een regel, managementinformatie van de eigen instelling of branche, marktpartijen en belangenorganisaties. Vaak zit ervaren regeldruk in het onvoldoende faciliteren van een zorgprofessional. Zo is in recent

onderzoek geconcludeerd dat 89% van de **ervaren** lasten van verpleegkundigen veroorzaakt worden door bijvoorbeeld gebrek van inzet van ICT, communicatie en overprotocollering.

Om deze regeldruk te verminderen, is het voor VWS zaak hiervoor aandacht te blijven vragen en partijen op te roepen om zelf tot een serieuze aanpak te komen. De regie ligt dan ook duidelijk bij de uitvoerende partijen, met een faciliterende rol voor VWS.

Tot slot is ook te verwachten dat de interdepartementale aandacht (in de ambtelijke voorportalen) voor het meewegen van de effecten – en het transparant maken daarvan - voor regeldruk van regelgeving sterk zal toenemen. Dit betekent dat als dit onvoldoende helder is toegelicht, een maatregel aangehouden zal kunnen worden. Voldoende aandacht in het voortraject betekent een grote(re) kans op snelle afwikkeling in het vervolgtraject.

5. Acties op korte termijn

Naar verwachting zal nieuw Kabinet weer voorgaan op dit pad om de ervaren regeldruk te verminderen. Hiervoor zal een samenhangend vervolgprogramma worden opgezet.

Het programma zal enerzijds aandacht moeten besteden aan het voorkomen van met nieuwe regelgeving gepaard gaande administratieve lasten, maar ook het verbeteren van dienstverlening, doorlooptijden en cliënt- of medewerkerstevredenheid. Het is de uitdaging om te zorgen de nadruk van de aanpak niet komt te liggen op het spanningsveld tussen de wensen van het parlement, die vaak gepaard gaan met extra administratieve lasten, en een kwantitatieve doelstelling, maar op de kwaliteit van zorg en wat er voor nodig is om dat te kunnen leveren.

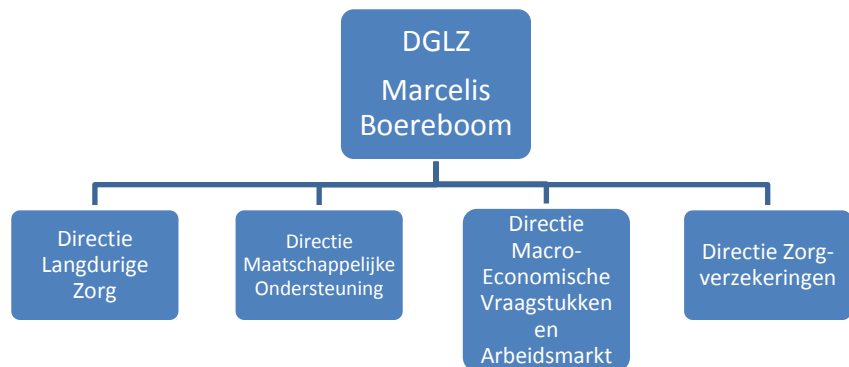
Het programma zal kunnen bestaan uit het continueren van de diverse activiteiten in de langdurige zorg en de voorgenomen maatregelen in de curatieve zorg. Te denken valt hierbij aan:

- Het wegnemen van hinderlijke regels zoals deze gemeld zijn door zorginstellingen en professionals;
- Het experiment regelarme instellingen in de AWBZ;
- Doorontwikkelen van verbeteringen in de indictiestelling;
- Meer risicogericht werken door de Inspectie voor de Gezondheidszorg;
- Herzien van informatiebehoefte van het Jaarverslag Maatschappelijke Verantwoording;
- Uitbreiden regelarm werken care naar alle aanbieders;
- Schrappen regels n.a.v. meldingen bureaucratie care;
- Redesign: regels worden in samenhang gezien zodat voorkomen wordt dat vereenvoudigingen in het ene domein meer complexiteit voor het andere domein tot gevolg heeft;
- Openen meldpunt bureaucratie in de cure.

B. Directoraat-generaal Langdurige Zorg



Drs. M.J. (Marcelis) Boereboom
Directeur-generaal Langdurige Zorg



Inleiding Directoraat-generaal Langdurige Zorg

De Directeur-generaal Langdurige Zorg (DGLZ) is verantwoordelijk voor de betaalbaarheid, de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg en ondersteuning voor mensen met langdurige beperkingen, als gevolg van een aandoening van fysieke, verstandelijke of mentale aard, dan wel zorg en ondersteuning van mensen die vanwege bijzondere omstandigheden daarop zijn aangewezen. Daarnaast is de DGLZ verantwoordelijk voor het herdenken en herinneren van de slachtoffers van de Tweede Wereldoorlog en hun verwanten. Tenslotte is de DGLZ verantwoordelijk voor het arbeidsmarkt- en arbeidsvoorwaardenbeleid en de macro-economische advisering van de bewindslieden.

Directie Langdurige Zorg (LZ)

Directeur: Kees van der Burg

De directie Langdurige Zorg draagt verantwoordelijkheid voor het beleid gericht op mensen met beperkingen, die langdurig op zorg zijn aangewezen. Daarbij gaat het om mensen met behoefte aan verpleging en verzorging, thuiszorg, gehandicaptenzorg en (langdurige) geestelijke gezondheidszorg: thuis of in een instelling, via zorg in natura of een Persoonsgebonden budget (PGB). Belangrijk wettelijk kader voor de langdurige zorg is de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Deze AWBZ dekt onverzekerbare kosten die niet onder de zorgverzekering vallen. Bijvoorbeeld de kosten van een verblijf in een verzorgingshuis. Of de verpleging van iemand met een chronische ziekte. In principe is iedere ingezetene van Nederland verzekerd voor de AWBZ. Uit de AWBZ volgt de verantwoordelijkheid voor de aanspraken, de indicatiestelling, de bekostiging en de kwaliteitseisen die aan AWBZ-zorg worden gesteld. De directie beheert, ontwikkelt en vernieuwt het brede stelsel.

Directie Maatschappelijke Ondersteuning (DMO)

Directeur: Elly van Kooten

De directie Maatschappelijke Ondersteuning (DMO) werkt aan maatschappelijke doelen op het terrein van participatie, zelfredzaamheid en sociale samenhang. Het beleid richt zich op het vergroten van de zelfredzaamheid van mensen waar dat kan en het bieden van bescherming waar dat noodzakelijk is. Het stimuleren van de verantwoordelijkheid voor elkaar en het bevorderen van sociale samenhang zijn hiermee nauw verbonden. Onze missie is dat iedereen in de gelegenheid wordt gesteld actief deel te nemen aan de samenleving. Belangrijke onderwerpen en thema's zijn de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), maatschappelijke opvang, vrouwenopvang, zwerfjongeren, het voorkomen van geweld in afhankelijkheidsrelaties, mantelzorg, het bekostigen van bovenregionaal sociaal recreatief vervoer en het toegankelijk maken en houden van de samenleving voor ouderen en mensen met een beperking.

DMO is tevens verantwoordelijk voor oorlogsgetroffenen en herinnering aan de Tweede Wereldoorlog. De opdracht bestaat uit de zorg voor een goed stelsel van (im)materiële ondersteuning aan personen die in het bijzonder zijn getroffen door de gebeurtenissen tijdens de

Tweede Wereldoorlog en de Bersiapperiode in Nederlands-Indië en op wie de beginselen van “ereschuld” en “bijzondere solidariteit” van toepassing zijn.

Directie Macro- Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt (MEVA)

Directeur: Katja Mur

Aan MEVA de opdracht ervoor te zorgen dat ook in de toekomst zorg kan worden geleverd. Daarbij gaat het specifiek om de arbeidsmarkt (is er gekwalificeerd personeel) en om de financiering (is de zorg straks nog betaalbaar). MEVA beschikt hiervoor over specifieke en tegelijkertijd zorgbrede informatie, kennis- en beleidsinstrumenten op het gebied van opleiden, ramen, financiering, strategie en arbeidsmarktvragestukken.

Met deze opdracht raakt MEVA de beleidsthema's van praktisch alle directies binnen VWS.

Directie Zorgverzekeringen (Z)

Directeur: Gelle Klein Ikkink

De directie Zorgverzekeringen ontwikkelt actief beleid en geeft sturing om tot een doelmatig werkend verzekeringsstelsel te komen waarmee alle ingezetenen van Nederland toegang krijgen tot noodzakelijke zorg van goede kwaliteit.

De directie Zorgverzekeringen geeft invulling aan alle fases van de beleidsketen op het terrein van de zorgverzekeringen: van het signaleren van nieuwe ontwikkelingen en het initiëren van nieuw beleid, tot aan het realiseren van regelgeving en het toezicht op de handhaving daarvan. Het gaat zowel om de curatieve zorg als om de langdurige zorg, de directie Z is dan ook een DG-overstijgende directie. De directie Z is ook accounthouder voor de betrokken zelfstandige bestuursorganen (College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en Centraal Administratie Kantoor (CAK)).

Overzicht kern dossiers Directoraat Langdurige Zorg

Voor de Directoraat Langdurige Zorg zijn tien kern dossiers geselecteerd die nader worden toegelicht.

Dossier	Directie
1. Herstructurering langdurige zorg (AWBZ, Wmo, ook i.r.t. Zvw)	Langdurige Zorg
2. Toekomstvisie inkomensregeling	Zorgverzekeringen
3. Fraudebestrijding	Zorgverzekeringen
4. Arbeidsmarkt zorg	Macro Economische- Vraagstukken en Arbeidsmarkt
5. Beginselenwet AWBZ-zorg	Markt en Consument
6. Oorlogsgetroffenen en Herinnering WOII	Maatschappelijke Ondersteuning
7. Geweld in afhankelijkheidsrelatie (GIA)	Maatschappelijke Ondersteuning
8. Ratificatie VN-verdrag Handicap	Maatschappelijke Ondersteuning
9. Bovenregionaal sociaal recreatief vervoer voor mensen met een handicap	Maatschappelijke Ondersteuning
10. Maatschappelijke opvang/ zwerfjongeren	Maatschappelijke Ondersteuning

1. Herstructurering langdurige zorg (AWBZ, Wmo, ook i.r.t. Zvw)

Directie: LZ

1. Korte inleiding van het dossier

Langdurige zorg algemeen

De langdurige zorg biedt in de eerste plaats zorg en ondersteuning aan (thans circa 600.000) kwetsbare mensen. Het gaat hierbij om ouderen, gehandicapten en GGZ-cliënten. Dit uit hoofde van de AWBZ, een verzekering die de kosten dekt van de aanspraken die in de AWBZ zijn vastgelegd. Uit hoofde van de AWBZ volgen aanspraken, indicatiestelling en bekostiging. Er is in het kader van de AWBZ sprake van een individueel recht op zorg. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen intramurale en extramurale zorg. Zorg kan worden genoten in natura, via een PGB of de Vergoedingsregeling Persoonlijke Zorg (VPZ).

De AWBZ wordt uitgevoerd door Zorgkantoren. Gegeven de toenemende kosten van de langdurige zorg (2013: geschat op ca. € 27 mld., dekking uit premies, rijksbijdragen en eigen bijdragen) wordt aangedrongen op een herziening van de langdurige zorg.

Wmo

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) heeft als doel participatie, zelfredzaamheid en sociale samenhang te vergroten. De Wmo draagt gemeenten op burgers met beperkingen in hun participatie in staat te stellen om: 1) een huishouden te voeren; 2) zich te verplaatsen in en om de woning; 3) zich lokaal te verplaatsen per vervoermiddel; 4) medemensen te ontmoeten en op basis daarvan sociale verbanden aan te gaan. De Wmo geeft de gemeenten een compensatieplicht en burgers een recht op compensatie. De vorm waarin dat geschiedt is binnen de kaders van de wet vormvrij. De negen prestatievelen in de Wmo geven aan op welke terreinen gemeenten uit hoofde van Wmo beleid moeten formuleren. Gemeenten hebben beleidsvrijheid in de wijze waarop zij burgers compenseren. De Gemeenteraad controleert. De uitgaven (ruim €5 mld.) aan de Wmo worden gefinancierd via het Gemeentefonds.

2. Stand van zaken

Langdurige zorg algemeen

De afgelopen jaren zijn diverse rapporten verschenen over de herziening van de langdurige zorg (O.a. SER). Deze herziening is dan ook in gang gezet door voorgaande kabinetten. Recent is besloten tot het beperken van de PGB-regeling, het beperken van het recht op zorg met verblijf vanaf 2013 (extramuraliseren van lagere zorgzwaartepakketten) en het verhogen van eigen bijdragen (vermogensinkomensbijtelling).

Voor de langere termijn zijn voorstellen gedaan in het rapport van de ambtelijke Taskforce "beheersing zorguitgaven" (VWS/FIN; juni 2012) en de verschillende verkiezingsprogramma's (CPB: Kik rapport; augustus 2012). Kern van de voorstellen is het verleggen van zorg en ondersteuning naar het lokale niveau (versterken positie wijkverpleegkundige, overhevelen extramurale zorg naar gemeenten, verhogen van de drempel om in aanmerking te komen voor zorg met verblijf, versterken van eigen regie en eigen bijdragen) of de zorgverzekeringwet (GGZ-zorg). Inzet is de groei van de AWBZ-zorguitgaven te beperken. Tegelijkertijd met deze bewegingen dient de kwaliteitsagenda van de langdurige zorg herijkt te worden.

Wmo

De bestuursafspraken over de decentralisatie van extramurale begeleiding naar de Wmo zijn door de val van het Kabinet bevroren. Het Transitiebureau begeleiding van VWS en VNG ondersteunt gemeenten, zorg- en welzijnsaanbieders en cliëntorganisaties om zich voor te bereiden op de decentralisatie van begeleiding naar de Wmo, o.a. via bijeenkomsten, handreikingen, een website en een helpdesk. Het Transitiebureau stelt momenteel een activiteitenplan op voor de komende periode. Daar vindt afstemming en samenwerking plaats met de activiteiten van het Transitiebureau Jeugd en met passend onderwijs en SZW. In een Algemeen Overleg heeft de Tweede Kamer de staatssecretaris gevraagd de voorbereiding voort te zetten, ondanks de controversiële status van het wetsvoorstel. Momenteel wordt een aanvullende wetswijziging

voorbereid (verzamelwet) waarin technische en kleine beleidsmatige aanpassingen worden doorgevoerd.

3. Parlementair (wat onderstreept is ligt in de Kamer)

Langdurige zorg algemeen

Parlementair is er een breed draagvlak voor een herziening van de langdurige zorg. Wel verschillen de partijen in de wijze waarop de herziening moet worden vorm gegeven. Met betrekking tot de herziening van de PGB-regeling geldt dat de door het vorige Kabinet voorziene beperking van het PGB tot zorg met verblijf door het Begrotingsakkoord 2013 is teruggedraaid. Wel worden aan het gebruik van de PGB-regeling aanvullende eisen gesteld vanaf 2013.

De langdurige zorg is vlak voor het zomerreces nog aan de orde geweest in een Algemeen Overleg (4 juli 2012). Toen zijn vooral de Begrotingsakkoordmaatregelen besproken.

Door het vorige Kabinet is ook een wetsvoorstel voorbereid over de uitvoering van de AWBZ. Kern van het voorstel is om de uitvoering over te dragen van de zorgkantoren naar de individuele zorgverzekeraars (Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars: UAZ). Dit voorstel is niet ingediend bij de Tweede Kamer door de val van het Kabinet Rutte I.

Wmo

Het wetsvoorstel voor decentralisatie van begeleiding, kortdurend verblijf en de inloof functie GGZ ligt in de Tweede Kamer, maar is controversieel verklaard. Op het punt van toezicht is een nota van wijziging ingediend. In 2012 zijn twee initiatiefwetsvoorstellen (Kant/Leijten) aangenomen in de Eerste Kamer. Het betreft wetsvoorstellen over een basistarief en het aanbesteden van huishoudelijke verzorging. Een derde initiatiefwetsvoorstel om de huishoudelijke verzorging te financieren via een specifieke uitkering is in de EK verworpen.

4. Aandachtspunten

Langdurige zorg algemeen

In Keuzes in Kaart (CPB) wordt een forse verschuiving van taken uit de AWBZ naar de Wmo voorzien met forse bezuinigingen. Herziening van de langdurige zorg is een van de speerpunten op het terrein van VWS. Daarbij zal worden aangedrongen op enerzijds snelle actie om de herziening in te gaan zetten en anderzijds de wens om ondersteunende maatregelen te treffen voor kwetsbare groepen die door de maatregelen in het gedrang zouden kunnen komen (waardoor het proces juist weer kan vertragen).

Om de transitie van de langdurige zorg te begeleiden zal voldoende budget voor innovatie / vernieuwing (ICT in de care, programma's als Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO), het deltaplan dementie, ontwikkeling ketenzorg) en implementatie (In voor zorg!) beschikbaar moeten komen.

Wmo

Gemeenten zullen voldoende instrumenten in handen moeten krijgen om deze taakstellingen te realiseren en de Wmo meer te richten op mensen die het echt nodig hebben zodat de Wmo financieel beheersbaar blijft. Het PGB in de Wmo is hierbij een fors politiek/financieel risico. De huidige verplichting voor gemeenten om een PGB aan te bieden maakt de Wmo minder beheersbaar. Het ingediende wetsvoorstel om gemeenten de mogelijkheid te geven een PGB aan te bieden (in plaats van de plicht) leverde 13 amendementen op. Aandachtspunt is ook de bestuurskracht van gemeenten om extra taken goed te implementeren en uit te voeren en de samenhang met andere lokale taken en eventuele toekomstige decentralisaties (Jeugd, werken naar vermogen, onderwijs).

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

Afhankelijk van nieuw Regeerakkoord.

2. Toekomstvisie Inkomensregelingen

Directies: Z en MEVA

1. Korte inleiding van het dossier

Er bestaan verschillende inkomensregelingen die gerelateerd zijn aan zorg(gebruik)

- De Compensatieregeling Eigen Risico (CER) compenseert een gedeelte van het verplicht eigen risico voor mensen waarvan verondersteld wordt dat ze hun verplichte eigen risico meerjarig vol zullen maken (afgeleid van zorggebruik).
- De Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) compenseert chronisch zieken en gehandicapten voor meerkosten waarvan verondersteld wordt dat zij die maken als gevolg van hun aandoening. Wie dat zijn wordt afgeleid van zorggebruik. Deze tegemoetkoming dient niet ter dekking van eigen betalingen uit hoofde van Zvw, AWBZ of Wmo. De Wtcg-tegemoetkomingen worden vanaf december 2012 voor de derde keer uitgekeerd (over 2011).
- De zorgtoeslag is een inkomensafhankelijke tegemoetkoming die wordt verstrekt aan huishoudens met lage en midden inkomens. De zorgtoeslag zorgt ervoor dat een huishouden niet meer dan een bepaald percentage van het huishoudinkomen aan de nominale premie uitgeeft. In het Begrotingsakkoord 2013 is afgesproken de extra verhoging van het eigen risico van €115 via de zorgtoeslag te compenseren. Zo worden de laagste inkomens volledig gecompenseerd.
- In het Begrotingsakkoord 2013 is besloten tot de compensatieregeling eigen bijdragen GGZ, die een volledige compensatie geeft van de eigen bijdragen GGZ voor alle personen met een inkomen tot 110% van het Wet minimumloon en minimumvakantiebijslag (WML). Inmiddels is in het deelakkoord afgesproken dat: de invoering van de eigen bijdrage tweedelijns GGZ en de eigen bijdrage van 7,50 euro per verpleegdag in instellingen voor medisch-specialistische zorg worden teruggedraaid. (Hiertoe wordt het Besluit zorgverzekeringen aangepast). Vanaf 2014 loopt het ongedaan maken van deze twee maatregelen mee in de besluitvorming over premies en de eigen bijdragen in de zorg."

2. Stand van zaken

CER/Wtcg

- Politieke aandacht zal uit blijven gaan naar het bepalen van de juiste doelgroep, de complexiteit van de afbakening van de doelgroep en de uitvoerings(kosten). De CER, Wtcg, Tegemoetkoming Onderhoudskosten ouder thuiswonende Gehandicapte kinderen (TOG), TOG-plus en Specifieke Zorgkosten vertonen een overlap zowel in doel als doelgroep.

Zorgtoeslag

- Eind 2012 wordt een AmvB van de zorgtoeslag gepubliceerd, waarin de percentages van de zorgtoeslag worden bepaald als gevolg van de inwerkingtreding van de Wet uniformering loonbegrip (Wul) en de maatregelen voortvloeiend uit het Begrotingsakkoord 2013.

(bedragen x 1mln)	Wtcg	CER	Zorgtoeslag
Budget 2013	415	185	4.625

3. Parlementair (wat onderstreept is ligt in de Kamer)

- De Tweede Kamer was een visiebrief toegezegd voor de Wtcg en CER. Vanwege de val van het Kabinet Rutte I is op 20 juni wel de 'Analyse van regelingen voor chronisch zieken en gehandicapten' naar de Tweede Kamer verzonden. Deze analyse staat geagendeerd voor een Algemeen Overleg (ntb).
- In het Begrotingsakkoord 2013 zijn verschillende maatregelen getroffen die uitwerking hebben op de zorgtoeslag (zie punt 1).
- In het Begrotingsakkoord 2013 is besloten tot compensatie van eigen bijdragen in de GGZ voor de laagste inkomens (zie punt 1).

4. Aandachtspunten

- De Wtcg en CER blijken budgettair lastig beheersbaar, omdat de doelgroep wordt afgebakend door de Zvw, AWBZ en Wmo. Wijzigingen in de Zvw, AWBZ of Wmo hebben al meermaals geleid tot hogere uitgaven van de Wtcg en CER door vergroting van de doelgroep. Ook juridische uitspraken over de onvolkomenheden in de criteria hebben soms budgettaire gevolgen.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

Mogelijk een Algemeen Overleg, al dan niet voorzien van een visiebrief.

3. Fraudebestrijding

Directie: Z

1. Korte inleiding van het dossier

VWS is systeemverantwoordelijk voor de bestrijding van zorgfraude. De uitvoerende verantwoordelijkheid berust bij de zorgverzekeraars/zorgkantoren, de toezichthouders, opsporingsdiensten en ten slotte het Openbaar Ministerie (OM). Op verzoek van het veld heeft VWS in 2009 het initiatief genomen tot het bijeenbrengen van de organisaties die een rol spelen in de preventie, opsporing en bestraffing van zorgfraude. Het doel van deze 'Regiegroep' is het bereiken van ketensamenwerking waardoor zorgfraude effectiever wordt bestreden. De Regiegroep bestaat uit deelnemers op operationeel niveau en wordt aangestuurd door een Bestuurlijk Overleg, onder leiding van de DGLZ. Deelnemers zijn: IGZ, De Nederlandse Bank (DNB), NZa, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Verbond van Verzekeraars (VvV), CIZ, OM, politie, Fiscale inlichtingen- en opsporingsdienst (FIOD), Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (ISZW), Belastingdienst, Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de ministeries van Veiligheid en Justitie en VWS (Zie afkortingenlijst).

2. Stand van zaken

Onder leiding van de Regiegroep is onder andere een plan van aanpak bestrijding Persoonsgebonden Budget Fraude (PGB-fraude) opgesteld met maatregelen die nu versneld worden ingevoerd als gevolg van het recent gesloten Begrotingsakkoord. In het Begrotingsakkoord is voor de jaren 2013 en 2014 €15 mln. vrijgemaakt voor de intensivering van de aanpak van fraude met PGB's. Voor de intensivering van opsporingsonderzoeken naar PGB-fraude komt in 2013 en 2014 jaarlijks € 2,5 mln. beschikbaar. De overige middelen worden ingezet om de PGB-regeling in 2013 en in de jaren daarna fraudebestendig te maken, onder andere door face to face indiceren en een andere uitvoeringsstructuur via trekkingsrecht in te voeren.

Om de beheersing van zorgfraude te verbeteren heeft de Regiegroep ook diverse andere activiteiten op het programma staan, zoals het vastleggen van de ketensamenwerking in een convenant, het instellen van een fraudeverzamelpunt, het sluiten van een informatieprotocol, het uitvoeren van onderzoek en het ontwerpen van interventiestrategieën. Daarnaast vinden in andere vormen van zorg die als risicovol worden aangemerkt (AWBZ zorg in natura, medisch specialistische zorg), risicoanalyses plaats en worden maatregelen ter vermindering van die risico's voorbereid.

Voor het dossier is een jaarlijks budget beschikbaar van €150.000.

Op Europees niveau bestaat een netwerk van organisaties die zich bezighouden met het beheersen van zorg- en sociale zekerheidsfraude. VWS volgt deze ontwikkelingen.

3. Parlementair (wat onderstreept is ligt in de Kamer)

In het vorige Kabinet was de beheersing van fraude een speerpunt. Het Kabinet heeft op 9 juli 2012 de 'Verzamelbrief financieel-economische criminaliteit' aan de Kamer gestuurd over het overheidsbrede beleid inzake het afnemen van criminele winsten. Over de integrale aanpak van fraude in de zorg is in deze brief een passage opgenomen.

4. Aandachtspunten

De verwachting is dat het thema zorgfraude steeds belangrijker wordt in het kader van het beheersbaar houden van de zorgkosten.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

In het verlengde van het aandachtspunt, kan de bewindspersoon van VWS de betrokken partijen stimuleren en motiveren hun rol voortvarend op te pakken en de bereidheid uitstralen al het mogelijke te doen wat op het VWS terrein ligt, zoals het minder fraudegevoelig maken van de wet- en regelgeving.

4. Arbeidsmarkt zorg

Directie: MEVA

1. Korte inleiding van het dossier

Voldoende goed opgeleid personeel is essentieel voor een kwalitatief goede zorgverlening. De zorginstellingen zijn zelf primair verantwoordelijk voor hun personeels- en arbeidsmarktbeleid. Ze worden daarbij ondersteund door het arbeidsmarktbeleid van hun branches (o.a. via CAO's) en de Opleiding- en ontwikkelingsfondsen (O&O-fondsen) van sociale partners (werkgevers -en werknemersorganisaties). De verantwoordelijkheid van de overheid is faciliterend (financieel kader), stimulerend (aanspreken van nieuwe groepen voor de arbeidsmarkt, arbeidsmarktbeleid regionaal invullen) en complementair (op die onderdelen waar zorginstellingen en sociale partners onvoldoende hun eigen verantwoordelijkheid waar kunnen maken). Daarnaast heeft de overheid een eigen verantwoordelijkheid als het gaat om het (initieel) onderwijs (van OCW) en het algemene (regionale) arbeidsmarktbeleid (van SWZ).

2. Stand van zaken

De ondersteuning vanuit VWS vindt vooral plaats via specifieke regelingen gericht op het zorgonderwijs (Opleidingsfonds, Fonds Ziekenhuisopleidingen, Stagefonds), via structurele versterking van het regionale arbeidsmarktbeleid en via stimulering van specifieke thema's (bijvoorbeeld plan van aanpak voor agressie in de zorg).

Op dit moment zijn er geen algemene knelpunten op de arbeidsmarkt van de zorg, wel zijn er tijdelijke of specifieke tekorten. De zorginstellingen zijn over het algemeen in staat om voldoende personeel aan zich te binden. Op langere termijn dreigen er echter (forse) tekorten, ingegeven door de groeiende zorgvraag en een beroepsbevolking die nauwelijks nog stijgt.

3. Parlementair

Vanwege de dreigende tekorten op de lange termijn, is er veel belangstelling voor de arbeidsmarkt in de zorg. Door het vorige Kabinet is ingezet op verhogen van de kwaliteit in de intramurale ouderenzorg door extra personeel in te zetten. De eerste resultaten daarvan zijn in de loop van 2013 beschikbaar.

Daarnaast heeft de minister van VWS bestrijding van de agressie tegen zorgpersoneel hoog op de agenda gezet. Daar is het plan van aanpak Agressie het resultaat van. Dat plan is samen met sociale partners in de zorg en de ministers van BZK en V&J opgesteld.

4. Aandachtspunten

Het is van belang dat de zorginstellingen voldoende in staat zijn om voldoende goed opgeleid personeel aan te trekken.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

Op basis van het Regeerakkoord en de recente en toekomstige ontwikkelingen op de arbeidsmarkt zal bezien worden wat de gevolgen zijn voor de beschikbaarheid van zorgpersoneel. Het Regeerakkoord geeft inzicht in hoeverre het thans lopende arbeidsmarktbeleid van VWS gecontinueerd dan wel gewijzigd moet worden.

5. Beginselenwet AWBZ-zorg

Directies: MC, LZ

1. Korte inleiding van het dossier

In het Gedoogakkoord staat dat er naast het voorstel voor de Wet cliëntenrechten zorg een Zorginstellingen Beginselenwet moet komen die concrete rechten voor bewoners van zorginstellingen regelt zoals het recht om elke dag te douchen en dagelijks desgewenst enige tijd in de buitenlucht door te brengen. Om recht te doen aan deze passage uit het Gedoogakkoord heeft de staatssecretaris van VWS in januari 2011 een Houtskoolschets voor een dergelijke wet aan de Tweede Kamer gezonden en heeft zij op 5 december 2011 het wetsvoorstel bij de Tweede Kamer ingediend.

Met het voorstel voor de Beginselenwet AWBZ-zorg krijgen cliënten die gebruik maken van AWBZ-zorg een afdwingbaar recht op het maken van afspraken in hun zorgplan over 9 onderwerpen die te maken hebben met de regie over het eigen leven. Met het wetsvoorstel wordt het voor zowel de cliënt als de zorgverlener gemakkelijker om heldere en hardere afspraken te maken en aan de bel te trekken als die niet worden nagekomen. Daarnaast kunnen cliënten met ernstige klachten over persoonlijke verzorging en bejegening zich rechtstreeks wenden tot de Inspectie voor de Gezondheidszorg (ook dit was opgenomen in het Gedoogakkoord).

Met het oog op het voorkomen van mishandeling van ouderen moeten aanbieders van AWBZ-zorg op grond van de Beginselenwet een Verklaring Omtrent Gedrag kunnen overleggen voor hun medewerkers (inclusief de bestuurders). Tevens zijn zij verplicht gevallen van mishandeling door medewerkers te melden bij de Inspectie.

2. Stand van zaken

Zie punt 3.

3. Parlementair (wat onderstreept is ligt in de Kamer)

Het wetsvoorstel Beginselenwet AWBZ-zorg (dat gereed was voor plenaire behandeling) is controversieel verklaard

4. Aandachtspunten

- Het is niet waarschijnlijk dat de Tweede Kamer het voorstel in zijn huidige vorm zal willen handhaven.
- Het is denkbaar elementen van de Beginselenwet te integreren in bestaande regelgeving, bijv. in het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg (als het gaat om elementen die betrekking hebben op het zorgplan), in de Kwaliteitswet zorginstellingen (meldplicht van geweld in de zorgrelatie) of in het Uitvoeringsbesluit bij de Wet toelating zorginstellingen (verklaring omtrent gedrag).
- Het is ook denkbaar elementen van de Beginselenwet te integreren in het (controversieel verklaarde) voorstel voor de Wet cliëntenrechten zorg als dat wordt doorgezet of in andere toekomstige wetgeving.
- De mogelijkheid voor cliënten in de AWBZ-zorg om zich in bepaalde gevallen met klachten rechtstreeks tot de Inspectie te wenden, spoort niet met het uitgangspunt dat zorgaanbieders in eerste instantie zelf verantwoordelijk zijn voor het voorkomen en oplossen van klachten. Het klachtrecht verdient hoe dan ook verbetering (via het voorstel voor de Wet cliëntenrechten zorg of anderszins) en de rol van de Inspectie bij individuele klachten is in onderzoek.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn

- Beslissen over al dan niet intrekken van het voorstel voor de Beginselenwet AWBZ-zorg en eventueel opnemen van elementen van het wetsvoorstel in andere regelgeving.

6. Oorlogsgetroffenen en Herinnering WOII

Directie: MO

1. Korte inleiding van het dossier

Het dossier betreft de erfenis van de Tweede Wereldoorlog: hulp en zorg voor de getroffenen en betekenis geven aan de herinnering van WOII.

2. Stand van zaken

Materiële zorg Oorlogsgetroffenen WOII

- Pensioenen en uitkeringen: (nog) circa € 300 mln. aan circa 30 000 personen (w.o. 15% buitenland; afname 5% per jaar), krachtens een 5-tal buitengewoon pensioen- (verzet) en uitkeringswetten (joods, Indisch, burgerslachtoffers). Uitvoering door ZBO's Pensioen- en Uitkeringsraad en Sociale Verzekeringsbank.
- Grondslag: 'ereschuld' tegenover deelnemers voormalig verzet en 'bijzondere solidariteit' met de oorlogsgetroffenen. De beleidsmatige mantra 'tot de laatste oorlogsgetroffene' drukt de vastbeslotenheid uit van de achtereenvolgende regeringen om goed te blijven zorgen voor de verzetsdeelnemers en de slachtoffers.
- De pensioen- en uitkeringswetten bieden een inkomensgarantie. Overig inkomen wordt verrekend.
- Ook circa € 7 mln. subsidie voor hulp en zorg ten behoeve van erkende oorlogsgetroffenen. Aard van de hulp en zorg: maatschappelijk werk en sociale dienstverlening. Uitvoering door Pelita (Indisch), Joods Maatschappelijk Werk (JMW), Stichting 1940-1945 (verzet), de Basis (maatschappelijk werk overgenomen van de Stichting 1940-1945) en Stichting Cogis.

Herinnering WOII

- Instellingssubsidie basisinfrastructuur (stelselverantwoordelijkheid): De vier herinneringscentra (HC Kamp Westerbork, NM Kamp Vught, NM Kamp Amersfoort, Indisch Herinneringscentrum Bronbeek), Nationaal Comité 4 en 5 mei, het NIOD (Netwerk Oorlogsbronnen, coördinatie week Internationaal Holocaust Memorial Day), Stg. Herdenking 15 augustus 1945, Anne Frank Stichting. Nationale Jeugdraad kent een denktank herdenken (projectsubsidie). Totaal subsidies €8,8 mln.
- Bevorderen samenwerking brede herinneringsveld (inclusief niet VWS-gesubsidieerd).
- Per jan. 2011 uitvoerende taken bij het Nationaal Comité 4 en 5 mei belegd (binnen VWS beleidskader). O.a. bevoegdheid verlenen projectsubsidies namens VWS op het terrein van educatie en voorlichting (€ 9 ton p.jr.). Kan uitgroeien tot hét kenniscentrum herinnering WOII.
- Participatie Int. Taskforce for cooperation on Holocaust Education, Remembrance and Research.

3. Parlementair

- Lijn vorige Kabinetten: pensioen- en uitkeringswetten worden niet meer veranderd
- Op het domein oorlogsgetroffenen wordt door de Tweede Kamer met één mond gesproken. Uitzondering zomer 2011: stemming over (niet aangenomen) motie Dijkstra voor nader onderzoek rond 'Indische kwestie' (backpay).
- Tweede Kamer-brief 25/1/2012: Veelheid aan herdenkingen (div. data, gebeurtenissen, locaties) komen samen bij de herdenking op 4 mei. Twee bovenregionale herdenkingen, Holocaust Memorial Day (27 jan) en de herdenking van de capitulatie van Japan (15 aug) geven (extra) betekenis aan de 4^e mei en zijn geborgd voor de toekomst (organisatorische ondersteuning door Nationaal Comité 4 en 5 mei).

4. Aandachtpunten

- Gevolgen voor programma-uitgaven van mogelijke pensioenkortingen.
- Het proces van organisatorische bundeling van WO II-organisaties (continuïteit!) ver gevorderd maar nog niet geheel afgerond (o.a. toekomst Pelita en Cogis).
- Doorontwikkeling Indisch Herinneringscentrum Bronbeek (IHCB) op landgoed Bronbeek.

- Het Indisch Platform zal in een "nieuwe" Kamer andermaal de 'back pay' agenderen.
- Afwikkeling rechtsherstel Sinti en Roma (ca. € 4,5 mln. geormerkt programmaged).

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

Aanwezigheid bij herdenkingen en bijeenkomsten.

7. Geweld in afhankelijkheidsrelaties (GIA)

Directies: DMO en Jeugd

1. Korte inleiding van het dossier

Het GIA-beleid richt zich op het versterken van de positie van slachtoffers van geweld in huiselijke kring en van geweld binnen professionele (zorg)relaties en het terugdringen van deze vormen van geweld. Het gaat hierbij om onder andere partnergeweld, kindermishandeling, ouderenmishandeling, eengerelateerd geweld, seksueel misbruik, vrouwelijke genitale verminking en huwelijksdwang. Er wordt uitgegaan van één benadering bij de aanpak van alle vormen van GIA, namelijk de ketenaanpak. Deze ketenaanpak bestaat uit: voorkomen – signaleren – stoppen (inclusief opvang) – schade beperken (inclusief nazorg). Waar nodig worden specifieke acties ingezet. Het beleid van VWS richt zich op het versterken van de rol van burgers, professionals en gemeenten en de samenwerking binnen de ketenaanpak.

2. Stand van zaken

- Het thema ouderenmishandeling was onderdeel van het Regeerakkoord van het vorige Kabinet. Daarvoor is een actieplan 'Ouderen in veilige handen' opgesteld dat loopt tot en met 2014.
- Lange termijn (2015): De rol van gemeenten voor geweld in afhankelijkheidsrelatie wordt versterkt met de wetwijziging Wmo en de voorziene decentralisatie van de jeugdzorg. De wetwijziging Wmo houdt in dat één van de prestatievelden (nr. 7) wordt aangepast, zodat duidelijk wordt dat GIA-beleid meer is dan het voorzien in opvangplekken. Tevens gaat de compensatieplicht (plicht voor gemeenten om 'beperkingen' te compenseren) ook gelden voor geweld in huiselijke kring. Het verdeelmodel van de decentralisatie-uitkering vrouwenopvang wordt aangepast. Centrumgemeenten vrouwenopvang gaan regiovisies 'Geweld in huiselijke kring' opstellen. Het Rijk voorziet via pilots in de opvang van specifieke groepen (mannen, slachtoffers van eengerelateerd geweld en mensenhandel). De bedoeling is om met een zorgvuldig overgangstraject de opvang van specifieke groepen te decentraliseren naar gemeenten. Er komt één frontoffice voor geweld in huiselijke kring (i.p.v. apart voor huiselijk geweld en kindermishandeling) met één landelijk gratis telefoonnummer.
- Begroting 2013: Er is een bedrag van (structureel) € 12,5 mln. beschikbaar voor de brede ketenaanpak van GIA en daar bovenop € 3 mln. voor aanpak ouderenmishandeling en € 1,1 mln. voor kindermishandeling.
- Europa: Er wordt gewerkt aan de ratificatie van het Raad van Europa verdrag 'Geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld'. Naar verwachting kan dit verdrag in 2014 worden geratificeerd.

3. Parlementair (wat onderstreept is ligt in de Kamer)

- In oktober gaat de eerste voortgangsrapportage GIA naar de Tweede Kamer. Hierin wordt over de voortgang van alle GIA-dossiers in samenhang gerapporteerd. Het zal gaan over de uitwerking van de beleidsbrief Geweld in afhankelijkheidsrelaties van 14 december 2011 en van actieplannen op terreinen van kindermishandeling, ouderenmishandeling en beperkt weerbaar (gehandicapt). Vanaf 2012 tot en met 2014 loopt de publiekscampagne geweld in huiselijke kring: 'Een veilig thuis. Daar maak je je toch sterk voor!'. Op 8 oktober 2012 is het rapport van de commissie Samson uitgebracht over seksueel misbruik in jeugdzorginstellingen. Het Kabinet komt in oktober met reactie in de voortgangsrapportage GIA. De Taskforce kindermishandeling en seksueel misbruik onder leiding van burgemeester Van der Laan is ingesteld. De Taskforce monitort de uitvoering van het actieplan Kinderen Veilig en jaagt acties aan.
- Het wetsvoorstel Verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling is in oktober 2011 ingediend bij de Tweede Kamer). De wet gaat organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaren in verschillende sectoren verplichten om te beschikken over een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. De meldcode maakt voor professionals duidelijk welke stappen zij moeten zetten bij (vermoedens van) huiselijk geweld en

kindermishandeling. Op 8 oktober 2012 is een nota van wijziging van het wetsvoorstel verstuurd aan de Tweede Kamer.

4. Aandachtspunten

Veldpartijen vragen om een nationaal actieprogramma huiselijk geweld (een rijksbrede aanpak met één visie). VWS, V&J, OCW en BZK werken sinds 2011 samen in een rijksbrede aanpak GIA. Het accent bij de verschillende departementen ligt respectievelijk op slachtoffers, daders, preventie en huwelijksdwang.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

Mogelijk wordt het wetsvoorstel Verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling op korte termijn in de Tweede Kamer behandeld.

8. Ratificatie VN-verdrag Handicap

Directie: MO

1. Korte inleiding van het dossier

De VN heeft op 13 december 2006 het Verdrag Handicap opgesteld; een mensenrechtenverdrag voor personen met een beperking. Het verdrag beoogt mensen met een beperking goed te laten participeren in de maatschappij. Nederland heeft het verdrag in 2007 ondertekend. Met de ondertekening van het verdrag heeft Nederland de verplichting op zich genomen om een ratificatieprocedure te starten en ook met de vorming van nieuw beleid te bezien in hoeverre dit in lijn is met de rechten en verplichtingen die het verdrag geeft.

2. Stand van zaken

De juridische gevolgen van ratificatie zijn helder, de financiële consequenties vragen nog om nader onderzoek. Op dit moment wordt een impactanalyse uitgevoerd door SEOR naar de financiële en economische gevolgen van de ratificatie. Dit onderzoek is februari 2013 gereed. De uitkomsten hiervan zullen worden verwerkt in de financiële paragraaf van het wetsvoorstel tot invoering van het verdrag dat tezamen met het wetsvoorstel tot goedkeuring van het verdrag ter besluitvorming aan het Kabinet zal worden voorgelegd.

De EU heeft het verdrag geratificeerd, evenals 20 lidstaten (7 lidstaten, waaronder Nederland, nog niet). Ook op grond van Europese regelgeving wordt in Europees verband gewerkt aan de verbetering van de positie van mensen met een beperking: regelgeving in het kader van de interne markt en gelijkebehandelings-richtlijnen. Tenslotte wordt in EU-verband gewerkt aan de verwezenlijking van de Disability Strategy 2010-2020. De Europese Commissie heeft de Disability High Level Group (DHLG) als expertcomité ingesteld voor gedachtewisseling met vertegenwoordigers van de lidstaten en met organisaties van mensen met een beperking over deze terreinen. Deze DHLG komt twee keer per jaar bijeen (mei en oktober).

3. Parlementair (wat onderstreept is ligt in de Kamer)

Het vorige Kabinet (Rutte I) heeft het verdrag niet geratificeerd in verband met mogelijke financiële gevolgen. Het draagvlak bij de Tweede Kamer om te ratificeren is groot. Sinds Nederland het verdrag in maart 2007 heeft ondertekend, heeft de Tweede Kamer voortdurend aangedrongen op spoedige ratificatie. In de brief (TK 2011-2012, 29355, nr. 53) van 7 november 2011 is de Tweede Kamer geïnformeerd over de stand van zaken op dit dossier.

4. Aandachtspunten

Dilemma bij dit dossier is dat enerzijds de verwachtingen van het veld over spoedige invoering hooggespannen zijn en de internationale druk over het VN-verdrag groot is terwijl er anderzijds aarzeling is vanwege (mogelijk) financiële gevolgen. Het maatschappelijk middenveld is heel nauw betrokken bij dit proces en dringt al jaren aan op ratificatie. Ook VNO-NCW staat positief tegenover ratificatie, maar houdt daarbij uiteraard ook in de gaten wat de gevolgen zijn voor het bedrijfsleven. Indien Nederland dit verdrag niet ratificeert, kan bij het maatschappelijk middenveld de indruk ontstaan dat Nederland de rechtspositie van mensen met een beperking en hun individuele rechtsbescherming niet wil versterken. Ook in internationaal verband (zowel in de EU als mondiaal) zal het verbazing wekken indien Nederland niet ratificeert/nog langer wacht met ratificatie.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

- Het creëren van draagvlak door het onderhouden van contacten met stakeholders op het terrein van de bescherming van de rechten van mensen met een beperking;
- Kabinetsbesluitvorming voorbereiden;
- Indien het Kabinet besluit om het verdrag te ratificeren moet een wetgevingstraject gestart worden.

9. Bovenregionaal sociaalrecreatief vervoer voor mensen met een mobiliteitsbeperking

Directie: MO

1. Korte inleiding van het dossier

Valys is de merknaam voor bovenregionaal, sociaalrecreatief vervoer voor mensen met een mobiliteitsbeperking (BRV). Het ministerie van VWS is direct beleidsverantwoordelijk voor deze voorziening en heeft voor de uitvoering een privaatrechtelijke overeenkomst met Connexxion Taxi Services. Deze overeenkomst is gesloten na een Europese aanbestedingsprocedure.

Het doel van Valys is het bevorderen van de maatschappelijke participatie van mensen met een mobiliteitsbeperking. Valys doet dit door een voorziening te bieden voor de 'missing link': de schakel tussen thuis en toegankelijk OV. Op plaatsen waar het OV nog niet toegankelijk is, biedt Valys de mogelijkheid voor mensen om bovenregionale reizen van sociaalrecreatieve aard te ondernemen zodat zij mee kunnen doen in de samenleving.

2. Stand van zaken

Structureel is er jaarlijks ruim €60 mln. beschikbaar voor het BRV. Heden is een Europese aanbesteding gaande voor de uitvoering van het BRV vanaf 1 april 2013. Deze aanbesteding is per brief van 7 november 2011 aangekondigd. De uitgangspunten van de aanbesteding en het concept Programma van Eisen zijn respectievelijk op 27 maart 2012 en 28 juni 2012 naar de Tweede Kamer verzonden. De verwachting is dat in oktober 2012 gunning zal plaatsvinden.

Per brief aan de Tweede Kamer van 11 november 2011 heeft de toenmalige staatssecretaris van VWS aangegeven dat decentralisatie van BRV naar gemeenten de meeste mogelijkheden biedt om de participatie van mensen met een mobiliteitsbeperking te bevorderen. De looptijd van de nieuwe overeenkomst is tenminste 3 jaar en 9 maanden, wat betekent dat decentralisatie op zijn vroegst op 1 januari 2017 zou kunnen plaatsvinden.

3. Parlementair

Op 19 april 2012 heeft er een Algemeen Overleg Valys / doelgroepenvervoer plaatsgevonden en naar aanleiding van dit Algemeen Overleg zijn vier moties aangenomen. Twee van de moties zijn uitgevoerd. De andere twee moties zijn nog in uitvoering. Het betreft een motie van de Kamerleden Venrooy-Van Ark (VVD) en Dijkstra (D66) om voor de begrotingsbehandeling 2013 een integrale visie op doelgroepenvervoer voor te leggen aan de Tweede Kamer. Daarnaast heeft de Tweede Kamer een motie aangenomen van de Kamerleden Wolbert en Klijnsma (beide PvdA) waarin de regering wordt verzocht heldere criteria op te stellen voor een eerlijke toewijzing van Valyskilometers. Op 23 oktober is de Tweede Kamer geïnformeerd over de invulling van deze moties.

4. Aandachtspunten

BRV is een voorziening voor een kwetsbare groep mensen. Dit betekent dat de kwaliteit van uitvoering van het vervoer een constant punt van aandacht is. Een ander punt van aandacht is de vormgeving van de toegang tot deze voorziening en de gevolgen die dit heeft voor het aantal kilometers dat pashouders jaarlijks kunnen reizen. Als laatste aandachtspunt geldt de samenhang van deze voorziening met andere (specifieke) vervoersvoorzieningen.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

- Besluiten over definitieve gunning van de opdracht;
- Kamer informeren over gunningbeslissing Europese aanbesteding;
- Kamer informeren over uitvoering van de moties Wolbert / Klijnsma en Venrooy / Dijkstra.

10. Maatschappelijke opvang/zwerfjongeren

Directie: MO

1. Korte inleiding van het dossier

Het dossier, onderdeel van de Wet maatschappelijke ondersteuning, gaat over dakloze volwassenen en jongeren waarbij sprake is van multiproblematiek (psychiatrisch, vaak licht verstandelijk beperkt, schulden, verslaving). In 2010 maakten 55.000 mensen gebruik van enigerlei vorm van maatschappelijke opvang (MO). Het gaat om kwetsbare mensen die het (tijdelijk) niet zelfstandig redden.

2. Stand van zaken

- Korte termijn: Met de G4 is in 2006 een plan van aanpak MO afgesproken. De eerste fase was gericht op het onderdak en in begeleiding brengen van mensen en heeft goede resultaten opgeleverd. De tweede fase loopt nu en is gericht op preventie en blijvend herstel. De overige centrumgemeenten hebben dit beleid ook ingezet in de vorm van 'Stedelijke Kompassen'. Dit beleid werpt vruchten af voor de cliënten zelf en de samenleving als geheel: een kosten-batenanalyse die is opgesteld laat zien dat investeren in de MO minder inzet vraagt van onder meer politie en justitie. Voor de zwerfjongeren is een ondersteuningsprogramma (2012/2013) opgezet om centrumgemeenten aan te jagen een stap vooruit te zetten in het zwerfjongerenbeleid.
- Budget: € 300 mln. per jaar in een decentralisatieuitkering voor 43 centrumgemeenten. Deze uitkering is niet als kostendekkend bedoeld: gemeenten dragen zelf ook bij.
- Europa: Feantsa (de koepel van Europese brancheorganisaties voor opvang) heeft bij de Raad van Europa een *collective complaint* ingediend inzake het vermeende 'Nederlandse beleid om dakloze mensen zonder regionale binding uit te sluiten van opvang'. In de Wmo is opgenomen dat er landelijke toegankelijkheid is voor de opvang. Veel centrumgemeenten hanteren regiobindingseisen om zo cliënten uit hun eigen regio te kunnen helpen (kans van slagen is dan groter). Dat is niet problematisch, zolang een cliënt zonder regiobinding maar 'warm' wordt overgedragen naar de voor hem meest aangewezen regio. Wanneer een cliënt als gevolg van de regiobindingseis tussen wal en schip valt, wordt niet meer voldaan aan de wettelijke eis van landelijke toegankelijkheid en grijpt VWS in. Feantsa stelt dat regiobindingseisen in strijd zijn met het Europees Sociaal Handvest. De behandeling van deze klacht is vermoedelijk eind 2012.

3. Parlementair (wat onderstreept is ligt in de Kamer)

- Controversieel: Wijziging van de wet Maatschappelijke ondersteuning: eigen bijdrage voor de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang.
- Het thema zwerfjongeren was speerpunt van het Kabinet Rutte I. Er zijn op jaarbasis circa 8.000 zwerfjongeren. Zij hebben te maken met een cumulatie van problemen en verschillende stelsels. Er zijn verschillende handreikingen voor gemeenten ontwikkeld, een ondersteuningsprogramma voor centrumgemeenten is gestart en om de participatie van zwerfjongeren zelf te versterken is een subsidieaanvraag van United Voices (cliëntvertegenwoordiging) gehonoreerd.
- Naar aanleiding van het meest recente Algemeen Overleg zijn door de Tweede Kamer moties aanvaard over (opvang van) zwerfjongeren en over gezinnen (inclusief kinderen) in de opvang, beide in het licht van de decentralisaties van de jeugdzorg en AWBZ-begeleiding naar de Wmo.
- De Kamer is een voortgangsbrief (inzake zwerfjongeren en MO) toegezegd voor najaar 2012.

4. Aandachtspunten

- Het betreft gedecentraliseerd beleid, waarbij de centrumgemeenten verantwoordelijk zijn en de bewindspersoon systeemverantwoordelijk. De maatschappelijke opvang is een vangnetvoorziening. Veranderingen op aanpalende beleidsterreinen hebben veel invloed en

kunnen de druk op de opvang vergroten. De ambulantisering van de GGZ kan mogelijke consequenties hebben voor toekomstige 'uitval' richting MO.

- De decentralisaties naar gemeenten stellen de gemeenten in staat hun (preventieve) beleid beter vorm te geven. Gemeenten hebben nu vaak te maken met verschillende stelsels. Dat maakt het voeren van regie door gemeenten lastiger.
- De verhoudingen met de VNG en de Federatie Opvang op dit dossier zijn constructief.

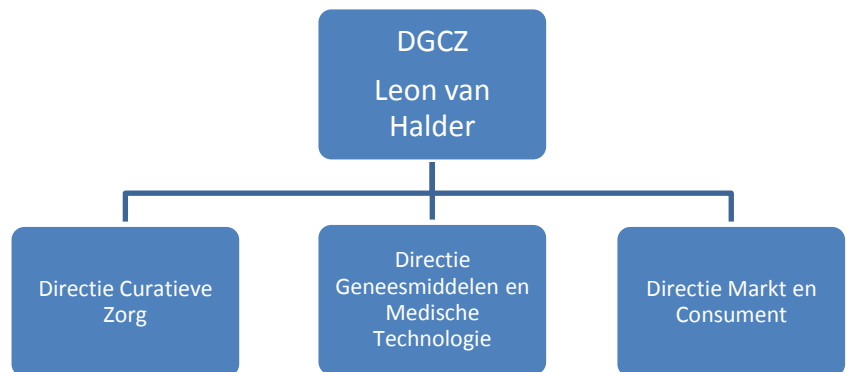
5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

De Kamer is een voortgangsbrief (inzake zwerfjongeren en MO) toegezegd voor najaar 2012.

C. Directoraat-generaal Curatieve Zorg



Drs. L.A.M. (Leon) van Halder
Directeur-generaal Curatieve Zorg



Inleiding Directoraat-generaal Curatieve Zorg

De directeur-generaal curatieve zorg (DGCZ) is verantwoordelijk voor het beleid op het gebied van de curatieve zorg in ruime zin. Dit betreft onder meer de ziekenhuiszorg, de (kortdurende) geestelijke gezondheidszorg, de huisartsenzorg, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen en voor de inrichting en werking van het premie- en verzekeringstelsel voor deze zorg. Onder de DGCZ vallen de directies Curatieve Zorg (CZ), Geneesmiddelen en Medische Technologie (GMT) en Markt en Consument (MC). Daarnaast vallen diverse activiteiten van de directies Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt (MEVA) en Zorgverzekeringen (Z) onder verantwoordelijkheid van de DGCZ (deze directies vallen formeel in de kolom van de DG Langdurige Zorg).

Directie Curatieve Zorg (CZ)

Directeur CZ: Veronique Esman-Peeters

De directie Curatieve Zorg streeft naar een kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar aanbod van curatieve zorg in Nederland. De directie is, vanuit het perspectief van het zorgaanbod, verantwoordelijk voor de inrichting en werking van het zorgstelsel met als doel verbetering van de kwaliteit van leven van de burger. Daarbij gaat het om het creëren van de financiële, bestuurlijke en juridische randvoorwaarden om de zorgverlenings- en inkoopmarkt optimaal te laten functioneren.

Directie Geneesmiddelen en medische technologie (GMT)

Directeur GMT: Hugo Hurts

Geneesmiddelen, medische hulpmiddelen, bloedproducten, menselijke weefsels en organen, radiotherapie. Allemaal producten die van wezenlijk belang zijn voor de gezondheidszorg. GMT streeft naar het waarborgen van de toegankelijkheid van veilige en effectieve medische producten. Voorwaarden zijn een maatschappelijk aanvaardbare prijs, doelmatigheid en ruimte voor innovatie. Ook wordt beleid gevoerd op veilig gebruik van medische producten. De directie schept de juridische, bestuurlijke en financiële (rand)voorwaarden. Omdat de regelgeving over kwaliteit en veiligheid van medische producten vrijwel geheel op Europees niveau wordt gemaakt, is GMT deels internationaal georiënteerd.

Directie Markt en Consument (MC)

Directeur MC: Ruby Hoogerboord

De directie Markt en Consument (MC) staat voor een sterke positie voor consumenten in zorg en maatschappelijke ondersteuning en voor ruimte en rekenschap voor de partijen die deze (jeugd-) zorg en ondersteuning leveren. Daartoe geeft MC vorm aan de stelsels voor zorg en ondersteuning en aan ordening van de markt. Met deze opdracht raakt MC de beleidsthema's van praktisch alle directies binnen VWS. Goed bestuur, goed (intern en extern) toezicht, kwaliteit, transparantie, alsmede klachtbehandeling en kostenbewustzijn, ook bij de gebruiker, zijn de belangrijkste thema's

waar MC zich mee bezighoudt. Tegelijk heeft MC de opdracht om een aanzet te geven om voor het hele departement en de satellieten de complexiteit te reduceren van de aansturing van het zorgstelsel (project DAZ) en de informatiehuishouding in het zorgdomein op orde te brengen (project Prio).

Overzicht kern dossiers Directoraat-generaal Curatieve Zorg

Voor het Directoraat-generaal Curatieve Zorg zijn twaalf kern dossiers geselecteerd die nader worden toegelicht.

Dossier	Directie
11. Zorg en ondersteuning in de buurt	Curatieve zorg
12. Bestuurakkoord GGZ	Curatieve zorg
13. Medisch specialisten	Curatieve zorg
14. Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg	Curatieve zorg
15. Convenant Huisartsenzorg 2012/2013	Curatieve zorg
16. Uitkomstbesteding	Curatieve Zorg
17. E-health/ Landelijk Schakelpunt	Macro-economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt.
18. Positie patiënten, kostenbewustzijn en klachtenbehandeling	Markt en Consument
19. Risicoverevening	Zorgverzekeringen
20. Het verzekerde pakket	Zorgverzekeringen
21. Eigen bijdrage(n)/ eigen risico	Zorgverzekeringen
22. a. Voorwaardelijke toelating en financiële arrangementen en b. Vrije prijzen farmacie	Geneesmiddelen en Medische Technologie

11. Zorg en ondersteuning in de buurt

Directies: CZ, PG, MO, LZ

1. Korte inleiding van het dossier

Zorg en ondersteuning in de buurt neemt als uitgangspunt de wens van mensen om, ook als ze ouder en minder gezond zijn, zoveel en zolang mogelijk in hun eigen omgeving te kunnen blijven functioneren, thuis te kunnen blijven wonen en te kunnen participeren in de maatschappij. Andersom is dat ook nodig: zowel om de zorguitgaven beter te kunnen beheersen en de houdbaarheid te verbeteren als vanuit kwaliteitsoogpunt: door mensen zo lang mogelijk gezond en zelfredzaam te houden kunnen ze beter en langer participeren in de maatschappij, wat de kwaliteit van leven doorgaans ten goede komt.

Zorg en ondersteuning in de buurt strekt verder dan het curatieve domein, het vereist goede afstemming tussen generalistische zorg dichtbij, maatschappelijke ondersteuning en publieke gezondheidszorg die vanuit de gemeente wordt geleverd, langdurige zorg en medisch specialistische zorg. Dat betekent dat veel beleidsdossiers binnen verschillende directies van VWS raken aan zorg en ondersteuning in de buurt. De meest in het oog springende trajecten zijn:

- Nieuwe bekostiging huisartsenzorg en integrale zorg;
- De gemeenten-zorgverzekeraars versterken. Integrale aanpak zorg en preventie, maatwerk voor populaties;
- Scheiden wonen-zorg, extramuralisering AWBZ;
- 'Ontzorgen' door gemeenten (de Kanteling), begeleiding uit AWBZ naar Wmo, faciliteren grotere verantwoordelijkheid bij gemeenten op sociaal domein en zorg.

Bij zorgverlening die is gericht op het zo lang mogelijk gezond en zelfredzaam houden van mensen zijn veel verschillende zorg- en hulpverleners betrokken. Samenwerking staat centraal. Versterking daarvan vergt coördinatie, communicatie, regievoering en mogelijk zelfs gedeelde verantwoordelijkheid van zorgprofessionals. Zorg en ondersteuning in de buurt gaat er ook om hoe we veldpartijen voldoende comfort kunnen bieden om deze bewegingen te maken.

2. Stand van zaken

Het wegnemen van belemmeringen in de bekostiging is één van de mogelijkheden om zorg en ondersteuning in de buurt een impuls te geven. De afgelopen periode zijn meerdere rapporten afgerond, waarin uitgangspunten voor toekomstige bekostiging (van vooral huisartsen- en ketenzorg) worden geschetst.

- Eindrapport evaluatiecommissie Integrale Bekostiging van zorg voor chronisch zieken
- NZa marktscan Ketenzorg
- NZa advies bekostiging huisartsenzorg en integrale zorg
- NZa advies substitutie van zorg

Deze rapporten hebben diverse aanknopingspunten opgeleverd die gebruikt kunnen worden bij de vormgeving van een nieuw bekostigingsmodel.

Daarnaast is een bestuurlijk overleg gestart, waaraan vertegenwoordigers van zorgaanbieders uit 1^e en 2^e lijn, patiëntenorganisaties en verzekeraars deelnemen. In dit overleg worden (inhoudelijke en financiële) thema's die raken aan zorg en ondersteuning in de buurt geagendeerd.

3. Parlementair

Zorg en ondersteuning in de buurt was een prioriteit van het vorige Kabinet, dit heeft o.a. geleid tot diverse adviesaanvragen bij de NZa en een akkoord met de huisartsen. Parlementair is er veel draagvlak voor versterking van zorg en ondersteuning in de buurt, over de manier waarop dit moet worden vormgegeven verschillen politiek partijen wel van mening.

Veldpartijen werken zelf ook aan het realiseren van zorg en ondersteuning in de buurt. Een concreet voorbeeld hiervan is de Agenda voor de zorg¹⁵, waarin dezelfde bovengenoemde verschuivingen als uitgangspunten worden genomen.

4. Aandachtspunten

Het onderwerp loopt mee in een bredere discussie over het 'zorglandschap', ontwikkelingen elders in de zorg kunnen van invloed zijn op de voortgang van zorg en ondersteuning in de buurt.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

Om aanpassingen per 2014 mogelijk te maken zal op korte termijn een besluit genomen moeten worden over de vormgeving van het nieuwe bekostigingssysteem voor de basiszorg.

¹⁵ Actiz, CSO, GGD Nederland, GGZ Nederland, KNMG, LHV, LVG, NPCF, NFU, NVZ, OMS, VGN, V&VN en ZN

12. Bestuurlijk akkoord GGZ

Directie: CZ

1. Korte inleiding van het dossier

Op 18 juni 2012 is een bestuurlijk akkoord GGZ (2013-2014) gesloten met een groot aantal partijen in de GGZ (zorgaanbieders, zorgverzekeraars, cliënten- en familieorganisaties). Hierin zijn zowel afspraken gemaakt over financiële beheersbaarheid van de GGZ als over een gezamenlijke inhoudelijke agenda. Door die inhoudelijke agenda worden kwaliteit van zorg en betaalbaarheid aan elkaar gekoppeld. Financieel is afgesproken om voor 2013 en 2014 op een structurele jaarlijkse uitgavengroei van 2,5% (exclusief de jaarlijkse loon- en prijsbijstelling) uit te komen.

2. Stand van zaken

Alle afgesproken onderwerpen worden op dit moment uitgewerkt. Daarbij heeft ieder zijn eigen verantwoordelijkheid (trekker of 'meewerker'). Zeer regelmatig komen alle partijen die hebben meegewerkt aan het Bestuurlijk Akkoord bij elkaar om de stand van zaken te bespreken per onderwerp. Het gaat grofweg om de volgende onderwerpen, waarbij alle noodzakelijke acties en stappen op dit moment in gang worden gezet. De inhoudelijke agenda van het bestuurlijk akkoord ziet er als volgt uit:

- Cliëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders zetten een destigmatiseringsprogramma op.
- De beroepsorganisaties van professionals en patiëntenorganisaties in de GGZ zetten, in afstemming met GGZ Nederland en andere stakeholders een ambitieus kwaliteitsprogramma op.
- Minder mensen in de kliniek; meer mensen in thuissituatie. Ambitie is om 1/3 van de bedden te verminderen (ambulantisering) in 2020 ten opzichte van 2008. Er zal tevens een technisch onderzoek worden verricht naar de voor- en nadelen van een eventuele overheveling van het AWBZ-deel van de GGZ naar de Zvw.
- Cliëntenorganisaties zetten zich in om een elektronisch patiëntendossier te ontwikkelen.
- Eén taal voor kwaliteit en uitkomsten onderling vergelijkbaar.
- Bekostiging:
 1. Partijen hebben afgesproken een gezamenlijke doorontwikkelagenda te maken, die gericht is op het opnemen van zorg(vraag)zwaarte in de productstructuur.
 2. Ondersteuning huisartsenzorg door het flexibiliseren van Praktijkondersteuning Huisartsenzorg (POH-GGZ).
 3. Versterking eerstelijns GGZ: in 2014 een uniforme bekostiging met zorgzwaarte-prestaties.
 4. Voor de tweedelijns GGZ wordt per 2013 voor alle zorgaanbieders prestatiebekostiging ingevoerd op basis van de bestaande DBCs. Ten behoeve van de macrobudgettaire beheersbaarheid wordt een macrobeheersinstrument (MBI) ontwikkeld die kan worden ingezet als de groeiafspraken worden overschreden.
- Het CVZ zal in het najaar 2012 adviseren over een scherpere afbakening van de curatieve GGZ.
- Partijen zullen in 2012 plannen van aanpak opstellen voor de lange termijn voor een groot aantal onderwerpen waaronder het verminderen van de administratieve lasten, een specifiek regime ten aanzien van de groep mensen met ernstige, psychiatrische aandoeningen (EPA), het bevorderen van een verantwoord gebruik van e-mental health, opheffen tweedeling somatiek en GGZ, flexibilisering van de arbeidsmarkt en de ontwikkeling van topzorg (op basis van onderzoeken Gezondheidsraad en Institute for medical technology assessment (IMTa)).

3. Parlementair

Het Bestuurlijk Akkoord maakt deel uit van het Begrotingsakkoord. De Tweede Kamer stelde als voorwaarde voor de invoering van prestatiebekostiging GGZ het opstellen van een inhoudelijke agenda. Dit heeft geresulteerd in het Bestuurlijk Akkoord GGZ.

4. Aandachtspunten

De uitwerking van het Bestuurlijk Akkoord GGZ is fors. Het vergt een grote inspanning van partijen waarin op een aantal onderdelen nog nadere inhoudelijke afspraken moeten worden gemaakt, bijvoorbeeld de zorgzwaarte in de tweedelijns GGZ en de producten van de Basis GGZ. Er is breed draagvlak in het veld voor het bestuurlijk akkoord. Partijen zijn druk bezig met de verdere uitwerking van het bestuurlijk akkoord. Er vindt ieder kwartaal bestuurlijk overleg plaats over de voortgang. Bij het onderwerp ambulantisering is het essentieel dat partijen die een rol hebben in het ambulantiseringstraject ervan doordrongen zijn dat ambulantisering niet alleen bezuinigingsoperatie is, maar dat het vooral voor de kwaliteit van leven van de patiënt essentieel is om aan de maatschappij deel te nemen. Gemeenten, schuldhulpverlening, woningbouwcorporaties, UVW, politie, justitie en zorgverzekeraars hebben allen een rol in het ambulantiseringstraject. De baten en (verschuiving van) kosten van ambulantisering, evenals ieders verantwoordelijkheden, zullen daarom goed in kaart moeten worden gebracht, zodat een ieder ook weet waarom inzet hiervoor essentieel is. Andere departementen hebben daarom ook een rol. BZK (wonen – woningbouwverenigingen, - huursubsidies, gemeentefonds), VNG (AMW, begeleiding, sociale diensten), SZW (werken – UVW – schuldhulpverlening – bijstand), V&J (veiligheid – forensische zorg), FIN en AZ.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

De uitwerking van het Bestuurlijk Akkoord GGZ zal moeten worden voortgezet.

13. Medisch Specialisten

Directie: CZ

1. Korte inleiding van het dossier

Convenant en beheersmodel

In 2011 hebben VWS, Orde van medisch specialisten en Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) voor de periode 2012 tot en met 2014 een convenant gesloten met betrekking tot de (vrijgevestigd) medisch specialisten. Directe aanleiding waren de grote overschrijdingen en naventante kortingen in de periode vanaf 2008. Afspraken in het kort:

- Macro beschikbaar bedrag van circa 2 mld. euro; plus 2,5% volumegroei per jaar
- Invoeren beheersmodel; behelst het bepalen van een maximum honorariumplafond per instelling (ziekenhuizen en zbc's) voor vrijgevestigd medisch specialisten. Door de honorariumplafonds rond te rekenen met het beschikbare macrokader worden overschrijdingen tegengegaan.
- Van de macroruimte wordt een door VWS bepaald percentage ingehouden. Instellingen kunnen (alleen mét handtekening verzekeraar) aanspraak maken op een gedeelte van die zogenaamde 'schuifruimte'. Dit bevordert de dynamiek in het beheersmodel: zorgverzekeraars kunnen in het kader van selectieve inkoop ervoor kiezen individuele instellingen geen extra ruimte te geven, of in andere gevallen juist veel extra ruimte. Met de schuifruimte kan ook ruimte worden geboden aan nieuwe, startende instellingen.
- Doelmatig voorschrijven doelstelling € 30 mln. euro; in het convenant is opgenomen dat bij niet realiseren van deze doelstelling een korting kan worden opgelegd op het kader specialisten.
- Invoeren van integrale tarieven in 2015; hierbij komt er kort gezegd één betaaltitel dat zowel de ziekenhuiskosten als de specialistenhonoraria bevat.

Commissie inkomens medisch specialisten en onderzoek inkomens

Naar aanleiding van het Lenteakkoord heeft de commissie Meurs beleidsopties geïnventariseerd waarmee de norminkomens van medisch specialisten (in loondienst en vrijgevestigd) meer in lijn gebracht zouden kunnen worden met hun collega's in andere landen. Tevens heeft SEO in opdracht van VWS een internationaal vergelijkend onderzoek gedaan naar de inkomens van Nederlandse medisch specialisten. Beide rapporten zijn begin oktober 2012 opgeleverd.

Uit het SEO-rapport blijkt dat het gemiddelde inkomen van medisch specialisten in loondienst internationaal gezien tot de middenmoot behoort. De inkomens van vrijgevestigde specialisten behoren internationaal gezien tot de hoogste, niet alleen in internationaal perspectief maar ook in vergelijking met hun Nederlandse collega's in loondienst. Deze laatste conclusie houdt volgens het SEO-onderzoek ook stand na de recente tariefkortingen en onder het huidige beheersmodel. Uit het onderzoek blijkt wel dat het verschil van de Nederlandse vrijgevestigde specialisten met hun buitenlandse collega's minder groot is dan bleek uit eerder verschenen, onbewerkte gegevens van de OESO.

Het commissierapport schetst drie aangrijpingspunten voor beleid: maatregelen betreffende het inkomen van de medisch specialist, maatregelen aangaande de arbeidsverhouding (bijvoorbeeld verplichten van vrijgevestigde specialisten om in loondienst te gaan), en maatregelen op het gebied van de tarieven, waaronder onder meer de introductie van integrale tarieven, de beleidsoptie die volgens de commissie de meeste kansen biedt.

De drie beleidsopties zijn getoetst op de gevolgen voor de inkomensontwikkeling van de individuele medisch specialist, maar ook op het effect op de productieprikkel (en langs die weg op de totale uitgaven aan medisch specialistische zorg). Aanvullend is getoetst op de publieke belangen, het effect op kwaliteit en toegankelijkheid van zorg, de realiseerbaarheid van een beleidsoptie en governance-aspecten; en aan fiscale aspecten en eventuele consequenties voor de goodwill.

Mede op basis van de SEO-analyse stelt de commissie-Meurs vast dat met de invoering van het beheersmodel een belangrijke stap is gezet in de richting van matiging van inkomens van vrijgevestigd specialisten; er is sinds 2009 sprake van een omzetsdaling van bijna 20 %. De commissie adviseert dan ook dit model te blijven hanteren in aanloop naar de invoering van het systeem van integrale bekostiging. Het systeem biedt volgens de commissie een beloftevol perspectief met het oog op macrobeheersing van de kosten en kwaliteit van de zorg. De invoering van integrale bekostiging zou recht doen aan de lokale dynamiek en de noodzaak om de belangen van instelling en specialist zoveel mogelijk op een lijn te brengen. De commissie vindt het belangrijk dat juist op het niveau van het ziekenhuis afspraken gemaakt worden tussen Raad van Bestuur en medische staf over productie, kwaliteit, doelmatigheid en samenwerking met andere zorgaanbieders in het bijzonder met de huisartsen.

2. Stand van zaken

- Om de dynamiek binnen het beheersmodel te bevorderen wordt de schuifruimte, in overleg met de convenantpartners Orde en NVZ, geleidelijk verhoogd. In 2012 was de schuifruimte 3,2% van het makro-kader, in 2013 is dat 4,5%. Met deze 4,5% kunnen zorgverzekeraars in 2013 voor circa € 90 mln. euro honoraria aan productie verschuiven.
- De Orde heeft al de nodige actie ondernomen om het doelmatig voorschrijven te bevorderen. VWS zal het realiseren van de doelstelling (blijven) monitoren. Naar huidige inzichten is de concrete opbrengst nog beperkt.

3. Parlementair

Het parlement is in 2011 geïnformeerd over het afgesloten convenant en het invoeren van het beheersmodel.

4. Aandachtspunten

Het monitoren van de resultaten van doelmatig voorschrijven. Verder is relevant dat de Orde van Medisch Specialisten met alle wetenschappelijke verenigingen begin oktober het visiedocument: 'De Medisch Specialist 2015' heeft gepresenteerd. Dat rapport constateert dat specialisten op dit moment goede, toegankelijke en goedkope zorg leveren en dat er een aantal uitdagingen zijn (onder andere vergrijzing, consumentisme, nieuwe technologie) om dit peil de komende jaren te handhaven, tegen de achtergrond van een betaalbaarheidsopgave. Die uitdagingen kunnen volgens het rapport worden aangepakt aan de hand van vier 'pijlers', te weten: transparante zorg (klinische registraties, kwaliteitsindicatoren), zorg in samenhang (samenwerking 1^e lijn, taakherschikking), zorg in levensfasen (preventie, regie chronische patiënt, patiënt als mede bepaler) en doelmatige zorg (terugdringen ongewenste praktijkvariatie, kostenbewustzijn specialist).

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

- Standpunt innemen op rapport commissie Meurs.
- In gang zetten invoering integrale tarieven.

14. Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg

Directie: CZ

1. Korte inleiding van het dossier

Op 4 juli 2011 is er door VWS en de betrokken branchepartijen (NFU, NVZ, ZN en ZKN) een bestuurlijk akkoord bereikt. De gezamenlijke ambitie is om op een structurele uitgavengroei uit te komen van 2,5% exclusief loon en prijsbijstelling (incl. is ongeveer 5,3%). Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn een inspanningsverplichting aangegaan om in de periode 2012 tot 2015 de geambieerde trendbreuk ten aanzien van de huidige uitgavengroei te realiseren.

2. Stand van zaken:

De uitgaven voor de medisch specialistische zorg (exclusief vrijgevestigde medisch specialisten) zijn tussen 2005 en 2011 met circa 6% gestegen (inclusief loon- en prijsbijstelling). In het akkoord zijn de volgende bedragen afgesproken met betrekking tot de ziekenhuiszorg (circa 5%, inclusief indicatieve loon- en prijsbijstelling).

2011: 16,3 mld. 2012: 17,3 mld. 2013: 18,2 mld. 2014: 19,1 mld.

Om tot de gemaakte groeiafspraken te komen is er een inspanningsverplichting afgesproken ten aanzien van de volgende onderwerpen:

1. Selectief inkopen van zorg
 - o Contracteren op basis van prijs, kwaliteit, doelmatigheid en gepast gebruik
 - o Terugdringen van ongewenste praktijkvariatie
2. Spreiding en specialisatie van ziekenhuisfuncties,
3. Vervanging van de tweedelijns zorg naar de eerstelijnszorg waar mogelijk,
4. Afbouwen overbodige zorgcapaciteit,
5. Doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen en
6. De ontwikkeling van het veiligheidsmanagement systeem (VMS).

Alle genoemde onderwerpen zijn in beweging, maar hebben tijd nodig om tot meer resultaat te komen. Zo zal door het afbouwen van het transitie-model meer ruimte komen voor het selectief inkopen van zorg. Het transitie-model is ingesteld om in een overgangperiode van twee jaar (2012 en 2013) de technische risico's van de overgang naar prestatiebekostiging op te vangen. Het model geeft recht op een percentage van het normaal ontvangen budget. Voor de spreiding en specialisatie van ziekenhuisfuncties, substitutie, het afbouwen van overbodige zorgcapaciteit, het doelmatig voorschrijven zijn de eerste stappen gezet. In het kader van het afbouwen van onnodige zorgcapaciteit zijn zorgverzekeraars bijvoorbeeld bezig met het ontwikkelen van een visie voor de acute zorg. De ontwikkeling van het veiligheidsmanagement systeem verloopt voorspoedig. Het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen komt langzamer op gang dan verwacht (hoewel er positieve initiatieven zijn). Afgesproken is dat elk ziekenhuis per 1 januari 2013 over een geaccrediteerd VMS beschikt.

Het Hoofdlijnenakkoord wordt ingeleid door te refereren aan de invoering van prestatiebekostiging op basis van DOT-zorgproducten. Voor de periode 2012 en 2013 geldt daarbij een transitie-model. De NZa heeft op 25 juli 2012 een brief gestuurd waarin het risico wordt geschetst om financieel voordeel na te streven in de transitiebekostiging door oneigenlijk gebruik van het Zorgverzekeringsfonds. Dit kan door een 'berekende' toedeling van DOT-afspraken naar omzetjaren, bekostigingssegmenten en beheers- of transitie-model, en/of door ophoging van het schaduwbudget en/of door strategische prijsafspraken ten aanzien van de DBC-zorgproducten in het vrije en gereguleerde segment. Het is op dit moment nog te vroeg om over berekende financiële bevoordeling te spreken; dat moet blijken uit de bevindingen van de expertcommissie van Zorgverzekeraars Nederland.

3. Parlementair

Voor het vorige Kabinet waren beheerste zorguitgaven in de medisch specialistische zorg één van de speerpunten. In dat kader zijn verschillende stappen gezet om tot een verbeterd zorgstelsel te

komen. De productstructuur is vereenvoudigd, er is prestatiebekostiging ingevoerd en de ex-post-compensaties voor verzekeraars zijn of worden afgebouwd om verzekeraars te prikkelen doelmatiger zorg in te kopen. Daarnaast is een macro-beheersingsinstrument ingevoerd als ultimatum remedie om de uitgaven te beheersen. Het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord is een sluitstuk en werkt als ondersteuning van het ingezette beleid. Het akkoord zelf is niet genoemd in het Regeerakkoord Rutte I. De Tweede Kamer wordt regelmatig op de hoogte gehouden over de stand van de zorguitgaven aan de hand van de; marktscan NZa, begroting, motie Dijkstra, etc. Het laatste dat hierover naar de Tweede Kamer is gestuurd is de voortgangsrapportage naar aanleiding van de motie Dijkstra. De motie Dijkstra vraagt het Kabinet om de Tweede Kamer twee maal per jaar op de hoogte te houden van de voortgang van de invoering van prestatiebekostiging.

4. Aandachtspunten:

Regelmatig wordt er op bestuurlijk niveau met de betrokken koepels gesproken over de voortgang van de contractering, de afbouw van het transitieproces en de verschillende afspraken uit het akkoord waarvoor een inspanningsverplichting is aangegaan. Tevens wordt er nagedacht over een gedifferentieerde invulling van het macro-beheersinstrument dat als ultimatum remedium wordt ingezet bij een overschrijding van de zorguitgaven. Aandachtspunt is het versnellen van de contractering (streven is om dit voor november t-1 af te ronden) en de zorguitgaven goed monitoren om snel in te kunnen grijpen (om daarmee de inzet van het macro-beheersinstrument te voorkomen).

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

Voortzetten van afspraken Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord.

15. Convenant Huisartsenzorg 2012/2013

Directie: CZ

1. Korte inleiding van het dossier

In juni van dit jaar is het convenant Huisartsenzorg 2012/2013 getekend door de Landelijk Huisartsen Vereniging (LHV) en VWS. In het akkoord zijn afspraken gemaakt over onder andere een versterking van de zorg in de buurt, doelmatiger voorschrijven van medicijnen en over de omgang met financiële overschrijdingen.

Afgesproken is dat de huisarts een centrale rol op zich neemt bij de verdere ontwikkeling van meer zorg in de buurt. Huisartsen stimuleren daartoe de invoering van innovatieve methoden, zoals e-health en op de bevolking afgestemde openingstijden. Huisartsen zetten zich ook in om zo min mogelijk te verwijzen naar medisch-specialistische zorg. De uitgaven voor de huisartsenzorg mogen met 2,5% stijgen. Daarnaast is een groei van 0,5% beschikbaar voor meer substitutie.

Met het akkoord wordt duidelijkheid gegeven aan de stakeholders in de huisartsenzorg over het beleid van de komende jaren. Tevens is uitgesproken door VWS en de LHV dat dit convenant als startpunt gezien dient te worden voor afspraken op de lange termijn.

2. Stand van zaken

De LHV en VWS werken samen aan de uitwerking van de afspraken in het convenant. De LHV zal hiertoe een actieplan opstellen. Daarnaast zijn er gesprekken gaande met andere stakeholders om te bespreken waar mogelijkheden liggen voor samenwerking. De LHV zal de komende maanden - waar noodzakelijk in samenwerking met andere partijen - diverse projectvoorstellen opleveren.

Daarnaast zijn er afspraken gemaakt met Zorgverzekeraars Nederland en de LHV om per kwartaal de cijfers over de uitgaven van de huisartsenzorg door te nemen.

3. Parlementair

De NZa heeft recent drie rapportages opgeleverd met betrekking tot de huisartsenbesteding. Het gaat dan over het inkomens- en kostenonderzoek huisartsen, de uitvoeringstoets huisartsenzorg en integrale zorg en de uitvoeringstoets substitutie. Gezien de demissionaire status van het Kabinet toentertijd, heeft de minister in de aanbestedingsbrief aan de Tweede Kamer (22 juni 2012, kenmerk CZ-3120652), aangegeven dat de besluitvorming over deze adviezen niet in 2013 tot effect kan komen. Hiertoe wordt de NZa een aanwijzing gegeven.

4. Aandachtspunten

De ontwikkelingen in de huisartsenzorg en het convenant zijn van groot belang voor andere lopende trajecten, zoals de voortgang van de zorg in de buurt, de discussie over het 'zorglandschap' en het Bestuurlijk Akkoord in de GGZ. Ook wat betreft de ontwikkelingen op het gebied van substitutie van eenvoudige ziekenhuiszorg naar zorg in de buurt, is de inzet van de huisartsenzorg (en de financiële afspraken daarover) van groot belang.

Protesten huisartsenzorg in 2011

Op basis van overschrijdingen van het budgettaire kader in 2010 en 2011, kreeg de huisartsenzorg in 2012 een tariefkorting opgelegd van € 98 mln. (totaal kader 2011: 2,2 mld.). Huisartsen waren het oneens met deze korting en dit resulteerde in protesten. Huisartsen zijn van mening dat de overschrijdingen een gevolg zijn van het overnemen van zorg uit het ziekenhuis en dat deze substitutie altijd door VWS is gestimuleerd.

Veel projecten binnen de eerste lijn kwamen door de protesten tijdelijk stil te liggen. Met het convenant zijn de tariefkorting en de protesten weggenomen.

Uitkomsten kostenonderzoek

Ten tijde van de protesten tegen de tariefkorting was er discussie over de financiën in de huisartsenzorg. Minister Schippers heeft daarom de NZa gevraagd begin 2012 een kosten- en

inkomsonderzoek binnen de huisartsenzorg uit te voeren. Uit dit onderzoek blijkt dat de inkomsten van een huisartsenpraktijk in 2010 gemiddeld 314.000 euro per jaar bedroegen. De praktijkkosten in de huisartsenzorg bedragen gemiddeld ruim 165.000 euro. Het gemiddelde praktijkresultaat over het jaar 2010 komt daarmee op een bedrag rond 149.000 euro. De hoogte van de omzet en de kosten verschillen aanzienlijk per praktijkvorm (solopraktijken, duopraktijken, meerpersoonspraktijken en gezondheidscentra). Uit het onderzoek van de NZa bleek tevens dat het gemiddelde aantal ingeschreven patiënten per huisarts is gedaald van ruim 2.300 patiënten in 2006, naar ruim 2.100 ingeschreven patiënten in 2010. Het aantal consulten is gestegen met circa twintig procent naar bijna 8.900 consulten per jaar.

De resultaten van het onderzoek zal de NZa gebruiken om juiste tarieven te bepalen voor de huisartsenzorg. Op basis van een aangekondigde aanwijzing van VWS, zal het kostenonderzoek nog geen effect hebben in 2013.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

De bewindspersoon zal een standpunt dienen in te nemen aangaande de drie eerder genoemde bekostigingsadviezen.

16. Uitkomstbekostiging

Directie: CZ

1. Korte inleiding van het dossier

De huidige bekostiging van de curatieve zorg (m.n. de prestatiebekostiging in ziekenhuizen en GGZ) bevat een sterke volumeprikkel. Het is daarom van groot belang dat de bekostiging meer gericht wordt op het stimuleren van goede uitkomsten van medische behandeling in termen van kwaliteit en kosten: de zogenoemde uitkomstbekostiging. Op die manier kunnen aanbieders gestimuleerd worden om bijvoorbeeld minder (intensief) te behandelen, verspilling tegen te gaan, zorg te verplaatsen naar de eerste lijn en de zorg te optimaliseren in zorgketens. De veronderstelling is dat bij dezelfde zorgvraag onder uitkomstbekostiging een lager zorgvolume én doelmatiger en kwalitatief betere zorg tot stand komt dan onder de huidige bekostiging. Het is gezien de huidige ontwikkelingen in de kosten van de zorg noodzakelijk dat er op korte termijn belangrijke stappen in deze richting gezet worden.

De invoering van uitkomstbekostiging heeft consequenties voor de bekostiging van eerste en tweede lijn, voor somatiek en GGZ. Het ziekenhuis is slechts één van de schakels in de zorgketen die zou moeten bijdragen aan het maximaliseren van patiëntuitkomsten en gezondheidswinst. Juist ook de huisarts, verpleegkundige en de GGZ spelen hierin een cruciale rol. Invoering van uitkomstbekostiging vergt dan ook een sectoroverstijgende aanpak.

2. Stand van zaken

De Tweede Kamer heeft middels een motie van lid SMilde opgeroepen tot het uitwerken van een plan van aanpak voor de introductie van uitkomstbekostiging. Uitkomstbekostiging wordt in deze motie, maar ook elders, gepresenteerd als een nieuw in te zetten ontwikkeling. Er lopen echter al verschillende trajecten in Nederland die in feite al de eerste stappen richting uitkomstbekostiging zijn. Denk bijvoorbeeld aan Ketenzorg, de M&I modules bij de huisarts en de uitwisseling van ROM-gegevens in de GGZ. Er is echter nog geen sprake van een uitgekristalliseerde beleidslijn op het gebied van uitkomstbekostiging..

Hoewel uitkomstbekostiging in Nederland pas recent (politieke) aandacht krijgt, is het internationaal geen nieuw fenomeen. Om die reden is iBMG gevraagd om een rapport op te stellen met internationale voorbeelden van uitkomstbekostiging. Het rapport bevat een aantal nuttige bouwstenen: naast achttien internationale voorbeelden van uitkomstbekostiging biedt het rapport een bruikbaar theoretisch kader voor het verder introduceren van uitkomstbekostiging in Nederland.

iBMG stelt dat voor uitkomstbekostiging geen nieuwe 'grand designs' noodzakelijk zijn en dat uitkomstbekostiging beschouwd kan worden als *aanvulling op* de reeds bestaande bekostigingsmodellen (door iBMG 'basisbekostiging' genoemd).

iBMG onderscheidt daarnaast in het rapport verschillende vormen van basisbekostiging (van betaling per consult tot betaling per verzekerde per periode) en verschillende vormen van uitkomstbekostiging (van betaling per type zorgaanbieder tot een vergoeding voor alle relevante typen zorgaanbieders). Wanneer er naast een vorm van basisbekostiging een vorm van uitkomstbekostiging wordt gezet, kunnen (bijvoorbeeld via prestatieopslagen) expliciete prikkels voor kwaliteit en doelmatigheid gegeven worden. Welke combinatie van modellen het beste is, kan per sector verschillen. Van belang is het om hier te benoemen dat de prestatieopslagen voor kwaliteit niet alleen van scores op medische resultaten (uitkomstindicatoren) afhangen, maar ook kunnen afhangen van scores op structuur- of procesindicatoren.

Ook constateert iBMG dat het perspectief om tot uitkomstbekostiging te komen in Nederland gunstig is, na twintig jaar hervorming in de structuur en financiering van de curatieve zorg, waarschijnlijk gunstiger dan in andere landen. Wel ligt er nog een groot aantal vragen op tafel. iBMG geeft reeds een aantal van die vragen mee: hoe kan een win-win situatie ontstaan waarbij alle betrokkenen belang hebben bij de nieuwe bekostigingsmethode? Aan welke voorwaarden moet

worden voldaan om uitkomstbekostiging succesvol te kunnen implementeren? Welke rol spelen relevante stakeholders (beroepsgroepen, patiënten, verzekeraars, overheid)? Hoe kan consensus worden bereikt met en tussen betrokken aanbieders over gezamenlijke protocollen en werkwijzen, en over de gewenste vorm van coördinatie en afstemming? Wie investeert in gezamenlijke informatiesystemen (prestatie-indicatoren, elektronisch patiëntendossiers)? Wie levert de gegevens voor de registratie van prestatie-indicatoren en wie betaalt hiervoor? Heeft elke afzonderlijke zorgverzekeraar/ zorgaanbieder wel voldoende en de juiste gegevens om tot betrouwbare en valide prestatie-indicatoren en -metingen te komen? Wie bepaalt waar de prestatie-opslagen van afhangen?

Voor de komende tijd liggen de volgende stappen voor de hand:

- Analyseren van de internationale voorbeelden uit het iBMG-rapport en uitwerken van een aantal mogelijke scenario's voor verder introductie in Nederland;
- Een beleidslijn ontwikkelen voor de (verdere) introductie van uitkomstbekostiging in het Nederlandse zorgstelsel.

3. Parlementair (wat onderstreept is ligt in de Kamer)

Uitkomstbekostiging is middels de breed ondersteunde motie van Smilde (CDA, VVD, PVV, GL, CU, D66, SGP) door de Tweede Kamer in het najaar van 2011 op de agenda gezet. Deze motie roept de regering op om "in overleg met alle partijen te komen tot een breed gedeelde en breed gedragen visie met als uitkomst de introductie van uitkomstfinanciering uiterlijk in 2020 en de Kamer hierover vóór de volgende begrotingsbehandeling te informeren".

4. Aandachtspunten

Hoewel de introductie van uitkomstbekostiging als zodanig breed gedeeld wordt in de Tweede Kamer, is nog wel de vraag of iedereen hier hetzelfde beeld bij heeft. Belangrijke eerste stap is dus het ontwikkelen van een definitie van uitkomstbekostiging en die voorleggen aan de Tweede Kamer.

Daarnaast is het van belang de verwachtingen van de introductie van uitkomstbekostiging te toetsen in het veld en te kijken welke beelden daar leven.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

- Op korte termijn zal gestart kunnen worden met een eerste veldraadpleging (vorm nog nader te bepalen). Belangrijke stakeholders kunnen aangeven hoe zij aankijken tegen het verder uitwerken van uitkomstbekostiging als aanvulling op de reeds bestaande bekostigingsmethoden.
- Vervolgens kan kort na het aantreden van de nieuwe minister een eerste beleidslijn worden gepresenteerd aan de Tweede Kamer.

17. E-health en Landelijk Schakelpunt

Directies: CZ en MEVA

1. Korte inleiding van het dossier

E-health

In alle onderdelen van de gezondheidszorg speelt ICT een belangrijke rol; van het primaire zorgproces tot de bedrijfsvoering binnen zorgorganisaties. E-health is de toepassing van ICT ter ondersteuning of verbetering van de gezondheid of de gezondheidszorg. E-health kan de zelfredzaamheid van patiënten vergroten, maar bijvoorbeeld ook een bijdrage leveren aan het dreigende arbeidstekort. VWS vindt het belangrijk dat deze potentie van e-health ook wordt benut.

LSP

In de afgelopen jaren is gewerkt aan de ontwikkeling en invoering van het landelijk Elektronisch Patiëntendossier (EPD): via een landelijke infrastructuur – het Landelijk Schakelpunt (LSP) - kunnen medische gegevens worden uitgewisseld tussen zorgverleners.

De Eerste Kamer heeft in april 2011 de Minister van VWS gevraagd haar bemoeienis bij de ontwikkeling van het landelijk EPD te beëindigen. Het jaar 2012 is een overgangsjaar; de koepelorganisaties van zorgverleners en patiënten hebben afspraken gemaakt over een structurele doorstart van het landelijk schakelpunt.

2. Stand van zaken

E-health

De koepels van patiënten (NPCF), professionals (KNMG) en verzekeraars (ZN) hebben gezamenlijk een agenda met activiteiten opgesteld om het gebruik van e-health in de gezondheidszorg te vergroten: de 'Nationale Implementatie Agenda e-health'. VWS ondersteunt de agenda en draagt bij aan het slechten van de barrières die worden ervaren bij het opschalen van succesvolle e-health toepassingen. Bijvoorbeeld door het faciliteren van de ontwikkeling en implementatie van standaarden en het bieden van ruimte voor innovatie in wet- en regelgeving. Om meer zicht te krijgen in het gebruik van e-health toepassingen en de resultaten van het beleid te toetsen, zal VWS dit jaarlijks laten monitoren.

LSP

Per 1 januari is de verantwoordelijkheid voor de infrastructuur, het LSP, overgedragen aan de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ), een vereniging van bij de doorstart betrokken koepelorganisaties van zorgverleners. De enige betrokkenheid van VWS bij de doorstart is, behalve de bijdrage aan een project van patiëntenfederatie NPCF, de eenmalige financiering (in 2012) van het klantenloket dat door de VZVZ wordt uitgevoerd en van de (productie- en distributiekosten) van een aantal communicatiemiddelen. VWS informeert de burger -conform een toezegging aan de Tweede Kamer- middels een advertentie en een wachtkamerposter over het beëindigen van de betrokkenheid van VWS in het licht van de private doorstart van het LSP. Daarnaast heeft de VZVZ i.s.m. VWS een folder ontwikkeld over m.n. het geven (en intrekken) van toestemming voor het uitwisselen van gegevens via het LSP.

Op 26 oktober 2012 hebben Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de patiëntenfederatie NPCF, de koepels van zorgaanbieders, organisaties van apotheekeigenaren, stichting OZIS en diverse ICT-leveranciers, Nictiz en de VZVZ hebben overeenstemming bereikt over het gebruik van de landelijke zorginfrastructuur van 2013 tot 2016. Afspraken hierover worden vastgelegd in een convenant. Ook zijn afspraken gemaakt over de financiering voor de komende drie jaar.

3. Parlementair (wat onderstreept is ligt in de Kamer)

E-health

In een brief aan de Tweede Kamer van 7 juni 2012 is de visie van de minister van VWS op het gebruik van e-health beschreven. Daarin zijn ook de activiteiten van de overheid beschreven.

LSP

In het Algemeen Overleg van 4 juli 2012 is het voorstel van de minister van VWS voor

communicatie richting de burger over de toekomst van en recente ontwikkelingen rond het EPD/LSP besproken.

4. Aandachtspunten

E-health

De koepels hebben in hun agenda ambitieuze doelstellingen en activiteiten beschreven. Het is van belang gezamenlijk de aandacht voor het thema vast te houden en de voortgang van ieders activiteiten te bewaken.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

LSP

In het najaar van 2012 plaatst VWS een advertentie in de landelijke en regionale dagbladen (en een wachtkamerposter), waarmee de burgers worden geïnformeerd over het beëindigen van de betrokkenheid van VWS in het licht van de private doorstart van het LSP.

18. Positie patiënten, kostenbewustzijn en klachtenbehandeling

Directies: MC, MEVA

1. Korte inleiding van het dossier

De burger heeft vele belangen in de zorg:

- Als betaler van de zorg: via premies, belasting en eigen betalingen;
- Als gebruiker van de zorg (cliënt): de cliënt moet centraal staan in de zorg en de zorg en behandeling krijgen die het beste bij hem past. Gelet het houdbaarheidsvraagstuk ook van belang dat de cliënt een bijdrage levert aan de beheersing van de zorguitgaven door gepast gebruik te maken van de zorg;
- Als speler in het zorgstelsel: hij moet kiezen voor de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder die het beste bij hem past (vraagsturing).

Een goede positie van de cliënt is dus nodig omdat dit de effectiviteit en kwaliteit van de zorg verbetert *en* bijdraagt aan een goede werking van het huidige stelsel.

De cliënt heeft deze positie nog onvoldoende, zijn belang staat nog te weinig centraal in de zorg:

- Klachtmogelijkheden zijn onbekend en de uitkomsten beperkt;
- Cliënt is afhankelijk, heeft onvoldoende informatie en weinig regie/zeggenschap;
- Cliënt is zich niet bewust van de kosten en heeft onvoldoende instrumenten om invloed uit te oefenen op eigen zorg (bv verbeteren therapietrouw of keuze wel/niet (door)behandelen).

De cliënt staat niet alleen:

- Organisaties van patiënten- en gehandicapten (pg-organisaties) ondersteunen de cliënt om zijn rol in de zorg te vervullen en om - ondanks aandoening/beperking - maatschappelijk te participeren. Pg-organisaties ontvangen hiervoor subsidie.
- Er ontstaan, mede door ontwikkelingen rond internet, allerhande alternatieve (en modernere) 'communities' van cliënten. Deze ondersteunen de cliënt eveneens om zijn rol te vervullen en/of beter te participeren.

2. Stand van zaken

- Er is veel politieke aandacht voor de positie van de cliënt en falend klachtrecht in de zorg. Dit heeft ook geleid tot kritiek op de IGZ, die formeel geen rol heeft in individuele klachtafhandeling. Dit heeft weer geleid tot de nu lopende onderzoeken van Van der Steenhoven en Sorgdrager naar klachtafhandeling door de IGZ (zie dossier toezicht en handhaving).
- De financieringssysteem voor pg-organisaties is in 2011 ingrijpend gewijzigd. De organisaties worden gestimuleerd om meer samen te werken. Het subsidiebudget is teruggebracht van €42 mln in 2012 naar € 23 mln. per jaar in 2015. In 2013 worden de effecten van de bezuiniging voor het eerst voelbaar. Ruim 200 pg-organisaties ontvangen een instellingssubsidie.
- Het cliëntenperspectief bij professionele standaarden (zoals richtlijnen) wordt versterkt. Met het kwaliteitsinstituut bij het CVZ worden meer eisen gesteld aan professionele standaarden via het toetsingskader. Hierin staat dat de cliënt/ het cliëntenperspectief aantoonbaar betrokken moet zijn bij de ontwikkeling van de standaard. Tegelijkertijd met de standaard wordt er gerichte cliënteninformatie ontwikkeld die de mogelijkheden van de cliënt versterkt om zelf regie/eigen verantwoordelijkheid te nemen (zie dossier CVZ/kwaliteitsinstituut).
- Cliënten hebben het gevoel dat zij steeds meer moeten betalen voor minder zorg. Zie de verhoging van eigen risico/eigen betalingen. Er is een apart dossier over dit onderwerp.

3. Parlementair (wat onderstreept is ligt in de Kamer)

- In de Tweede Kamer ligt het voorstel voor een Wet cliëntenrechten zorg ter behandeling. Deze wet beoogt de positie van de cliënt ten opzichte van de zorgaanbieder te verbeteren. Het wordt bijvoorbeeld makkelijker om te kiezen voor een zorgaanbieder die het beste bij je past (recht op keuze-info) en het wordt makkelijker en effectiever om te klagen. Ook medezeggenschap en het toezicht op 'Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst

(WGBO)-rechten (instemming, privacy, dossier) worden versterkt. De zaken die met deze wet geregeld worden vormen het sluitstuk in de omslag van aanbod- naar vraagsturing. Wet cliëntenzorg is controversieel verklaard. Het is nog onduidelijk of het wetgevingstraject zal worden vervolgd. Er zijn verschillende (juridische) arrangementen mogelijk om de positie van de cliënt te versterken. Klachtrecht en medezeggenschap moeten sowieso verbeterd worden. Ook de positie van de cliënt in juridische procedures - als sprake is van een medische misser moet worden versterkt. Een deel van de regels (onder meer instemming, privacy, dossiervorming) die aangepast moeten worden staan in de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO). Dit is een onderdeel van het Burgerlijk Wetboek, wat onder het domein van het ministerie van V&J valt. VWS is van V&J afhankelijk om deze zaken te wijzigen.

- Er ligt tevens een voorstel voor een Beginselenwet AWBZ-zorg in de Tweede Kamer. Dit voorstel is geënt op afspraken met de PVV in het vorige Regeer- en Gedoogakkoord
- Bezuiniging op pg-organisaties is 'technisch' geregeld. In juni 2011 is de nieuwe subsidiesystematiek vastgesteld. In 2013 gaan de organisaties te maken krijgen met deze bezuinigingen.
- Positie van de cliënt bij professionele standaard wordt geregeld met de wetgeving ten aanzien van het Nationaal Kwaliteitsinstituut Gezondheidszorg (Kwaliteitsinstituut). Dit is breed gedragen. De pg-organisaties hebben hier een zware rol te vervullen.

4. Aandachtspunten

- VWS heeft (koepels van) patiëntenorganisaties nodig als tegenwicht tegen aanbieders en verzekeraars. Relatiemanagement en kwaliteit zijn aandachtspunten.
- Dé patiënt/cliënt bestaat niet. Beleid is vooral gericht op de kritische cliënt die zelf keuzes kan maken (of het andere uiterste: wetgeving voor dwang en drang (wet verplichte ggz, en de wet zorg en dwang (voor verstandelijk gehandicapten en dementerende ouderen)). De Tweede Kamer heeft meermalen kritiek geuit op een te algemeen cliëntenbeleid en vraagt meer aandacht voor verschillen in gezondheidsvaardigheden en gezondheidsverschillen tussen hoger- en lager opgeleiden.
- Hogere eigen betalingen leiden mogelijk tot een andere dynamiek in de spreekkamer.
- Een te grote rol voor de IGZ bij individuele klachtenafhandeling kan een contraproductief effect hebben op de gewenste cultuuromslag (dat er open over fouten wordt gepraat en dat de zorgaanbieder zich inspant om klachten zelf zo goed mogelijk op te lossen).

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

- Snel keuzes/ in gang zetten (nieuwe) wetgevingstrajecten (klachtrecht, medezeggenschap, bewijspositie juridische procedures);
- Vervolgacties n.a.v. Van der Steenhoven/Sorgdrager;
- Bij Kwaliteitsinstituut de rol van de patiënt sterk neerzetten. Patiëntperspectief benadrukken bij de eerste richtlijnen en standaarden waarbij het KI betrokken is, om de toon te zetten.

19. Titel dossier: Risicoverevening

Directie: Z

1. Korte inleiding van het dossier

De Zorgverzekeringswet legt de zorgverzekeraars een zorgplicht en een acceptatieplicht voor de basisverzekering op. Daarnaast legt de Zorgverzekeringswet een verbod op premiedifferentiatie tussen verzekerden op. Op deze manier wordt de solidariteit tussen mensen met verschillende gezondheidsrisico's vormgegeven. Door het verbod op premiedifferentiatie en de acceptatieplicht bestaat zonder aanvullend overheidsbeleid bij zorgverzekeraars een prikkel tot selectie van verzekerden met goede gezondheidsrisico's en een prikkel om de verzekerden met slechte gezondheidsrisico's te weren (risicoselectie). De overheid moet ervoor zorgen dat risicoselectie voor zorgverzekeraars niet lonend is en dat zorgverzekeraars met een ongezonde populatie niet in het nadeel zijn ten opzichte van zorgverzekeraars met een gezonde verzekerdenpopulatie. Om risicoselectie tegen te gaan, wordt risicoverevening ingezet.

Risicoverevening houdt in dat zorgverzekeraars financieel worden gecompenseerd voor verzekerden met een ongunstig risicoprofiel (bijvoorbeeld ouderen en chronisch zieken). Alle zorgverzekeraars krijgen uit het Zorgverzekeringsfonds jaarlijks een *vereveningsbijdrage*. De hoogte van deze bijdrage is afhankelijk van de samenstelling van hun verzekerdenpopulatie. In 2013 wordt op deze manier bijna 39 mld euro over zorgverzekeraars verdeeld. Het risicovereveningssysteem is primair een ex ante vereveningssysteem. Ex ante betekent dat de vereveningsbijdrage voorafgaande aan het kalenderjaar waarop de vereveningsbijdrage betrekking heeft wordt vastgesteld. Bij ex ante verevening loopt de zorgverzekeraar financieel risico op de vereveningsbijdrage.

Zorgverzekeraars worden, ex post, na afloop van het jaar, deels gecompenseerd voor de gerealiseerde zorgkosten. Deze ex post compensaties corrigeren voor onvolkomenheden in het risicovereveningsmodel of voor beperkte beïnvloedingsmogelijkheden die zorgverzekeraars hebben bij bepaalde zorgkosten. De mate waarin de ex post compensaties worden ingezet, wordt voorafgaande aan het betreffende kalenderjaar vastgesteld.

2. Stand van zaken

Op 1 oktober is de Ministeriele Regeling Risicoverevening in de Staatscourant gepubliceerd. In deze Regeling is het risicovereveningsmodel 2013 vastgelegd. Een wijziging van het besluit Zorgverzekering, met daarin de afschaffing van de ex post compensaties voor de geneeskundige GGZ, is in voorbereiding.

De ex ante risicovereveningsmodellen worden jaarlijks geactualiseerd. Ook wordt elk jaar onderzoek gedaan naar nieuwe criteria om de modellen (verder) te verbeteren. Het ex ante vereveningsmodel voor somatische kosten is goed.

De kosten van geneeskundige GGZ worden door andere kenmerken beïnvloed dan de kosten van somatische zorg, hierdoor is er een apart ex ante model voor de geneeskundige GGZ. Het ex ante model voor de geneeskundige GGZ is minder ver ontwikkeld. Dit is onder andere het gevolg van het feit dat de geneeskundige GGZ pas in 2008 is overgeheveld naar de Zvw, maar wordt ook veroorzaakt doordat kosten van psychische aandoeningen moeilijk voorspelbaar zijn.

Voor onderzoek aan het risicovereveningsmodel is jaarlijks ca € 1,5 mln. euro beschikbaar.

3. Parlementair

Het beleid van het vorige Kabinet was er op gericht zorgverzekeraars zoveel mogelijk te prikkelen tot doelmatige zorginkoop. Verzekeraars worden in 2015 volledig risicodragend, dit betekent dat de ex post compensaties in de risicoverevening in 2015 worden afgeschaft. Jaarlijks wordt een verantwoorde en betekenisvolle stap gezet in de afbouw van ex post compensaties. Tijdens het laatste Algemeen Overleg, juni 2012, is toegezegd verder onderzoek uit te laten voeren naar een aantal vereveningscriteria: een criterium gebaseerd op AWBZ-gebruik, een criterium student en een GGZ specifiek criterium gebaseerd op diagnose informatie (psychische DKG). Als gevolg van

een motie wordt de Tweede Kamer jaarlijks in juni en september geïnformeerd over het ex ante resp. ex post deel van het vereveningsmodel voor het volgende vereveningsjaar.

Binnen de Tweede Kamer is brede steun voor risicoverevening. Ook het afbouwen van ex post compensaties (om zorgverzekeraars zo veel mogelijk te prikkelen tot inkoop van doelmatige zorg) geniet brede steun. Wel worden in de Tweede Kamer regelmatig vragen gesteld over het effect van het afbouwen van ex post compensaties op de prikkel tot risicoselectie en over de relatie tussen afbouw van ex post compensaties en de positie van kleine zorgverzekeraars.

4. Aandachtspunten

Zorgverzekeraars zijn verdeeld over het afschaffen van de ex post compensaties voor de somatische zorg. Zorgverzekeraars hebben geen vertrouwen in het ex ante vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ en zijn van mening dat de ex post compensaties voor de geneeskundige GGZ (nog) niet afgebouwd kunnen worden.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

Geen bijzonderheden.

20. Het verzekerde pakket

Directie: Z

1. Korte inleiding van het dossier

Doel van het verzekeringssysteem is dat alle Nederlandse ingezetenen en enkele andere groepen recht hebben op zorg, voor een redelijke prijs toegang krijgen tot noodzakelijke zorg van goede kwaliteit. Via de wettelijke afbakening van het verzekerde pakket (basispakket) is bepaald welke zorg vanuit de basisverzekering wordt vergoed.

Het parlement beslist in een jaarlijkse cyclus over de inhoud van het verzekerde pakket:

- April: Jaarlijks pakketadvies van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Het CVZ adviseert de bewindspersoon van VWS over de inhoud van het verzekerde pakket. Het CVZ toetst de zorg daarbij aan de pakketcriteria noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid.
- Mei/juni: Voorstel minister over wijzigingen in het verzekerde pakket in het daarop volgende jaar; toezending aan Tweede en Eerste Kamer.
- Voor zomerreces: Afronding besluitvorming parlement. Wijzigingen worden op basis daarvan in regelgeving vastgelegd.
- Daarna: Zorgverzekeraars stellen op basis van de wet- en regelgeving hun nieuwe zorgpolissen op (uiterlijk 19 november). Tegelijkertijd maken zij inkoopafspraken met zorgverleners.

2. Stand van zaken

Recente ontwikkelingen rond het verzekerde pakket:

- Lage ziektelast
In het vorige Regeerakkoord is bepaald dat met ingang van 2015 € 1,3 mld. aan zorg voor aandoeningen met een lage ziektelast uit het pakket verdwijnt. In december 2012 zal het CVZ hierover een rapport opleveren. Het CPB is er bij het basispad van de doorrekening van de verkiezingsprogramma's vanuit gegaan dat de bezuiniging van € 1,3 mld. wordt gerealiseerd.
- Geneeskundige GGZ
Eind 2012 brengt het CVZ een rapport uit over een nadere afbakening en doorlichting van het pakket van verzekerde geneeskundige GGZ.
- Stringent pakketbeheer
Uit het oogpunt van betaalbaarheid is pakketbeheer steeds meer gericht op het stroomlijnen van het verzekerde pakket, waarbij de vraag welke zorg vanuit het basispakket vergoed zou moeten worden centraal staat. Een stringenter invulling van het pakketbeheer kan hierbij helpen. In een advies over stringent pakketbeheer heeft het CVZ in juni 2012 geadviseerd om extra aandacht te besteden aan vormen van zorg waarbij risico's rond de betaalbaarheid, de kwaliteit en de toegankelijkheid het grootst zijn.
Eerder is de vraag opgekomen of er een bedrag per gewonnen levensjaar (QALY) kan worden vastgesteld op basis waarvan wordt bepaald welke zorg vergoed wordt. Aan het CVZ is gevraagd om het criterium kosteneffectiviteit¹⁶ bij pakketbeheer nader te operationaliseren en daarover eind 2012 te adviseren.
Bovendien wordt ook bekeken of een systematische doorlichting van het pakket, gericht op expliciete uitstroom van zorg die niet (langer) aan de pakketcriteria voldoet, toegevoegde waarde heeft en uitvoerbaar is.
- Voorwaardelijke toelating
Dit instrument is per 1 januari 2012 geïntroduceerd. Het houdt in dat een interventie waarvan de (kosten)effectiviteit (nog) niet bekend is, gedurende vier jaar voorwaardelijk tot de verzekerde zorg in het basispakket behoort. In die periode dienen gegevens te worden verzameld over de (kosten)effectiviteit. Doel is dat innovatieve behandelingen de kans

¹⁶ Bij kosteneffectiviteit wordt gekeken naar de effectiviteit van de interventie of het middel in relatie tot de kosten. Daarbij speelt bijvoorbeeld mee of het meerwaarde heeft ten opzichte van vergelijkbare interventies of middelen.

krijgen om (voorwaardelijk) tot het verzekerde pakket te worden toegelaten of dat behandelingen waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit op basis van onderzoeksresultaten uit het pakket geschrapt kunnen worden. De Taskforce Beheersing Zorguitgaven heeft geadviseerd vaker gebruik te maken van het instrument voorwaardelijke toelating bij toegang tot het pakket. Bij de invulling daarvan is het van belang een balans te vinden tussen de mogelijkheden van innovatie van de zorg die tot een opwaartse druk op de zorguitgaven kan leiden en de beoogde beheerste ontwikkeling van die zorguitgaven.

3. Parlementair

In de jaarlijkse pakketcyclus worden de voorgenomen wijzigingen in het verzekerde pakket voor het daaropvolgende jaar in het algemeen in juni met de Kamer besproken. Daarnaast wordt de Kamer geïnformeerd over adviezen van het CVZ over het systeem van het verzekerde pakket.

4. Aandachtspunten

De betaalbaarheid van de zorg is een belangrijk thema in zowel de maatschappelijke, als de politieke discussie. Dat betekent ook dat veel partijen een mening hebben over eventuele keuzes, bijvoorbeeld op het terrein van het verzekerde pakket. In het korte tijdsbestek waarin besluitvorming vaak plaatsvindt is het zaak om vanuit pakketbeheer steeds oog te hebben voor de kernprincipes van het verzekerde pakket, (ongewenste) neveneffecten en mogelijke alternatieven.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

De bewindspersoon zal een beleidsreactie moeten geven op de systeemadviezen van het CVZ over de lage ziektelast en de GGZ (beiden verwacht in december).

21. Eigen bijdragen/eigen risico

Directies: Z en MEVA

1. Korte inleiding van het dossier

Er bestaan diverse eigen betalingen voor zowel de curatieve zorg (Zvw), als de langdurige zorg (AWBZ) en de ondersteuning die plaatsvindt vanuit gemeenten (Wmo). Door eigen betalingen wordt een groter gedeelte van de zorg door de gebruiker zelf betaald in plaats van collectief. Eigen betalingen worden soms ingevoerd om het gedrag van verzekerden te beïnvloeden (remmen van niet-noodzakelijke zorg) of om verzekerden zelf te laten betalen voor dat deel van de kosten die de burger zelf ook had moeten maken zonder zijn ziekte/aandoening (besparingsmotief).

In de Zvw bestaan er twee soorten eigen betalingen: eigen bijdragen en het verplicht eigen risico. Het verplicht eigen risico geldt voor bijna alle vormen van zorg behalve de huisarts, verloskundige zorg en kraamzorg. Tot de grens van het eigen risico (2013: € 350,-) betaalt men de zorg zelf. Daarnaast gelden aparte eigen bijdragen voor specifieke zorgvormen, veelal zonder maximum. De eigen betalingen in de Zvw zijn voor iedereen hetzelfde, ongeacht het inkomen.

Wel zijn er verschillende compensatieregelingen. Afhankelijk van het inkomen worden verzekerden via de zorgtoeslag deels voor het verplicht eigen risico en de zorgpremies gecompenseerd. Het uiteindelijk te betalen eigen risico hangt daarmee af van de hoogte van het inkomen. Naast de zorgtoeslag bestaan er de compensatie voor chronisch zieken (CER, compenseert chronisch zieken voor het voorspelbaar volmaken van het eigen risico), de tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg, compenseert voor niet-zorgkosten als gevolg van chronische ziekte of handicap) en per 2013 de compensatie voor de eigen bijdrage behandeling tweedelijns GGZ. Die regelingen zijn veelal wel inkomensafhankelijk. De combinatie van vooraf te betalen nominale eigen betalingen en het later apart inkomensafhankelijk compenseren draagt bij aan het kostenbewustzijn met behoud van toegankelijkheid van de zorg.

De eigen bijdrage in de AWBZ en Wmo zijn direct inkomensafhankelijk. Cliënten in de intramurale AWBZ besparen op kost en inwoning en daar wordt bij de eigen bijdrage rekening mee gehouden. Naarmate het inkomen stijgt, stijgt de eigen bijdrage tot een maximum van € 25.600 per jaar. In de extramurale AWBZ betalen alleenstaanden rond het minimum maximaal € 157 per jaar en paren € 224. Dit loopt vervolgens (zonder maximum) op, afhankelijk van het inkomen en zorggebruik. Bij een inkomen van € 32.000 geldt bijvoorbeeld een eigen bijdrage van € 1700.

2. Stand van zaken

Zvw

Het verplicht eigen risico is in recente jaren stapsgewijs verhoogd van €150 in 2008 naar € 350 in 2013 in het Begrotingsakkoord 2013. In dit akkoord zijn tevens nieuwe eigen bijdragen ingevoerd (ligdagen en hoortoestellen) en is besloten tot een nieuwe compensatieregeling voor de eigen bijdrage GGZ.

3. Parlementair (wat onderstreept is ligt in de Kamer)

Het invoeren en/of verhogen van eigen betalingen staat sterk in de maatschappelijke en politieke belangstelling. Het gaat dan met name om de betaalbaarheid van de zorg voor kwetsbare groepen (lage inkomens, chronisch zieken, gehandicapten) en het mogelijk optreden van onbedoelde remeffecten waardoor de gezondheid kan worden geschaad en/of later hogere kosten optreden.

De Eerste Kamer heeft op 23 oktober het wetsvoorstel voor een vermogensinkomensbijtelling (VIB) voor de vaststelling van de eigen bijdrage AWBZ/Wmo aanvaard. Cliënten met vermogen maar zonder inkomen hoeven nu (nog) geen of slechts een beperkte eigen bijdrage te betalen. Door de VIB zal, bovenop de 4% van het vermogen dat nu reeds meetelt als onderdeel van het verzamelinkomen, nog eens 8% van het vermogen (box 3) van de cliënt meetellen voor het bijdrageplichtig inkomen. Aan de hand van dit bijdrageplichtig inkomen wordt de eigen bijdrage berekend.

4. Aandachtspunten

De houdbaarheid van de zorg is een belangrijk thema in zowel de maatschappelijke, als de politieke discussie. Om de kosten van de zorg in de hand te houden wordt vaak onder meer gekeken naar pakketingrepen en/of hogere eigen betalingen.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

De activiteiten die op korte termijn gedaan dienen te worden zijn sterk afhankelijk van het moment van aantreden van de bewindspersoon en de afspraken in het Regeerakkoord.

22. a. Voorwaardelijke toelating en financiële arrangementen en b. Vrije prijzen farmacie

Directie: GMT

a. Voorwaardelijke toelating en financiële arrangementen

1. Korte inleiding van het dossier

Nieuwe geneesmiddelen die recent beschikbaar zijn gekomen en waar patiënten en artsen grote behoefte aan hebben zijn vaak specialistisch, gericht op ernstige en relatief zeldzame aandoeningen en vaak zeer duur. De therapeutische meerwaarde van deze geneesmiddelen in de praktijk is vaak nog niet altijd zeker. Om snelle toegang voor patiënten te realiseren, die gepaard gaat met een verantwoorde uitgavenontwikkeling, worden deze middelen **voorwaardelijk toegelaten** tot het verzekerde pakket.

Na een periode van 4 jaar wordt de kosteneffectiviteit (verhouding tussen kosten van behandeling en de baten) van de behandeling getoetst en zal er aangetoond moeten worden of de prijs voor deze middelen gerechtvaardigd is. Als de behandeling onvoldoende kosteneffectief blijkt, kan besloten worden tot uitstroom uit het pakket of er kan een financieel arrangement gesloten worden met een fabrikant. In het geval van een financieel arrangement kunnen uitgaven aan een product gemaximeerd worden, of er wordt een prijsverlaging afgesproken met de fabrikant. Dergelijke arrangementen kunnen ook aan de orde zijn bij nieuwe geneesmiddelen met een potentieel hoog kostenbeslag (meerkosten).

2. Stand van zaken

Sinds 2006 zijn circa veertig dure geneesmiddelen voorwaardelijk toegelaten. De komende jaren zullen al deze geneesmiddelen (op t=4 jr.) herbeoordeeld worden. Eind 2011 zijn de eerste t=4 herbeoordelingen uitgevoerd door het CVZ. In een aantal waarbij inmiddels een herbeoordeling is uitgevoerd, heeft het CVZ gesteld dat de hogere geneesmiddelprijs ongunstig afsteekt tegen de mate waarin de nieuwe behandeling voorziet in betere behandeluitkomsten (kosteneffectiviteit) en daarom uitstroom uit het pakket aan de orde gesteld. In één geval is voor het mogelijke advies voor pakketuitstroom een alternatief gevonden in de vorm van een 'pay for performance' financieel arrangement waarbij de fabrikant, en niet het ziekenhuis, de kosten draagt voor het dure geneesmiddel bij patiënten waarbij het middel niet effectief blijkt te zijn.

VWS voert dit jaar ook pilots uit met financiële arrangementen bij andere geneesmiddelen waarbij een t=4 beoordeling is uitgebracht. Dit betreft o.a. de geneesmiddelen tegen de ziekte van Pompe/Fabry waarover het CVZ eerder een concept uitstroomadvies uitbracht. Een ander voorbeeld betreft een arrangement bij instream in het pakket. Bij het besluit voor opname van nieuwe anti-stollingsmedicatie in het pakket (GVS) wil VWS een prijs/volume arrangement aangaan met de fabrikant teneinde de patiënt toegang te geven tot deze innovatieve geneesmiddelen tegen maatschappelijk aanvaardbare kosten.

3. Parlementair (wat onderstreept is ligt in de Kamer)

Tijdens het Algemeen Overleg geneesmiddelenbeleid van 21 juni 2012. heeft de Tweede Kamer ingestemd met het doorgaan van de financiële arrangementen.

4. Aandachtspunten

Voorwaardelijke pakkettoelating is momenteel van toepassing op circa veertig intramurale geneesmiddelen. Afhankelijk van de uitkomst van de herbeoordeling door CVZ (t=4) van deze geneesmiddelen en het daaruit volgende CVZ definitieve pakketadvies kan een financieel arrangement aan de orde zijn. Bezien wordt hoe financiële arrangementen een structurele beleidsmatige en organisatorische plaats kunnen krijgen.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

Bezien hoe financiële arrangementen een structurele beleidsmatige en organisatorische plaats kunnen krijgen.

b. Vrije prijzen farmaceutische zorg

1. Korte inleiding van het dossier

Vanaf 1 januari 2012 maken apothekhoudenden en zorgverzekeraars afspraken over de farmaceutische zorg en de tarieven daarvoor. Het gaat om afspraken over de prijs van een geneesmiddel en de bijbehorende farmaceutische zorgverlening. Met de introductie van vrije tarieven wordt de apotheker niet slechts betaald voor het aantal verstrekkingen (het volume). Hierdoor is er een prikkel voor de apotheker om beter te presteren. Onder de oude regelgeving kreeg elke apotheek evenveel vergoed ongeacht of hij het goed deed. Stapsgewijs is het NZa-apothekerstarief flexibeler gemaakt om ook de dienstverlening apart te kunnen belonen en zijn de kortingen en bonussen afgebouwd via de geneesmiddelenconvenanten en vervolgens met door preferentiebeleid afgedwongen prijsverlagingen. Vrije prijzen en de nieuwe prestaties bieden apothekers de kans om zich te onderscheiden en het betekent dat de dienstverlening van de apotheker meer naar voren komt.

2. Stand van zaken

De farmaceutische sector staat financieel onder druk na de introductie van vrije apothekerstarieven en het continueren van het preferentiebeleid in zijn huidige vorm. Zorgverzekeraars zullen niet alleen meer op prijs moeten gaan inkopen maar ook hun verantwoordelijkheid moeten nemen voor de kwaliteit om de te verwachten financiële voordelen daarvan te kunnen incasseren.

De overgang naar vrije tarieven verloopt voor patiënten op een beheerste manier en heeft nauwelijks tot vragen van patiënten geleid.

3. Parlementair (wat onderstreept is ligt in de Kamer)

Tijdens het laatste Algemeen Overleg geneesmiddelenbeleid van 21 juni jl. heeft de minister toegezegd dat in december 2012 de NZa- marktscan voor de farmacie aan de Tweede Kamer wordt toegestuurd. Deze marktscan brengt de ontwikkelingen in de openbare farmacie in kaart na de invoering van de vrije tarieven en zal inzicht geven in de contracteergraad en de vergoedingen voor farmaceutische zorg.

4. Aandachtspunten

Voor kwalitatief goede zorg blijft het belangrijk dat zowel apothekers als zorgverzekeraars daarover met elkaar in gesprek blijven. De verwachting is dat dit de komende jaren gaat resulteren in goede contractafspraken waarin effectieve farmaceutische zorg van hoge kwaliteit centraal staat. De verandering van het puur op prijs inkopen naar het inkopen op kwaliteit van farmaceutische zorg zal nog verder gestalte moeten krijgen in contractafspraken tussen de zorgverzekeraars en apothekhoudenden.

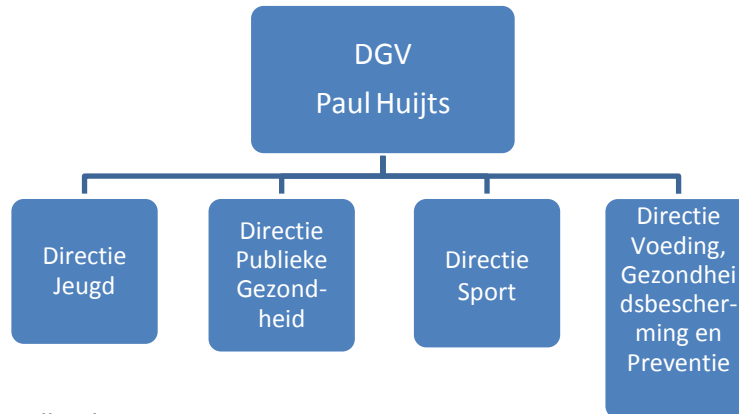
5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

Geen bijzonderheden.

D. Directoraat-generaal Volksgezondheid



Drs. P.H.A.M. (Paul) Huijts
Directeur-generaal Volksgezondheid



Inleiding Directoraat Generaal Volksgezondheid (DGV)

Deze kolom draagt verantwoordelijkheid voor het beleid rondom een veelheid aan onderwerpen. Een toelichting op de onderwerpen die binnen deze kolom vallen, treft u hieronder aan. Naast de directies die hieronder genoemd worden, valt ook het beleid rondom de beroepen- en opleidingsfondsen en de Eenheid Secretariaten Tuchtcolleges (directie MEVA/MEVA-EST), life science & health, bloed- en orgaandonatie en de veiligheid van hulp- en geneesmiddelen (directie GMT) onder deze kolom.

Directie Jeugd (J)

Directeur: Leon Wever

De directie Jeugd is onder meer belast met de eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de jeugdzorg, de opvoedingsondersteuning en de gesloten jeugdzorg. Daaronder valt ook de stelselherziening van de jeugdzorg, waarbij de ondersteuning en de zorg voor de jeugd in de toekomst wordt ondergebracht bij gemeenten.

Directie Publieke Gezondheid (PG)

Directeur: Marianne Donker

De directie Publieke Gezondheid richt zich op de bescherming van burgers tegen bedreigingen van hun gezondheid (denk aan infectieziektebestrijding), de preventie van ziekte (denk aan de screenings op o.a. baarmoederhalskanker of borstkanker en de jeugdgezondheidszorg) en het bevorderen van de algehele gezondheidstoestand van de bevolking, in samenwerking met andere overheden, maatschappelijke organisaties en de private sector. Ook is de directie stelselverantwoordelijk voor de geneeskundige hulpverlening bij crises en rampen en herbergt zij het departementale crisiscentrum. Tot slot zijn medisch-ethische vraagstukken bij de directie publieke gezondheid belegd.

Directie Sport (S)

Directeur: Bart Zijlstra

De directie Sport voert het rijksbeleid op het terrein van topsport, breedtesport en het Olympisch Plan 2028, in samenwerking met beleidspartners zoals de georganiseerde sport NOC*NSF en 75 sportbonden en gemeenten.

Directie Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie (VGP)

Directeur: Marjolijn Sonnema

Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie (VGP) is gericht op het bevorderen en beschermen van de gezondheid van de burger. Dit beleid betreft enerzijds gezonde leefstijl: alcohol, drugs en tabak, overgewicht, gezonde voeding en letselpreventie, en anderzijds voedselveiligheid en productveiligheid, waarvan crisismanagement onderdeel uitmaakt. Dierproevenbeleid is tevens een beleidsveld.

Eenheid Secretariaten Tuchtcolleges (EST)

Directeur: Sytske Boersma

De Eenheid Secretariaten Tuchtcolleges (EST) is verantwoordelijk voor kwalitatief hoogwaardige en efficiënte administratieve en juridische voorbereiding en ondersteuning van de procesgang van de beoordeling bij de tuchtcolleges gemelde klachten. De tuchtcolleges zelf zijn onafhankelijke bij de wet ingestelde organen en vormen geen onderdeel van VWS. EST is een zelfstandig organisatieonderdeel met een eigen directeur en is organisatorisch gelinked aan MEVA.

Overzicht kerndossiers Directoraat Volksgezondheid

Voor de Directoraat Volksgezondheid zijn elf kerndossiers geselecteerd die nader worden toegelicht.

Dossier	Directie
23. Gezond leven	Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie
24. Voedsel- en productveiligheid incl NWWA	Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie
25. Dierproeven en alternatieven	Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie
26. Medische-ethiek	Publieke Gezondheid
27. Infectieziektenbestrijding incl. crisisstructuur	Publieke Gezondheid
28. Lokaal gezondheidsbeleid/WPG	Publieke Gezondheid
29. Breedte sport	Sport
30. Topsport	Sport
31. Olympisch plan	Sport
32. Stelselwijziging Jeugd	Jeugd
33. Gesloten jeugdzorg	Jeugd
34. Opleidingsfonds en Fonds Ziekenhuisopleidingen (FZO)	Macro Economische- Vraagstukken en Arbeidsmarkt
35. Innovatie beroepen/taakherschikking	Macro Economische- Vraagstukken en Arbeidsmarkt
36. Veiligheid genees- en hulpmiddelen	Geneesmiddelen en Medische Technologie
37. Life Sciences & Health (LSH)	Geneesmiddelen en Medische Technologie
38. Orgaandonatie	Geneesmiddelen en Medische Technologie

23. Gezond Leven

Directie: VGP

1. Korte inleiding van het dossier

Bij het bevorderen van een gezonde leefstijl gaat het over thema's als alcohol, roken, drugs, gezond gewicht (voeding en bewegen), seksuele gezondheid en letselpreventie. Nederlanders leven steeds langer. Deze trend is gunstig, maar de verschillen in levensverwachting zijn de afgelopen jaren niet afgenomen. Juist de belangrijkste chronische ziekten van vandaag hebben veel te maken met de leefstijl van mensen. Op het gebied van een gezonde leefstijl en kwaliteit van leven is nog veel winst te behalen. Een goede gezondheid is van invloed op schoolprestaties, schoolverzuim en schooluitval en op arbeidsprestaties arbeidsproductiviteit en arbeidsverzuim. Daarmee draagt een betere volksgezondheid bij aan stijging van de welvaart en economische groei.

Het ministerie van VWS kent een diverse inzet gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl: uitvoering en handhaving van nationale en internationale wetgeving (Opiumwet, Tabakswet, Warenwet, Drank- en Horeca Wet), toepassing van actuele wetenschappelijke inzichten, monitoring, het beschikbaar stellen van betrouwbare informatie aan burgers, ondersteuning van professionals, het beschikbaar stellen van bruikbare en effectieve interventies en het stimuleren van de ontwikkeling van een gezond aanbod. Het beleid is erop gericht om de gezonde keuze de makkelijke keuze te maken. Speciale aandacht heeft het positief stimuleren van gezond gedrag en weerbaarheid van jongeren en het vroegtijdig te signaleren wanneer jongeren in problemen dreigen te raken door ongezond gedrag zodat ze gericht kunnen worden geholpen.

2. Stand van zaken

- Afgelopen jaren is er meer samenhang gebracht in het beleid en samenwerking tot stand gebracht tussen gezondheidsbevorderende instituten, o.a. via het Centrum Gezond Leven (RIVM). Er is bezuinigd op het leefstijlbeleid door te korten op subsidies voor preventieprogramma's, onderzoek en gezondheidsbevorderende instellingen. Leefstijlcampagnes zijn stopgezet.
- In 2012 is een samenhangende aanpak jeugd ontwikkeld. Naar aanleiding van het Lentepakkoord is besloten om € 26 mln. euro extra te besteden aan de bestrijding overgewicht bij kinderen. Er wordt gewerkt aan een goede invulling hiervan die de huidige inzet op een gezonde leefstijl bij de jeugd ondersteunt.
- In het voorjaar van 2012 is de 'drugsbrief' in de Tweede Kamer behandeld. Op dit moment vindt nadere uitwerking plaats van thema's als vroegsignalering, nazorg en e-health.
- De wijziging van de Drank- en Horecawet (DHW) is voor de zomer van 2012 in de Eerste Kamer geaccordeerd. De implementatie vergt de nodige aandacht onder andere door de overdracht van het toezicht naar de gemeente.
- Na de invoering van de uitzondering van de rookvrije horeca en de verhoging van de boetes, wordt nu bezien hoe bij een beperkte handhavingcapaciteit toch de naleving verder verhoogd kan worden.
- Na de zomer van 2012 is gestart met de evaluatie van het beleid gericht op letselpreventie. De evaluatie wordt in 2013 afgerond.
- In het kader van het Convenant Gezond Gewicht (TK 31 899 nr. 15) werken publieke en private partijen samen aan het realiseren van een daling van overgewicht en obesitas.
- Om de gezonde keuze makkelijker te maken, wordt het bedrijfsleven sterk gestimuleerd om via zelfregulering het productaanbod gezonder te maken (met name minder zout en verzadigd vet). De overheid ondersteunt dit proces met kennis, monitoring en communicatie. Aangekondigd is dat eind 2012 de voortgang wordt beoordeeld en zo nodig wettelijke maatregelen worden genomen (normen).

3. Parlementair (wat onderstreept is ligt in de Kamer)

- Er ligt een initiatiefwetsvoorstel van de Tweede Kamer om de leeftijdsgrens voor alcohol in 2013 te verhogen van 16 naar 18 jaar.

4. Aandachtspunten

- In 2007 is in het bestuursakkoord Rijk-Gemeenten vastgelegd dat er structureel budget voor het toezicht op de DHW beschikbaar wordt gesteld via het gemeentefonds. De behandeling van de DHW heeft langer geduurd dan vooraf ingeschat (aanvaarding EK mei 2012). Hierdoor zijn de afspraken over de financiering van het toezicht op de DHW bij gemeenten naar de achtergrond verdwenen en hebben gemeenten het idee dat zij een taak erbij krijgen zonder het bijbehorende budget.
- Met ingang van 2013 verbreedt het Trimbos-instituut haar inzet op preventie van schadelijk middelengebruik (drugs en alcohol) met tabakspreventie (gestart in 2012). Stivoro heeft bezwaar gemaakt tegen het stopzetten van subsidie vanuit VWS voor uitvoeren van tabakspreventie. De rechtszaak hierover loopt op dit moment nog.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

- Zie punt 4 hierboven.

24. Voedsel- en productveiligheid, inclusief NVWA

Directie: VGP

1. Korte inleiding van het dossier

Het beleid in het kader van voedsel- en productveiligheid is gericht op de bescherming van de consument. De wetgeving (Warenwet) bevat daarom eisen die gesteld worden aan de producten die op de markt gebracht worden. De producent is hiervoor verantwoordelijk.

De wetgeving is voor het overgrote deel Europees (meer dan 95%). De inbreng van Nederland is gericht op het produceren van veilige producten, of het vaststellen van een veilig niveau van stoffen en micro-organismen in producten of levensmiddelen. De Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit (NVWA) ziet toe op de naleving. De rijksbrede taakstelling dwingt de NVWA in samenwerking met haar opdrachtgevers tot scherpe keuzes in de uitoefening van het publieke toezicht.

Het gaat zowel om levensmiddelen als niet eetbare consumenten producten. Het betreft een breed palet aan productcategorieën. Er gelden generieke eisen die in de algemene levensmiddelenverordening en de algemene productveiligheidsrichtlijn zijn vast gelegd. Voor de meer risicovolle producten zijn specifieke veiligheidseisen in aparte verordeningen en richtlijnen vastgelegd.

2. Stand van zaken

Dit is een doorlopend dossier waarbij de veiligheidseisen continu worden aangepast aan de laatste stand van de wetenschap. Het beschikbare budget gaat naar de toezichtshouder NVWA. Verder doet het RIVM veel aan beleidsondersteuning en uitvoering van de wetgeving.

3. Parlementair

Geen bijzonderheden.

4. Aandachtspunten

Om de veiligheid van levensmiddelen en niet-levensmiddelen op een hoog niveau te houden en daar waar nodig te verbeteren, wordt ingezet op aanpassing van diverse instrumenten, waaronder regelgeving, onderzoek, adequaat toezicht en goede voorlichting/communicatie:

- Tegengaan van voedselinfecties door het in EU-verband realiseren van criteria en normen voor de aanwezigheid van pathogenen (Salmonella en Campylobacter). Beperken en terugdringen antibioticaresistente bacteriën op voedingsmiddelen.
- Aanpak/voorkomen van incidenten en crises.
- Verdere Europese harmonisatie van regelgeving voor enzymen in levensmiddelen. Conform de vereisten vanuit de EU-verordening voor additieven, bepalen van de feitelijke inname van additieven.
- Efficiënt en effectief toezicht. Vernieuwing toezicht door bijvoorbeeld gebruik te maken van informatie van bedrijven en kwaliteitssystemen.
- Herziening van het stelsel van Europese regelgeving, zodat een beter geïntegreerd systeem kan ontstaan om de veiligheid van producten in Europa te garanderen.
- Onderzoek naar risico's van nanotechnologie.
- Voorlichting aan bedrijven en consumenten over de gewijzigde gevaarsetikettering van producten. Dit voor de bescherming van de consument tegen risico's van chemische stoffen en het veilig omgaan door het bedrijfsleven met de chemische risico's van producten.
- Verdere ontwikkeling van de gesloten toezichtsketen bij importcontroles uit 3^e landen en met name China (5 jarig samenwerkingsproject VWS/NVWA met China)

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

Zie punt 4 hierboven.

25. Dierproeven en alternatieven

Directie: VGP

1. Korte inleiding van het dossier

Het dierproevenbeleid bestaat uit twee onderdelen:

1. De bescherming van de dieren die in dierproeven worden gebruikt.

Dit gebeurt middels de Wet op de dierproeven (WOD); toezicht en handhaving door de Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit (NVWA). Het Nederlandse beschermingsniveau is een leidraad geweest voor de Europese Richtlijn betreffende de bescherming van dieren die voor wetenschappelijke doeleinden worden gebruikt (2010/63/EU). Doelen van de richtlijn zijn: versterking van de bescherming van het dier, herstellen van gelijke concurrentievoorwaarden, toepassing van de 3 V's ('verfijning' van de proef, 'vermindering' van proefdiergebruik en 'vervanging' (proef zonder gebruik van proefdieren)) op de behandeling en het gebruik van dieren voor onderzoek.

In Nederland zijn in 2010 (laatste rapportage NVWA) ca. 600.000 dierproeven gedaan.

2. Het ontwikkelen van alternatieven voor dierproeven.

Dierproeven worden uitgevoerd (deels wettelijk verplicht) om de werkzaamheid en veiligheid van medicijnen, stoffen en voeding te testen. De overheid wil de ontwikkeling, acceptatie en implementatie van alternatieven stimuleren (economisch en gezondheidsbelang). Het gaat om de 3 V's. Eind 2011 is het Actieplan Dierproeven en alternatieven 2011-2021 naar de Tweede Kamer gestuurd. Het plan heeft betrekking op 7 themagebieden: onderwijs, onderzoek, kennisdeling, samenwerking, Europa en daarbuiten, de maatschappij en bovengenoemd implementatietraject. Vanaf 2012 intensivering budget oplopend tot max. € 1,0 mln. structureel extra in 2014.

2. Stand van zaken

In alle lidstaten loopt nu de uitwerking van het implementatieproces van de EU-richtlijn. In Nederland betekent dit: herziening van de WOD (wetsvoorstel) en van het Dierproevenbesluit. Een belangrijk aspect hierin is de invoering van een vergunningstelsel voor het uitvoeren van dierexperimenten, met een daarin opgenomen verdeling van taken en verantwoordelijkheden ondergebracht bij onderscheiden partijen. Vooralsnog is een Centrale Commissie Dierproeven voorzien, die een belangrijke rol speelt, en een Nationaal Comité (subcomité CCD). Daarmee komen er formele besluiten over vergunningaanvragen. Hiermee ontstaat de mogelijkheid van beroep en bezwaar en van WOB-verzoeken.

Het Actieplan Dierproeven en alternatieven 2011-2021 is begin 2012 in uitvoering genomen. Gewerkt wordt aan diverse actiepunten resulterend uit het actieplan, uit AO's en moties. Voorbeelden: uitwerking mogelijkheden monitoring, stimuleren van een methode om eerder uitgevoerde dierstudies diepgaand te analyseren (Systematic Reviews), evaluatie en advies databanken, registratie, organisatie van een dag voor onderwijsdirecteuren, versterking van het ketenproces o.a. bij de Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD).

3. Parlementair

- Na het kerstreces krijgt de Tweede Kamer het wetsvoorstel aangeboden (herziene WOD). Het besluit hoeft niet aan de Kamer te worden voorgelegd.
- De Tweede Kamer wil registratie, gestructureerde data-opslag, een soort monitoringsysteem en een sterkere internationale profilering. Gewerkt wordt aan de instelling van een proefdierambassadeur.
- Ieder jaar wordt een voortgangsbrief naar de Tweede Kamer gestuurd en is er een Algemeen Overleg (AO).

4. Aandachtspunten

Naar aanleiding van het Actieplan dierproeven en alternatieven 2011-2021 zijn toezeggingen met betrekking tot intensivering gedaan aan de Tweede Kamer. Fundamentele acties zijn inmiddels gestart.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

- Toesturen wetsvoorstel implementatie EU-richtlijn naar de MR en daarna naar de Tweede Kamer
- Verzending jaarlijkse voortgangsbrief aan de Tweede Kamer
- Mogelijk het jaarlijkse Algemeen Overleg (nog niet gepland).

26. Medische ethiek

Directie: PG

1. Korte inleiding van het dossier

De medisch-ethische dossiers die bij VWS zijn belegd gaan over dilemma's en vraagstukken die voortkomen uit de mogelijkheden die de gezondheidszorg biedt in termen van behandelmethoden en technologie en de begrenzingen die daaraan vanuit morele kaders en mensenrechtelijke beginselen soms moeten worden gesteld. Die begrenzingen worden deels in wet- en regelgeving aangebracht en zijn deels onderdeel van richtlijnen die door de betreffende beroepsgroepen zelf worden ontwikkeld, en worden - vooral naar aanleiding van nieuwe medische ontwikkelingen en maatschappelijk debat - periodiek geijkt. Dat leidt soms tot het wijzigen van begrenzingen.

In essentie gaat het daarbij om 3 soorten dossiers:

- Dossiers met betrekking tot het begin van het leven. Hierbij gaat het om zaken als de introductie van nieuwe vruchtbaarheidstechnieken, het voorkomen van het doorgeven van zeer ernstige erfelijke aandoeningen, het afbreken van een zwangerschap om redenen van medische of sociale aard, bepaalde vormen van draagmoederschap, en de informatievoorziening aan kinderen over hun biologische ouder(s).
- Dossiers met betrekking tot het zelfgekozen levenseinde. Daarbij gaat het over euthanasie, een levenseindekliniek, voltooid leven-discussies en wilsverklaringen.
- Dossiers die te maken hebben met randvoorwaarden waaronder mensen kan worden gevraagd mee te werken aan medisch-wetenschappelijk onderzoek, of bijvoorbeeld gebruik mag worden gemaakt van menselijk materiaal, waaronder embryonale (stam)cellen en foetaal weefsel, of van dierlijk materiaal (xenotransplantatie).

Omdat het vaak gaat om vraagstukken waar veel Nederlanders mee te maken hebben (de wens om gezonde kinderen te krijgen, het zelf kiezen van het levenseinde wanneer het leven een zware last is geworden), zijn dit dossiers waar een grote maatschappelijke belangstelling voor bestaat. Nieuwe ontwikkelingen en incidenten op de genoemde onderwerpen worden dan ook vaak breed in de media uitgemeten en uitgebreid bediscussieerd. In die discussies spelen principes rond autonomie, zelfbeschikking en menselijke waardigheid een belangrijke rol.

2. Stand van zaken

Op diverse thema's speelt maatschappelijk debat. In de afgelopen periode is dat met name het geval geweest rond eiceldonatie. In toenemende mate is de toepassing van de euthanasiewet een punt van aandacht, waarbij discussies over 'voltooid leven' aan dit debat een andere kleuring geven.

3. Parlementair (wat onderstreept is ligt in de Kamer)

Ter behandeling ligt in de Tweede Kamer voor een voorstel tot wijziging van de Embryowet naar aanleiding van de laatste evaluatie van deze wet. Dit voorstel beoogt de mogelijkheden om wetenschappelijk onderzoek te doen met een ongeboren kind te verruimen (bv middels echografie). Aan de Kamer is daarnaast toegezegd een voorstel tot wijziging van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (Wmo) om de condities waaronder kinderen en meerderjarige wilsonbekwamen betrokken mogen worden bij medisch-wetenschappelijk onderzoek te herzien.

Tevens is toegezegd een voorstel tot wijziging van de Wmo inzake het introduceren van de meldplicht van onverwacht ernstige bijwerkingen of een onverwacht verloop van een onderzoek met mensen. Tot slot is aan de Kamer een wetsvoorstel inzake de zeggenschap over lichaamsmateriaal toegezegd.

4. Aandachtspunten

Zie punt 3 hierboven.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

Voorstel tot wijziging van de Embryowet zal mogelijk door de Kamer geagendeerd worden.

27. Infectieziektenbestrijding incl. crisisstructuur

Directie: Publieke Gezondheid

1. Korte inleiding van het dossier

Een infectieziekte is een ziekte die wordt veroorzaakt door de aanwezigheid van micro-organismen zoals een bacterie (b.v. tuberculose) of een virus (b.v. griep). Artsen stellen bij de patiënt een infectieziekte vast en behandelen deze. De inzet van de overheid kan nodig zijn als het om meer dan de individuele patiënt gaat. De regie voor infectieziektebestrijding ligt dan, op basis van de **Wet publieke gezondheid** (Wpg) in principe op gemeentelijk niveau, waarbij de gemeenten ondersteund worden door de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD). Alleen bij zogenaamde A ziekten (zoals een griepandemie) heeft de bewindspersoon van VWS de regie; uitvoering van de bestrijding geschiedt ook dan door de gemeenten.

Het **Centrum Infectieziektebestrijding (CIb)** van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) ondersteunt de GGD en bij een dreiging of bestrijding van een uitbraak en houdt het vóórkomen van infectieziekten nationaal in de gaten. Het CIb adviseert u over het preventie- en bestrijdingbeleid. Bij een dreigende infectieziekte-uitbraak kan het CIb een multidisciplinaire groep deskundigen bijeenroepen: het Outbreak Management Team (OMT), waarvan het CIb de voorzitter is.

Het departementale crisiscentrum, geplaatst bij de directie PG komt niet alleen in actie bij uitbraken van infectieziekten maar ook bij voedselveiligheids crises en andere crises waarbij gezondheidsaspecten een rol spelen. Er is een korte introductiefilm beschikbaar over de rol van VWS bij crises.

2. Stand van zaken

De overheid wil alle kinderen in Nederland door middel van het **Rijksvaccinatieprogramma (RVP)** beschermen tegen gevaarlijke infectieziekten. Het beleid is erop gericht de vaccinatiegraad van het RVP hoog te houden (> 90%). Er komen nu nieuwe vaccins die grote gezondheidswinst opleveren, maar die niet in het RVP passen. Dit leidt tot discussie over hoe je deze vaccins binnen bereik van mensen kunt brengen en welke rol de minister hierbij heeft.

Onzorgvuldig en grootschalig gebruik van **antibiotica** vergroot het risico op resistentievorming bij bacteriën en vormt daarmee een gevaar voor de volksgezondheid. Dit geldt niet alleen voor gebruik in de humane sector (Nederland hoort op dat punt in Europa bij de best presterende landen) maar ook voor de veehouderij (en daar presteert Nederland een stuk slechter). Het ministerie van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie (EL&I) heeft daarom, in afstemming met VWS, strenge maatregelen genomen om het gebruik te verminderen en te verbeteren.

Onder andere door de Q koorts is er veel aandacht voor **zoönosen** (een infectieziekte die van dier op mens kan overgaan). In het geval van een zoönose wordt het OMT uitgebreid met experts op het gebied van dierziekten. In de afgelopen periode is sterk geïnvesteerd in samenwerking tussen de humane en veterinaire kolom.

3. Parlementair

In het parlement richt de aandacht zich met name op antimicrobiële resistentie; er zijn harde doelstellingen met de Tweede Kamer afgesproken. Daarnaast speelt ook de afwikkeling van Q-koorts, waarbij het Kabinet €10 mln. heeft toegezegd voor een fonds waaruit algemene projecten betaald zouden kunnen worden. Tot slot loopt er een door de Kamer verzocht onderzoek naar de rol van de farmaceutische industrie bij de aanschaf van vaccins tijdens de griepandemie van 2009.

4. Aandachtspunten

Geen bijzonderheden.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

In het inwerkprogramma is standaard een crisisbestrijdingsoefening opgenomen.

28. Lokaal gezondheidsbeleid en Wpg

Directie: Publieke Gezondheid

1. Korte inleiding van het dossier

Publieke gezondheidszorg is op grond van de Wet publieke gezondheid (Wpg) een gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en Rijk. De verdeling van wat decentraal en wat centraal te doen op het gebied van publieke gezondheidszorg wisselt naar de aard van de te onderscheiden taken binnen de Wpg. In de wet wordt een onderscheid gemaakt naar algemene bevorderingstaken (o.a. gezondheidsbevordering), jeugdgezondheidszorg (JGZ), ouderengezondheidszorg en infectieziektebestrijding.

In mei 2011 is de (vierjaarlijkse) landelijke nota gezondheidsbeleid verschenen. Deze nota vormt de basis voor het lokaal gezondheidsbeleid, dat de komende tijd wordt geformuleerd in de nota's gemeentelijk gezondheidsbeleid. Deze moeten in principe mei 2013 gereed zijn. Gemeenten hebben daarbij een grote beleidsvrijheid. Dit betekent dat zij in principe zelf de inhoud van hun lokale gezondheidsbeleid bepalen en hoe het wordt uitgevoerd. Het Rijk ondersteunt hen daarbij.

2. Stand van zaken

- Implementatie van de landelijke nota gezondheidsbeleid: Plan van aanpak is gereed inclusief nieuwe manieren om gemeenten te ondersteunen.
- Gezondheidsmonitors: Er is gestart met de lokale en landelijke gezondheidsmonitor volwassenen/ouderen door RIVM, Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en GGD-en. Deze gegevens komen in 2012 beschikbaar.
- Heroriëntatie positie GGD-en: De rol en positie van de GGD staat op dit moment ter discussie. Vanuit de wet moet een gemeente een GGD in stand houden maar wat de exacte taken voor gemeente/ GGDen zijn, is niet tot in de puntjes in de wet beschreven. Met als gevolg dat onder druk van de bezuinigingen bepaalde gemeenten/GGD-en taken die voorheen werden uitgevoerd nu niet of minder intensief meer uitvoeren. Voor de rijksoverheid, als hoeder van het stelsel van publieke gezondheidszorg, roept deze ontwikkeling de vraag op hoe hierop gereageerd moet worden.
- Babysterfte: In een aantal gemeenten wordt met ondersteuning vanuit het Rijk gewerkt aan het terugdringen van babysterfte. In 2013 zal hierover een bijeenkomst met de betreffende wethouders worden georganiseerd.
- Wpg 2^e tranche: Met ingang van 1 januari 2012 is de Wpg gewijzigd om aan te sluiten op de Wet veiligheidsregio's (Wvr). De GGD regio wordt hiermee congruent aan de veiligheidsregio en daarmee wordt het bestuur van deze regio verantwoordelijk voor de voorbereiding op een infectieziektecrisis. Inmiddels zijn de meeste regio's congruent, er zijn een paar gevallen waarvoor een oplossing wordt gezocht.
- Basistakenpakket JGZ: Op dit moment voert een onafhankelijke commissie onder voorzitterschap van prof. De Winter een evaluatie van het huidige basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg uit, zoals dat is vastgelegd in de wet en het besluit PG. Centrale vraag daarbij is welke preventieve gezondheidsactiviteiten door de jeugdgezondheidszorg aan ieder kind in Nederland actief moeten worden aangeboden (bijv. Rijksvaccinatieprogramma en screenings). Deze evaluatie die 1-12-2012 is voorzien, zal naar verwachting leiden tot wijziging van genoemde regelgeving en gelijktijdig met de nieuwe wet op de jeugdhulp in werking moeten treden (1-1-2015).
- Arbeid en Gezondheid: Het actieplan Gezond Bedrijf zal binnenkort in uitvoeringsfase komen en het is een joint venture van VWS/SZW. Het doel van het actieplan is werkgevers en werknemers in het MKB te stimuleren vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid de dialoog aan te gaan over inzetbaarheid en gezondheid, waarbij ondersteuning bij het bevorderen van de gezondheid wordt geboden door het verlichten van fysiek en/of psychisch zware beroepen en het stimuleren van een gezonde leefstijl.
- Gezonde wijken: Het ministerie van BZK en VWS hebben in 2007 het initiatief genomen voor het experiment Gezonde Wijk binnen de wijkaanpak. Dit experiment loopt door tot 2017. De wijkaanpak biedt een goede basis om te werken aan gezondheidsachterstanden

als onderdeel van de sociaal economische achterstandsproblematiek van mensen in aandachtswijken. Momenteel doen dertien gemeenten met aandachtswijken mee.

Budget

De financiering van het lokaal gezondheidsbeleid wordt betaald uit het Gemeentefonds. Tevens zijn er een aantal decentralisatie-uitkeringen: zichtbare schakel, gezond inde stad, deel v.d. JGZ. Vanuit het Rijk zijn er op het gebied van infectieziektebestrijding nog een aantal subsidies.

3. Parlementair

Zie 'dossier' Gezond Leven, nr. 23.

4. Aandachtspunten

Discussie Verantwoordelijkheden Rijk-gemeente

Op allerlei terreinen is er discussie over decentralisaties. Hoe je de verschillende grote decentralisaties die op stapel staan wat meer of minder kan stroomlijnen maar ook welke soort zaken je wel of niet zou moeten decentraliseren. In het domein van de publieke gezondheid speelt dit ook. Een belangrijk voorbeeld is de positie van de GGD hierin.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

Jeugdgezondheidszorg: Standpunt innemen op advies commissie De Winter over het basistakenpakket JGZ dat 1-12-2012 wordt verwacht. Vervolgens aanpassen wet en besluit PG.

29. Breedtesport

Directie: Sport

1. Korte inleiding van het dossier

Het programma Sport en Bewegen in de Buurt (SBB) ondersteunt de ambitie dat voor iedere Nederlander die dat wil een passend sport- en beweegaanbod in de buurt aanwezig is, dat bovendien toegankelijk en veilig is. Voor dat laatste is samen met de sport het actieplan 'Naar een Veiliger Sportklimaat' opgezet. Het programma SBB bestaat uit meerdere onderdelen waaronder de Buurtsportcoach en Sportimpuls. Ook wordt er gekeken naar waar wet- en regelgeving die sport belemmeren in een Taskforce onder voorzitterschap van de burgemeester van Maastricht. Naast bovengenoemde lopen ook programma's specifiek gericht op het terrein van gehandicaptensport en gezonde sportbeoefening.

2. Stand van zaken

Korte termijn: Zowel het budget voor de impuls Buurtsportcoaches als de Sportimpuls is voor 2012 reeds uitgeput. De Sportimpuls is dit voorjaar verhoogd met een geoordekt bedrag van € 2 mln. voor aanvragen specifiek gericht op het tegengaan van obesitas bij kinderen. Momenteel wordt het plan voor monitoring en evaluatie nader uitgewerkt. De projecten op het snijvlak van sport en gezondheidszorg worden momenteel in onderlinge samenhang bekeken.

Lange termijn: Er moet invulling gegeven worden aan de aanbevelingen uit de taskforce "belemmeringen Sport en Bewegen in de Buurt". Het programma SBB loopt t/m 2016, bekeken moet worden hoe hier vervolg aan gegeven wordt.

Begroting: Totaal € 86 mln. waarvan € 6 mln. tijdelijk t/m 2014 (opbrengsten vanuit de lotto), wat onder andere besteed wordt aan Sport en Bewegen in de Buurt, Gehandicaptensport en gezonde sportbeoefening

3. Parlementair

Aan de kamer is toegezegd jaarlijks een voortgangsrapportage te zenden over programma SBB. Dit najaar wordt de rapportage van de taskforce 'belemmeringen in de sport' opgeleverd aan de kamer.

4. Aandachtspunten

Het beschikbare budget na 2014 hangt voor een deel af of er een extra intensivering plaats kan vinden vanuit extra middelen uit de loterijopbrengsten. Als dat niet het geval blijkt, zullen op dat moment afspraken met de bestuurlijke partners gemaakt worden over wat de gevolgen hiervan zijn voor de verdeling van het budget binnen het programma SBB.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

De werkzaamheden van de taskforce "belemmeringen Sport en Bewegen in de Buurt" zullen naar verwachting eind 2012 zijn voltooid. Zij zullen met aanbevelingen komen. De Kamer verwacht geïnformeerd te worden over deze aanbevelingen en uw reactie hierop. Daarnaast het evalueren van de gehandicaptensport zoals de vervoersregeling.

30. Topsport

Directie: Sport

1. Korte inleiding van het dossier

VWS ondersteunt de ambitie van de georganiseerde sport om als Nederland een plaats te verwerven in de internationale top-10 voor valide sport en een top 15 klassering voor de gehandicapentopsport. Om een dergelijke topositie te bereiken ondersteunt het ministerie de Topsport programma's van NOC*NSF (inclusief de Centra voor Topsport en Onderwijs) en het Stipendia voor topsporters. Deze initiatieven gelden zowel voor de valide topsport als voor de topsporters met een beperking. Ook wordt er gewerkt aan een nieuw evenementen (- en accommodatie) beleid.

2. Stand van zaken

Korte termijn: De sport heeft begin 2012 de topsportagenda voor de nieuwe Olympische cyclus tot 2016 gepresenteerd. VWS ondersteunt de daarin gepresenteerde aanscherping van de top 10 ambitie van de sport. En daarmee dat er vanaf 2013 een nieuw geoptimaliseerd topsportbeleid geïmplementeerd wordt met meer focus op (potentieel) succesvolle sporters en takken van sport.

Middenlange termijn: Uitwerken van het nieuw evenementen (- en accommodatie) beleid.

Begroting: Totaal € 37 mln. waarvan € 4 mln. tijdelijk t/m 2014. Met de volgende verdeling: Ondersteuning Sportagenda NOC*NSF € 19 mln.; Evenementen € 9 mln.; Stipendium € 8 mln.; Dopingbestrijding €1 mln.

EU/Europa/Internationaal: Onderwerpen die spelen zijn de herziening van de WADA code; Nadere duiding Sport en Steun; Matchfixing conventie RVE; Uitkomsten expertgroep EU 'Goed bestuur' waaronder 1. Spelersmakelaars, 2. Matchfixing EU en 3. Beginselen goed bestuur in de sport.

3. Parlementair (wat onderstreept is ligt in de Kamer)

In de beleidsbrief Sport en Bewegen in Olympisch Perspectief geeft het Kabinet aan achter de ambitie van de sportsector te staan om Nederland tot de beste tien topsportlanden van de wereld te laten horen. Het Topsportbeleid is niet controversieel verklaard. Het nieuwe evenementenbeleid is gezien de demissionaire status van het Kabinet wel 'on hold' gezet om aan het volgende Kabinet over te laten.

Naar aanleiding van de invoering van de langstudeerboete zijn er recent door verschillende partijen vragen gesteld over de positie van topsporters in deze. Door de staatsecretaris van OCW is aangegeven dat er geen uitzondering voor topsporters komt. Andere onderwerpen die in de politieke belangstelling staan zijn; Goed bestuur in de sport, Matchfixing en Spelersmakelaars en transfer van jonge spelers.

Zomer 2012 is de Kamer geïnformeerd over standaardgaranties bij grote evenementen en over uitstel invoering nieuw evenementenbeleid (motie Klaver).

4. Aandachtspunten

Nationaal: In de komende maanden wordt het nieuwe evenementen beleid uitgewerkt en vraagt Topsport en onderwijs aandacht. Internationaal: zie punt 2 hierboven.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

De uitwerking van een nieuw evenementenbeleid zal aan de orde zijn en de positie van Topsport in relatie tot Onderwijs.

31. Olympisch Plan 2028

Directie: Sport

1. Korte inleiding van het dossier

Het doel van het Olympisch Plan 2028 is om Nederland naar Olympisch niveau te brengen. Speerpunten hierin zijn; inzetten op een vitale samenleving, het versterken van de economische positie van sport en topsportevenementen en het stimuleren van het topsportbeleid. Daarnaast wordt gewerkt aan de voorbereidingen om in 2016 een keuze te maken over het ontwikkelen van een bid voor de Olympische Zomerspelen in 2028.

In 2011 zijn diverse ruimtelijke studies gedaan naar de mogelijkheden voor de Olympische Spelen in Nederland. Tevens is een verkennende studie naar de maatschappelijke kosten en baten uitgevoerd. Indien Nederland een bid uitbrengt voor de Olympische Spelen zal Amsterdam als naamgevende stad optreden en Rotterdam als partnerstad.

2. Stand van zaken

Korte termijn: Met de Alliantie Olympisch Vuur wordt gewerkt aan een verdieping van de brede maatschappelijke agenda voor de periode 2012-2016.

Lange termijn: De komende Kabinetsperiode moeten belangrijke stappen worden gezet om in 2016 een besluit te nemen om een bid op de Olympische - en Paralympische Spelen voor te bereiden.

Begroting: Binnen de rijksbegroting is € 2 mln. beschikbaar voor het ondersteunen van het program office van de Alliantie Olympische Vuur en onderzoek ten behoeve van de Olympische ambitie.

3. Parlementair (wat onderstreept is ligt in de Kamer)

In 2009 heeft het toenmalige Kabinet Balkenende IV met het Kabinetsstandpunt Uitblinken op alle niveaus het Olympisch Plan 2028 omarmd. Dit plan kent acht ambities die erop gericht zijn om van Nederland een topsportland te maken. In 2011 heeft het Kabinet Rutte I de Olympische ambitie opgenomen in haar Regeerakkoord en haar inzet toegespitst in beleidsbrief Sport en Bewegen in Olympisch Perspectief.

In maart 2012 heeft de Tweede Kamer gesproken over de Olympische ambities en becijferde kosten en baten van de Spelen in 2028. In dit debat werd de motie Klaver aangenomen om de Kamer nauwgezet en volledig te informeren over de besluitvorming en kosten rondom de kandidatuur.

4. Aandachtspunten

De bewindspersoon van VWS is binnen het Kabinet verantwoordelijk voor rijksbrede afstemming van beleidsonderwerpen die relevant zijn voor de Olympische ambitie en samenwerking met de brede maatschappelijke Alliantie Olympisch Vuur. De Alliantie Olympisch Vuur zal –mede binnen de kaders van het nieuwe Regeerakkoord – een strategisch werkplan 2013-2016 opstellen.

Tevens zal volgende jaar helder worden of Rotterdam door het IOC uitgekozen wordt om de Jeugd Olympische Spelen in 2018 te organiseren. Besluitvorming over de financiële bijdrage van het Rijk aan dit evenement moet op korte termijn plaatsvinden.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

Deelname aan de Alliantie Olympisch Vuur. In december 2014 is een bijeenkomst van de Council Olympisch Vuur voorzien. Deze Council komt ongeveer twee keer per jaar bijeen en geeft richting aan het Olympisch Plan proces. Naast de minister van Sport zit ook de minister van ELI en de minister van I&M in deze Council. Andere leden zijn de voorzitters van Interprovinciaal Overleg (IPO) en VNG, de burgemeesters van de G4, de voorzitter van FNV en VNO/NCW en de voorzitters van de Onderwijsraden en het NOC*NSF. Dit onder onafhankelijk voorzitterschap van Camiel Eurlings.

VWS is de belangrijkste financier van de Alliantie Olympisch Vuur (€1 mln.). Ook andere alliantiepartners dragen bij.

Olympisch Vuur is een krachtige maatschappelijke alliantie en helpt bij de realiseren van brede sportdoelstellingen. In 2016 moet het Kabinet besluiten over deelname aan een biedingsproces voor de Olympische Spelen in 2028.

32. Stelselwijziging jeugd

Directie: Jeugd

1. Korte inleiding van het dossier

De evaluatie van de Wet op de jeugdzorg en de analyse van de Parlementaire Werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg laten belangrijke tekortkomingen van het huidige stelsel zien:

- een te grote druk op gespecialiseerde zorg;
- tekortschietende samenwerking rond kinderen en gezinnen;
- afwijkend gedrag wordt onnodig gemedicaliseerd;
- het kostenopdrijvend effect als afgeleide van deze knelpunten.

Daarom is besloten alle ondersteuning, hulp en zorg voor jeugd die nu nog valt onder het Rijk, de provincies, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en Zorgverzekeringswet (Zvw) te decentraliseren naar gemeenten. Een omslag (transformatie) is nodig naar meer preventie en eerdere ondersteuning, uitgaan van de eigen kracht van jongeren en hun ouders, problemen minder snel medicaliseren, betere samenwerking rond gezinnen en zorg op maat. De stelselwijziging is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de bewindslieden van VWS en V&J omdat ook de uitvoering van kindbeschermingsmaatregelen en reclassering wordt gedecentraliseerd naar gemeenten.

2. Stand van zaken

Het conceptwetsvoorstel Jeugdwet is vanaf juli 2012 in consultatie bij organisaties van cliënten, professionals, zorgaanbieders en bestuurlijke koepels met het verzoek vóór 18 oktober 2012 te reageren. Na verwerking van de uitkomsten, kan het wetsvoorstel na besluit van de Ministerraad voor advies naar de Raad van State. Gezien de benodigde voorbereidingstijd van gemeenten dient het wetsvoorstel uiterlijk op 1 januari 2014 in het Staatsblad te staan om invoering op de met de VNG en IPO afgesproken datum van 1 januari 2015 te realiseren. In de Transitieagenda Jeugdzorg zijn met de VNG en IPO afspraken gemaakt over een zorgvuldige overgang naar het nieuwe stelsel. De Transitiecommissie die de voortgang zal toetsen, is september 2012 gestart. Gemeenten worden bij de voorbereiding ondersteund door het met VNG en V&J ingerichte Transitiebureau Jeugd. Met de stelselwijziging jeugd is een taakstelling van (structureel) € 300 mln. gemoeid.

3. Parlementair

De stelselwijziging jeugd is *niet* controversieel. Alle verkiezingsprogramma's gaan uit van doorzetten decentralisatie naar gemeenten. Eind 2011 heeft de Tweede Kamer ingestemd met de voorstellen in de beleidsbrief 'Geen kind buiten spel'. In een Algemeen Overleg op 20 juni 2012 ingestemd met de voorgestelde uitwerking in de voortgangsbrief van april 2012. Bij brief van september 2012 is de Kamer geïnformeerd over de uitvoering van de moties en toezeggingen naar aanleiding van het gevoerde overleg.

4. Aandachtspunten

- De vormgeving van (landelijke) kwaliteitswaarborgen (in relatie tot gemeentelijke beleidsvrijheid);
- De condities van overdracht Jeugd-GGZ naar gemeenten;
- De vormgeving van het toezicht;
- De totstandkoming van bovenlokale afspraken door gemeenten;
- Afstemming met andere decentralisaties.

5. Acties bewindspersoon op korte termijn:

- Toetsen van het conceptwetsvoorstel Jeugd aan de afspraken in het nieuwe Regeerakkoord;
- Bestuurlijk overleg met de VNG en IPO over condities voortzetten stelselwijziging;
- Overleg met alle relevante partners (cliënten, professionals, zorgaanbieders) met het oog op het in stand houden van het draagvlak voor de stelselwijziging.

33. Gesloten jeugdzorg (jeugdzorg^{plus})

Directie: Jeugd

1. Korte inleiding van het dossier

Het Rijk is verantwoordelijk voor de jeugdzorg^{plus}. De overige jeugdzorg valt onder verantwoordelijkheid van de 12 provincies en 3 stadsregio's.

Jeugdzorg^{plus} instellingen bieden een intensieve vorm van gespecialiseerde jeugdzorg die start met een rechterlijke machtiging tot plaatsing in een accommodatie voor gesloten jeugdzorg. Plaatsing is nodig om te voorkomen dat jeugdigen zich onttrekken aan de zorg die ze nodig hebben of daaraan door anderen dreigen te onttrokken worden.

Jeugdzorg^{plus} bestaat sinds 2008. De aanleiding was de breed gevoelde onvrede over de samenplaatsing van civielrechtelijke en strafrechtelijke jeugdigen in de justitiële jeugdinrichtingen. Er is toen voor gekozen dat de zorg voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen in een gesloten instelling van Justitie werd overgeheveld naar een gesloten instelling in de jeugdzorg. Om deze overheveling mogelijk te maken is de Wet op de jeugdzorg aangepast. Deze wijziging is op 1 januari 2008 in werking getreden. Tot 1 januari 2010 heeft er een overgangperiode bestaan waarin jeugdigen met een machtiging gesloten jeugdzorg zowel in een gesloten jeugdzorginstelling als in een justitiële jeugdinrichting verblijven. Sinds 1 januari 2010 mag dat alleen in door VWS aangewezen instellingen.

Er zijn op dit moment 14 instellingen met in totaal bijna 1400 plaatsen. De gemiddelde verblijfsduur is 11 maanden.

2. Stand van zaken

In de loop van dit jaar starten de meeste instellingen jeugdzorg^{plus} met de implementatie van het Pilotkader zorgtrajecten. Daarmee beogen VWS en de instellingen de effectiviteit van de behandeling te verbeteren waardoor de kans op terugval veel kleiner wordt.

Deze implementatie gaat gepaard met het ontwikkelen van een behandelrichtlijn en een daarop gebaseerde trajectprijs. De huidige bekostiging is financiering van plaatsen. Daarin zit geen prikkel om ervoor te zorgen dat jeugdigen niet langer dan nodig in geslotenheid behandeld worden. Deze transitie is ook nodig met het oog op de decentralisatie van de jeugdzorg naar de gemeenten.

Op korte termijn start bij ZonMw een onderzoek naar de mogelijkheden de gedwongen zorg aan jeugdigen te harmoniseren. De basis daarvoor is een machtiging gesloten jeugdzorg (jeugdzorg^{plus}) of een rechterlijke machtiging op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz). De Wet bopz wordt vervangen door de Wet verplichte ggz (Wvvggz) en Wet zorg en dwang (Wzd). Beide wetsvoorstellen zijn nog in behandeling bij de Tweede Kamer. Het onderzoek moet voor 1 januari 2014 afgerond zijn.

3. Parlementair

In voorbereiding is een wetsvoorstel over het regelen van beperkende maatregelen tijdens vervoer van jeugdigen met een machtiging gesloten jeugdzorg en tijdens verblijf in de rechtbank, in lijn met de bepalingen over beperkende maatregelen tijdens verblijf in de instelling jeugdzorg^{plus}. Het wachten is op een advies van de Raad van State.

4. Aandachtspunten

Politiek en maatschappelijk gevoelig zijn de zogeheten onttrekkingen. Meestal gaat het dan om jeugdigen die na verlof niet op het afgesproken tijdstip terugkeren in de instelling. Vooral als het gaat om meisjes is er dan de zorg dat zij slachtoffer zijn van een loverboy.

Twee van de 14 instellingen zijn rijksinstellingen. Deze rijksinstellingen zullen fuseren en daarna privatiseren. Tijdens de fusie zal er tevens een reductie in het aantal capaciteitsplaatsen plaatsvinden. Op dit moment bevinden de instellingen zich in de fusie-fase. Het is momenteel

wachten op het akkoord van de vakbonden op het voorliggende organisatie en formatierapport met daarin de personele uitwerking van de fusie en teruggang in capaciteitsplaatsen.

De voorbereiding van de overheveling per 1 januari 2015 van de jeugdzorg^{plus} naar de gemeenten zal van Rijk en gemeenten het nodige vragen om te voorkomen dat de zorg aan de jeugdigen niet in het gedrang komt. Gemeenten zullen een keuze moeten maken hoe zij dit beperkte aanbod bovenregionaal gaan organiseren, rekening houdend met de leveringsplicht die de instellingen hebben als de rechter een machtiging uitspreekt en de financiële zekerheid die instellingen nodig hebben om deze dure voorzieningen in stand te houden.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

Mogelijk indienen van het bovengenoemde wetsvoorstel vervoer.

34. Opleidingsfonds en Fonds Ziekenhuisopleidingen (FZO)

Directie: MEVA

1. Korte inleiding van het dossier

Opleidingfonds

Tot en met 2012 is dit een subsidieregeling op de begroting van VWS voor het bekostigen van de vervolgoopleidingen in de erkende klinische medisch specialismen, technologische en tandheelkundige specialismen, profielopleidingen en verschillende psychologische beroepen. VWS stelt jaarlijks op basis van ramingen van het Capaciteitsorgaan voor medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen per specialisme een bepaald aantal nieuwe instroomplaatsen beschikbaar. De betrokken veldpartijen doen een voorstel voor de verdeling van deze plaatsen over de erkende opleidingsinstellingen en leggen dit ter bekrachtiging voor aan de minister van VWS.

Fonds Ziekenhuisopleidingen (FZO) (bijv. voor IC-verpleegkundige of operatieassistent)

Het FZO is in 2011 ingesteld door VWS, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Op verzoek van NVZ, NFU en de Tweede Kamer zijn alle ziekenhuizen gekort op hun budget (totaal €120 mln.) ter dekking van het FZO. Vanuit het FZO krijgen ziekenhuizen nu een subsidiebedrag per diploma en instromer.

2. Stand van zaken

Opleidingsfonds

- Gezien de sterke samenhang tussen opleiden en het leveren van zorg heeft het vorige Kabinet besloten om vanaf 2013 de bekostiging naar de premiesfeer over te hevelen. Daarvoor wordt het instrument van de beschikbaarheidsbijdrage (BBB) op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) gebruikt. Uitvoering gebeurt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), nog steeds op basis van een verdeling door veldpartijen. Het budget van het Opleidingsfonds bedraagt ruim € 1 mld. Voor 2013 is een bezuiniging van €15 mln. op het Opleidingsfonds ingeboekt, oplopend tot € 90 mln. structureel vanaf 2016.
- Begin 2012 is het Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO)-rapport UMC's uitgebracht. Er wordt met het oog op kostenbeheersing een drietal aanbevelingen gedaan voor de (medisch) specialistische vervolgoopleidingen: verkort de opleidingsduur; breng de opleidingsvergoeding terug naar één bedrag, ongeacht de opleidende instelling (nu verschilt dat naar gelang omvang en soort instelling); voer een financiële eigen bijdrage in van artsen in opleiding tot specialist (aios) aan hun opleiding. Het demissionaire Kabinet heeft geen standpunt ingenomen over het rapport.

FZO

FZO lijkt succesvol: aantallen diploma's en instromers nemen toe en signalen uit het veld zijn positief. Op verzoek van NFU en NVZ wordt vanaf 2013 €20 mln. toegevoegd aan het FZO vanuit het ziekenhuiskader. Het is de bedoeling ook het FZO over te hevelen naar de premiesfeer. Op dit moment worden de mogelijkheden daartoe onderzocht.

3. Parlementair

Opleidingsfonds

Het parlement heeft begin juli 2012 ingestemd met de overheveling naar de NZa. De onder 2 genoemde bezuiniging op het Opleidingsfonds is opgenomen in het Begrotingsakkoord 2013.

4. Aandachtspunten

De bezuiniging op het Opleidingsfonds voor 2013 is ingevuld door een generieke korting van 2% te leggen op de vergoedingstarieven voor de (medisch) specialistische vervolgoopleidingen. Over de structurele invulling van de bezuiniging vindt komend najaar overleg met de veldpartijen plaats.

5. Actie bewindspersonen op korte termijn (3 maanden)

Geen bijzonderheden.

35. Innovatie beroepen en taakherschikking

Directie: MEVA

1. Korte inleiding op het dossier

De zorgvraag stijgt, waarbij de zorg in toenemende mate gericht is op 'lichte' gevallen. Een deel van deze stijgende zorgvraag kan opgevangen worden door lager opgeleide beroepsbeoefenaren zoals verpleegkundig specialisten, wijkverpleegkundigen en physician assistants. Dit gaat vooral om eenvoudige, routinematige zorg. Taakherschikking kan zowel binnen de eerste en tweede lijn als tussen de tweede en eerste lijn plaatsvinden.

2. Stand van zaken

Taakherschikking

- Het primaire doel van taakherschikking is het proces van zorgverlening doelmatiger te organiseren. Dit vooral met het oog op de stijgende en steeds veranderende zorgvraag en capaciteitstekorten. Taakherschikking kan zowel *binnen* de eerste- en tweedelijnszorg als tussen de tweede- en eerstelijnszorg plaatsvinden. Voorbeelden van taakherschikking:
 - Binnen de eerste lijn: verpleegkundig specialisten worden ingezet om vaak voorkomende klachten (zoals hoestklachten en huidproblemen) te diagnosticeren en te behandelen.
 - Tussen de tweede en eerste lijn: wijkverpleegkundige organiseert wondverzorging in de eerste lijn en voorkomt daarmee ziekenhuisopname.
- Aanpassing van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) – artikel 36a: De wet BIG is het afgelopen jaar aangepast om experimenten met taakherschikking mogelijk te maken. In de komende tijd moeten de details, per type beroepsbeoefenaar wettelijk geregeld worden. Korte termijn: Ministeriële regeling voor wijziging van de wet BIG voor oncologie-, diabetes- en longverpleegkundigen (streefdatum: begin 2013) en Ontwerpbesluit voor de klinisch technoloog (wordt najaar 2012 aan de Eerste en Tweede Kamer voorgelegd). Lange termijn: uitbreiding van experimenten en evaluatie.
- Aanpassen bekostigingssysteem. Eventuele financiële belemmeringen in de bekostiging en regelgeving die taakherschikking in de weg staan moeten worden weggenomen. Op verzoek van VWS heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) twee adviezen opgesteld: het advies 'Taakherschikking in de tweedelijns somatische zorg en curatieve geestelijke gezondheidszorg' en het advies 'Bekostiging huisartsenzorg en geïntegreerde zorg'. Korte termijn: standpunt innemen betreffende NZa-adviezen.
- Aanpassing aantal opleidingsplekken. In het studiejaar 2012/2013 wordt de jaarlijkse instroom voor de opleidingen tot Physician Assistant en Verpleegkundig Specialist verhoogd van 400 naar 550. In het navolgende studiejaar wordt de instroom verder verhoogd naar 700. Lange termijn: in toekomstige ramingen rekening houden met taakherschikking.

De sectie Zorgberoepen en Opleidingen wordt net als het Kwaliteitsinstituut ondergebracht in het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Taak: het signaleren van de gewenste ontwikkelingen van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg. Korte termijn: onderzoek naar onder andere de ontwikkeling van de zorgvraag en huidige beroepen en functies. Lange termijn: consultatie van het veld en komen tot adviezen over de beroepen en opleidingenstructuur in antwoord op de zorgvraag.

3. Parlementair

Geen bijzonderheden.

4. Aandachtspunten

Dit dossier wordt vormgegeven in dialoog met het veld. Het succes van de implementatie hangt mede af van hun medewerking in het doelmatig inzetten van de hulpverlener en het op efficiënte wijze invulling geven aan de zorgvraag.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

Geen bijzonderheden.

36. Productveiligheid genees- en hulpmiddelen

Directie: GMT

1. Korte inleiding van het dossier

De regelgeving op het terrein van toelating en veiligheid van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen wordt vrijwel geheel bepaald door Europese richtlijnen en verordeningen. Deze regelgeving is 'geharmoniseerd' binnen de EU. Harmonisatie houdt in dat de wetgeving in de lidstaten identiek is, zodat binnen de EU onbelemmerde handel in genees- en hulpmiddelen kan plaatsvinden. In Nederland gaat het om de Geneesmiddelenwet en de Wet op de medische hulpmiddelen. De lidstaten zijn wel autonoom op het terrein van prijzen en vergoedingen.

Naast productveiligheid besteedt GMT ook aandacht aan de veilige toepassing van medische producten. De meeste risico's komen namelijk niet voort uit het product zelf maar heeft vooral te maken met de (onveilige) toepassing van het product. Hier is nog een hoop winst te behalen om vermijdbare schade door de inzet van medische producten te verminderen.

2. Stand van zaken

Ontwikkelingen in de EU

Op 17 juli jl. is het voorstel voor een verordening op het terrein van klinisch geneesmiddelenonderzoek uitgebracht (vervanging van een richtlijn uit 2001). Zij beoogt grensoverschrijdende (Europese) samenwerking op het terrein van klinisch geneesmiddelenonderzoek met proefpersonen te versnellen en verbeteren met behoud van adequate veiligheidseisen. Het gaat hier dus om de fase vóór de registratie van een geneesmiddel. De verwachting is dat deze wetgeving niet vóór 2016 in werking treedt in Nederland.

In 2010 is een richtlijn over geneesmiddelenbewaking tot stand gekomen.

Geneesmiddelenbewaking houdt kort gezegd in het systematisch volgen van geneesmiddelen op werking en bijwerkingen, nadat zij op de markt zijn gekomen. Aanleiding hiervoor was onder meer het 'Mediator-schandaal' in Frankrijk. Het ging hier om het geneesmiddel Mediator voor diabetici dat tussen 1976 en 2009 werd voorgeschreven en ondanks schadelijke bijwerkingen pas in november 2009 door de Franse Inspectie voor de Gezondheidszorg van de markt is gehaald. De richtlijn is dit jaar verwerkt in een wijziging van de Nederlandse Geneesmiddelenwet. Het wetsvoorstel is gereed voor plenaire behandeling.

In 2011 is een richtlijn vastgesteld die erop gericht is dat vervalste geneesmiddelen niet in de legale distributieketen terecht kunnen komen. Burgers moeten erop kunnen vertrouwen dat de legale keten vrij is van illegaal vervaardigde geneesmiddelen. Momenteel is het wetsvoorstel in voorbereiding tot wijziging van de Geneesmiddelenwet.

De commissie heeft voor de richtlijnen voor medische hulpmiddelen een revisie aangekondigd. Eind september komt de Commissie met een voorstel. De revisie zal, zo heeft de Europese Commissie besloten, met behoud zijn van de bestaande toelatingsfilosofie. Het is namelijk van belang voor de patiënt dat niet alleen de veiligheid van de producten voldoende geborgd is, maar ook dat innovatie mogelijk blijft.

Voor de Europese Commissie zijn incidenten (waaronder PIP-implantaten, metaal-op-metaal heupimplantaten) aanleiding geweest om een actieplan op te zetten om het huidige regime voor medische hulpmiddelen aan te scherpen. De uitvoering van het actieplan van EU-commissaris Dalli leidt tot extra inzet van mensen en middelen met als doel de veiligheid van medische hulpmiddelen te verhogen. Acties uit het plan zijn onder andere het testen van de producten en de opzet van een implantatenregister. De plannen van EU-commissaris Dalli worden momenteel vormgegeven. De financiële consequenties door de extra inzet van mensen en middelen zal bij de vormgeving van het actieplan moeten worden uitgewerkt. Het actieplan van voormalig EU-commissaris Dalli en de lessen van de incidenten zal de Europese Commissie meenemen in de herzieningen van de richtlijn.

Mondiale ontwikkelingen

Er is een toename aan vervalste medische producten, vooral buiten het reguliere circuit. Het

gebruik van vervalste medische producten vormt een groot risico voor de volksgezondheid. De handel in medische producten en grondstoffen is mondiaal en weinig doorzichtig. China en India spelen een grote rol internationaal in de handel en productie van (actieve) farmaceutische grondstoffen voor medische producten en eindproducten.

Op nationaal niveau heeft VWS een beleidsagenda opgesteld voor vervalste geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. De aanpak van vervalsingen gebeurt aan de hand van vier thema's: bewustwording, kwaliteitsborging, omvang en schade en toezicht en handhaving. De beleidsagenda loopt tot 2013, momenteel worden gesprekken gevoerd met veldpartijen om het vervolg te bepalen.

Daarnaast wordt door VWS aandacht geschonken aan onveilige en vervalste medische producten in internationaal verband. Naast de inzet in EU en WHO-verband, besteedt VWS aandacht aan dit onderwerp in de bilaterale relaties met China en India. Tussen de IGZ en de Chinese *State Food and Drug Administration* is in 2012 reeds een Memorandum of Understanding gesloten. In de komende jaren kan samenwerking plaatsvinden op dit onderwerp en om elkaars systemen van toezicht, im- en exportcontroles waar mogelijk beter op elkaar laten aansluiten en het bevorderen van harmonisatie van regelgeving en standaarden.

3. Parlementair

Het wetsvoorstel geneesmiddelenbewaking is gereed voor plenaire behandeling. Er is nog geen datum vastgesteld.

4. Aandachtspunten

Innovatie

De keerzijde van alle aandacht voor productveiligheid is een inmiddels grote regeldichtheid op dit terrein, waardoor innovaties kunnen worden belemmerd en onnodige administratieve lasten ontstaan. Het is van belang ons hierop te bezinnen en de mogelijkheid tot innovatie mee te nemen in de beoordeling of bij het opstellen van nieuwe (EU-)regelgeving.

De regelgeving is ook nog niet goed toegesneden op innovatieve producten die zich op de scheidslijn van geneesmiddel-hulpmiddel, geneesmiddel-levensmiddel bevinden. Hierdoor wordt veel tijd besteed binnen de EU aan (juridische) afbakeningsvraagstukken, waardoor minder tijd beschikbaar is voor het naar de markt brengen van medische producten waar de burger beter van wordt.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

Geen bijzonderheden.

37. Life Sciences & Health (LSH)

Directie: GMT

1. Korte inleiding van het dossier

Het topsectorenbeleid was een speerpunt van het Kabinet Rutte I. Het Fonds Economische Structuurversterking (FES, aardgasbatenfonds) werd opgeheven. Life Sciences & Health (LSH) werd geïdentificeerd als een van de 9 topsectoren. Voor elke topsector werd een topteam gevormd, bestaande uit vertegenwoordigers uit bedrijfsleven, kennisinstellingen en overheid. De directeur-generaal Volksgezondheid vertegenwoordigt de overheid in het topteam voor de topsector LSH. Het ministerie van EL&I trekt het topsectorenbeleid, maar bij de topsector LSH is er een gedeelde verantwoordelijkheid met VWS. In 2011 publiceerde het topteam LSH een topsectorplan met een ambitie en een actieagenda die goed werd ontvangen in de sector. De ambitie van het plan is tweeledig. Enerzijds groei van omzet, winst, werkgelegenheid en export bij LSH-bedrijven. Anderzijds kostenbeheersing en kwaliteitsverhoging in de zorgsector.

2. Stand van zaken

De sector LSH heeft zich georganiseerd in een Regiegroep LSH waarin naast vertegenwoordigers uit de LSH-sector ook vertegenwoordigers uit de zorgsector zitting hebben.

Wet- en regelgeving: meer innovatievriendelijke wet- en regelgeving is een belangrijk aandachtspunt in het Topsectorplan LSH. Het Kabinet Rutte I heeft o.a. aangekondigd doorlooptijden bij medische ethische toetsing en vergoedingsbeslissingen te bekorten en de mogelijkheid tot voorwaardelijke vergoeding te verruimen. VWS is op een breed terrein actief om zowel nationaal als in EU-verband aanpassing van wet- en regelgeving tot stand te brengen, waarbij het innovatieperspectief een belangrijke rol speelt.

Publiek-private samenwerking: De komende tijd lopen grote FES-gefinancierde researchprogramma's af. De LSH-sector heeft een Innovatiecontract (researchagenda) opgesteld en heeft een Topconsortium voor Kennis en Innovatie (TKI) opgericht dat de publiek-private samenwerking op het gebied van R&D wil faciliteren en stimuleren, voortbordurend op de FES-gefinancierde programma's. Door het vorige Kabinet zijn hiervoor beperkt nieuwe middelen beschikbaar gesteld. In de VWS-begroting 2013 zijn er geen nieuwe middelen voor aangemerkt.

3. Parlementair

Geen bijzonderheden.

4. Aandachtspunten

De FES-gefinancierde researchprogramma's lopen af. De overheid stelt daar beperkt nieuwe middelen voor beschikbaar. Het Innovatiecontract van LSH bevat researchthema's die potentieel van groot belang zijn voor de zorgsector en het VWS-beleid (dementie-onderzoek, arbeidsbesparende technologie, voeding, vaccinologie, thuiszorgtechnologie, alternatieven voor dierproeven, etc). De belangrijkste bijdrage van VWS aan de topsector LSH ligt vooralsnog op het gebied van wet- en regelgeving. VWS werkt daarnaast mee aan buitenlandse missies in het teken van de topsector LSH.

5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

Het Kabinet beslist over voortzetting van het topsectorenbeleid. De bewindspersoon van VWS zal moeten beslissen over doorgang van het programma voor optimaliseren van wet- en regelgeving en over eventuele extra financiële steun aan publiek-private samenwerking in de topsector LSH.

38. Orgaandonatie

Directie: GMT

1. Korte inleiding van het dossier

Orgaandonatie en transplantatie kunnen al jaren rekenen op veel maatschappelijke en politieke interesse. Er staan ongeveer 1300 mensen op de wachtlijst voor transplantatie van een orgaan, bijna 800 mensen wachten op een weefseltransplantatie. Ieder jaar overlijden ongeveer 130 mensen terwijl zij wachten.

2. Stand van zaken

In 2008 is het Masterplan Orgaandonatie tot stand gekomen waarin te nemen maatregelen en acties ter verbetering van het aantal orgaandonoren uiteen zijn gezet. Deze hadden betrekking op de organisatie in de ziekenhuizen, de voorlichting, donatie bij leven en het beslissysteem. Het advies om een ander beslissysteem in te voeren is door de vorige Kabinetten niet overgenomen. De uitvoering van de andere maatregelen bevindt zich in de afrondende fase. De maatregelen op het gebied van donatie bij leven zijn allemaal ingevoerd.

Op dit moment lopen de volgende zaken nog:

- Landelijke uitrol van eerder gehouden pilots in de ziekenhuizen, die betrekking hebben op de organisatie en het proces van orgaandonatie. Deze uitrol wordt gesubsidieerd door VWS en loopt tot eind 2014.
- Massamediale campagne samen met ca. 10 maatschappelijke partners waarin meer mensen wordt gevraagd zich te registreren in het Donorregister. De campagne loopt in de huidige vorm tot medio 2013. De komende maanden wordt bekeken hoe de voorlichting hierna zal verlopen.

Op Europees niveau is in 2010 een Richtlijn over de kwaliteit en veiligheid van orgaandonatie tot stand gekomen. De implementatie daarvan is afgerond. Het huidige Cypriotisch voorzitterschap heeft orgaandonatie uitgeroepen tot een van de 'priority areas' en wil hierover raadsconclusies aannemen.

Voor de lange termijn zijn er nog geen concrete plannen. Dit hangt af van de resultaten in de ziekenhuizen en de reactie van de Tweede Kamer op het initiatiefwetsvoorstel voor een ander beslissysteem (zie hieronder). Van het onderzoek naar artificiële organen zijn de komende jaren nog geen concrete resultaten te verwachten.

3. Parlementair (wat onderstreept is ligt in de Kamer)

D66 heeft een initiatiefwetsvoorstel ingediend voor de invoering van een Actieve Donor Registratie-systeem (ADR). Dit ligt (in september 2012) ter advies bij de Raad van State.

Ook ligt een wetsvoorstel "Wijziging van de Wet op de orgaandonatie in verband met nieuwe medisch-technische ontwikkelingen" in de Tweede Kamer.

4. Aandachtspunten

De week van 22 oktober was het Donorweek, een jaarlijks terugkerende actieweek waarin bekenden en onbekende Nederlanders aandacht vragen voor orgaandonatie en registratie.

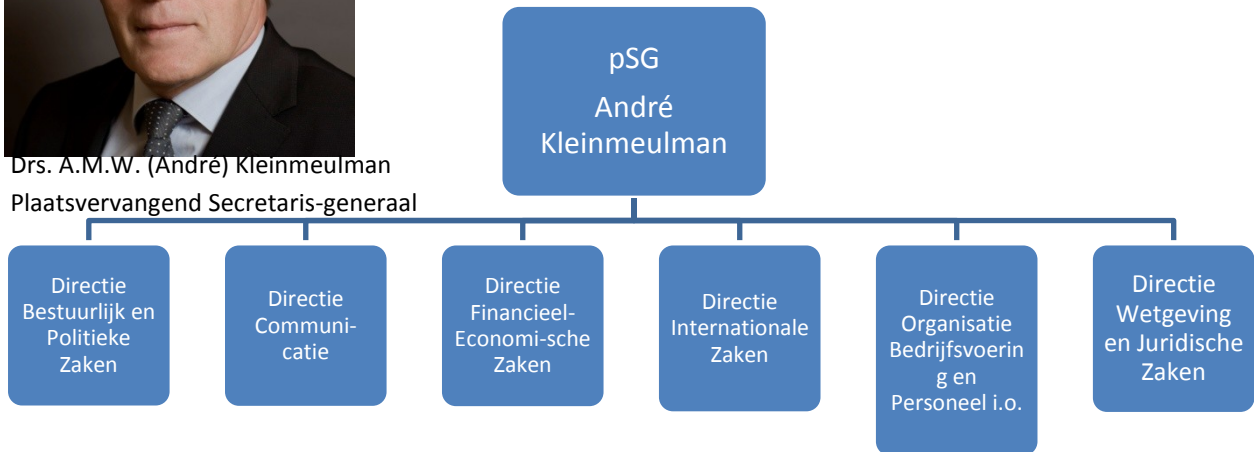
5. Actie bewindspersoon op korte termijn (3 maanden)

Geen bijzonderheden.

E. Kolom Plaatsvervangend Secretaris-generaal



Drs. A.M.W. (André) Kleinmeulman
Plaatsvervangend Secretaris-generaal



Inleiding Kolom Plaatsvervangend Secretaris-generaal

De pSG stuurt op het kerndepartement zes stafdirecties aan: FEZ, WJZ, DCO, IZ, OBP en BPZ. Deze stafdirecties zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van hun primaire taken, regie en kaderstelling en control. Zij faciliteren de beleidskolommen zodanig, dat deze zo goed mogelijk hun functie kunnen vervullen.

Via de Bestuursraad Bedrijfsvoering (BRBV) beslist de Bestuursraad (BR) over de invulling van bedrijfsvoering, control- en staftaken binnen het VWS-concern. De pSG is binnen de Bestuursraad de portefeuillehouder van en coördineert het VWS beleid/uitvoering op de BES-eilanden. Daarnaast is de pSG eigenaar van de VWS agentschappen: aCBG, CIBG, RIVM en de gesloten jeugdzorginstellingen. De departementale stafdirecties ondersteunen hem in deze rol of vervullen een rol namens hem.

Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken (BPZ)

Directeur: Angela Uijtdewilligen

De directie BPZ is verantwoordelijk voor de ondersteuning en advisering van politieke en ambtelijke leiding van VWS. Kerntaak hierbij is de regiefunctie, procescoördinatie en de verbinding: van en naar bewindspersonen, van en naar ambtelijke leiding en naar het parlement. De directie is georganiseerd in drie verschillende bureaus: Bureau Bestuurlijke en Politieke Advisering, Bureau Logistiek, Kabinet en Secretariaat en Bureau Compliance/beveiliging. Parlementaire Zaken (PZ), valt onder Bureau Bestuurlijke en Politieke Advisering en is de schakel tussen het ministerie en het parlement: aanspreekpunt voor Eerste en Tweede Kamer en parlementaire vraagbaak voor het hele ministerie.

Directie Communicatie (DCo)

Directeur: Stephan Koole

De missie van DCo luidt: Beleid optimaal laten landen, in dialoog met de samenleving. De afdeling Beleidscommunicatie richt zich op de beleidsprioriteiten met een adviesteam voor de minister en een adviesteam voor de staatssecretaris. In de teams nemen de verschillende disciplines van de afdeling deel: woordvoering/persvoorlichting, strategisch advies, speechschrijven en externe presentatie. De afdeling Concerncommunicatie richt zich op corporate communicatie (huisstijl en interne communicatie), publiekscommunicatie (campagnes en publieksvoorlichting), onderzoek en analyse.

Daarnaast heeft de directie een centrale rol binnen VWS bij (inter-)departementale afspraken

betreffende communicatie, zoals rijksoverheid.nl, webrichtlijnen, inkoop van communicatieproducten en crisiscommunicatie.

Directie Financieel- Economische Zaken (FEZ)

Directeur: Theo van Uum

FEZ bereidt de financiële besluiten van de bewindslieden voor, adviseert hen over ombuigingen en intensiveringen en stelt de begroting op. FEZ rapporteert enkele malen per jaar over de ontwikkeling van de zorguitgaven. Belangrijke besluitvormingsmomenten zijn de 'voorjaarsbesluitvorming' in de ministerraad en de begrotingsbehandeling in het najaar in de Tweede Kamer. FEZ is de concerncontroller van het ministerie en ziet toe op de budgettaire inpasbaarheid, rechtmatigheid en doelmatigheid van de uitgaven.

Directie Internationale Zaken (IZ)

Directeur: Herbert Barnard

IZ adviseert over de ontwikkeling en uitvoering van de internationale strategie en activiteiten van VWS. IZ is verantwoordelijk voor de coördinatie van het internationale beleid en de internationale standpuntbepaling van VWS. IZ is verantwoordelijk voor de voorbereiding van EU- raden en andere internationale ministersbijeenkomsten (WHO, VN en Raad van Europa). Tevens ondersteunt IZ de internationale reizen van de politieke en ambtelijke leiding, ontvangt buitenlandse delegaties en coördineert de internationale dossiers. IZ bereidt VWS ook voor op het komende Nederlandse voorzitterschap van de EU in 2016. Naast de internationale agenda is IZ verantwoordelijk voor de coördinatie van VWS-beleid op de BES eilanden en de implementatie van het VWS beleid aldaar.

Directie Organisatie, Bedrijfsvoering en Personeel i.o. (OBP)

Wvd. directeur: Niek Parlevliet

De beoogde directie OBP ondersteunt het VWS-concern op het vlak van organisatie, bedrijfsvoering en personeel. Onder bedrijfsvoeringsproducten en -diensten worden die activiteiten of ondersteunende diensten en middelen verstaan die nodig zijn om het primaire proces van (de verschillende onderdelen van) VWS ongestoord te doen verlopen.

Directie Wetgeving en Juridische Zaken (WJZ)

Directeur: Rien den Boer

WJZ staat als stafdirectie ten dienste van het hele departement bij het opstellen van wetgeving, het voeren van juridische procedures (bezwaar, beroep, Wob), brede bestuurlijk-juridische advisering, subsidiebesluitvorming, Europeesrechtelijke advisering en de inschakeling van de Landsadvocaat. De directie ondersteunt het ministerie om juridisch en bestuurlijk juist te handelen. WJZ is geen juridische monopolist binnen VWS; via de reguliere werkcontacten, digitale nieuwsbrieven, een stelsel van permanente educatie en het Juridisch Forum, zorgt WJZ voor het verspreiden van juridische kennis onder de medewerkers van VWS.

Projectdirectie Anthony van Leeuwenhoek Terrein i.o. (PD ALT)

Directeur: Nico Oudendijk

PD ALT is een tijdelijke uitvoerende projectdirectie die belast is met de verkoop en ontwikkeling van het ALT-terrein (in samenwerking met Financiën/ Rijksvastgoed- en Ontwikkelbedrijf (RVOB)). Daarnaast is het restant activiteiten van de NVI (met name proefdierenlaboratorium) en een deel van de afdeling Vaccinologie van RIVM, dat buiten het RIVM zal worden geplaatst op het ALT terrein ondergebracht. Ook de uitvoerende taken van het facilitair bedrijf van het RIVM, die direct verbonden zijn aan het ALT, zijn hier ondergebracht.

PM Audit Dienst Rijk (ADR)

Relatiemanager ADR VWS: AnneMarie Zeltenrijch

Clustermanager ADR: Ingrid Verkamman

In 2012 zijn de departementale auditdiensten opgegaan in de Auditdienst Rijk (ADR). De ADR verzorgt de interne auditfunctie voor alle ministeries en maakt organisatorisch onderdeel uit van het ministerie van Financiën. De auditwerkzaamheden ten behoeve van VWS vinden plaats vanuit het ADR klantcluster VWS. De medewerkers in dit klantcluster zijn gehuisvest op VWS. Ook kent de

ADR een aantal bovendepartementale clusters die zich bezig houden met ondermeer IT-audits en operational audits. Het jaarplan, met daarin de uit te voeren onderzoeken worden jaarlijks in het Audit Committee vastgesteld. De werkzaamheden van de ADR bestaan uit de wettelijke taak en de vraaggestuurde onderzoeken. De wettelijke taak houdt in dat de ADR het jaarverslag van VWS controleert.

Deel 3:

Ministerie VWS: Diensten buiten het kerndepartement
(zie organigram)

F. Inspecties

IGZ – Inspectie voor de Gezondheidszorg

Maatschappelijk belang

Het maatschappelijke belang van de IGZ is gezondheidsrisico's te beperken voor patiënten en cliënten in de Nederlandse gezondheidszorg. Het motto van de inspectie luidt: 'Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg'.

Feiten

<i>Waarnemend Inspecteur-generaal</i>	Jan-Willem Weck, per 1/12/2012 Ronnie van Diemen
<i>(Rechts)vorm</i>	Inspectie, ressorteert onder minister VWS als onderdeel departement
<i>Aantal FTE</i>	490 FTE (31-12-2012)
<i>Budget</i>	€ 56,1 mln. (voor 2012)
<i>Financiering</i>	Begroting VWS
<i>Gevestigd</i>	Hoofdkantoor in Utrecht, vestigingen in Den Haag, Zwolle, Amsterdam en Den Bosch

Taken

De IGZ handhaaft wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden en adviseert de minister van VWS gevraagd en ongevraagd. De IGZ is de toezichthouder op kwaliteit en veiligheid van zorg in de domeinen Cure, Care, Geneesmiddelen & Medische Technologie en Publieke & Geestelijke Gezondheidszorg. Momenteel houdt de IGZ toezicht op ruim twintig wetten, waaronder de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG), de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Geneesmiddelenwet.

Zij gaat uit van risicogebaseerd systeemtoezicht en hanteert verschillende handhavingmethoden:

- **Risicoindicatorentoezicht** vinden plaats op basis van risicomodellen voor zorginstellingen en producenten van medische producten.
- Daarnaast hanteert de IGZ **incidententoezicht**. Dit is gebaseerd op meldingen en andere signalen, waarbij zo nodig snel ingegrepen kan worden bij een zorginstelling, een (disfunctionerende) beroepsbeoefenaar of producent van medische producten.
- Een derde vorm van toezicht is het **thematoezicht**, waarbij de IGZ aan de hand van bepaalde (zorg)thema's risico's in de zorg aanpakt.
- Een vierde methode is het **systeemtoezicht**. De focus ligt hierbij op de organisatorische/bestuurlijke rollen en verantwoordelijkheden voor de borging van de kwaliteit en veiligheid.
- Een vijfde methode is **opsporing**, waarmee zij op basis van strafrechtelijke informatie, openbare informatie en meldingen zoekt naar bevestiging van vermoedens van strafbare feiten gepleegd door een zorgverlener.

Ontwikkeling

De IGZ maakt de omslag naar een moderne handhavingsorganisatie op basis van de VWS Toezichtvisie IGZ en het Meerjarenbeleidsplan 2012-2015. De IGZ werkt steeds meer proactief, maakt resultaten actief openbaar en innoveert methoden door middel van effectiviteitsonderzoek. De IGZ heeft als uitgangspunt deskundig, doortastend en duidelijk te onderzoeken, oordelen en interveniëren. Het principe 'high trust, high penalty' is hierbij leidend. De IGZ focust daarbij op veilige zorg en grijpt in bij zorg die door de bodem zakt. Bij deze omslag heeft de IGZ specifieke aandacht voor het verder verbeteren van het incidententoezicht. Patiënten, cliënten, hun naasten en zorgverleners kunnen contact opnemen met het IGZ-Meldpunt over ondermaatse zorg. De zorgaanbieder is primair verantwoordelijk voor verantwoorde zorg en voor een goede afhandeling van individuele klachten. Daarbij werkt VWS aan het verder versterken van de rechten van de patiënt/consument via beleid en wetgeving. De IGZ ondersteunt melders door een luisterend oor te bieden en hen op de juiste weg te helpen met hun klacht. Dit kan bijvoorbeeld de zorgaanbieder of

de tuchtrechter zijn. Wanneer de IGZ een melding onderzoekt betreft zij de melder daarbij. De IGZ behandelt niet alle individuele meldingen, maar gebruikt wel alle meldingen bij het toezicht als signaal voor mogelijke structurele tekortkomingen in de kwaliteit van zorg. Op deze manier wil de IGZ voorkomen dat toekomstige patiënten of cliënten ook gezondheidsschade oplopen.

Momenteel lopen er twee onderzoeken naar de IGZ. De IGZ heeft in het recente verleden kritiek gekregen op haar functioneren. De kritiek legde de spanning bloot tussen het risicogestuurd systeemtoezicht van de IGZ en de maatschappelijke verwachtingen ten aanzien van de individuele klachtafhandeling door de IGZ. Het organisatieonderzoek door Van der Steenhoven licht de IGZ-organisatie door om na te gaan of deze robuust genoeg is om de VWS Toezichtvisie IGZ en de aandachtspunten van de Nationale ombudsman (No) uit te voeren. Het dossieronderzoek onder leiding van Sorgdrager richt zich op meldingendossiers en de afhandeling daarvan. Dit onderzoek moet een herstel van vertrouwen in de IGZ bewerkstelligen en tegelijkertijd lessen opleveren voor de uitvoering van de VWS Toezichtvisie IGZ en de aandachtspunten van de No. De resultaten van beide onderzoeken zullen naar verwachting voor het kerstreces bekend worden en bij de ingezette omslag van de IGZ worden betrokken.

Als onderdeel van haar taak als zorgtoezichthouder is de IGZ ook de handhavingsautoriteit op het gebied van veiligheid van medische producten (zoals geneesmiddelen), hetgeen uniek is in Europa. Dit biedt als voordeel dat het toezicht de hele productketen van ontwikkeling en productie tot de toepassing bestrijkt. De eisen voor kwaliteit en veiligheid van medische producten zijn volledig Europees geregeld en vastgesteld. De IGZ opereert in een Europees netwerk van inspectiediensten (en zelfs ver buiten Europa), die elkaars resultaten erkennen. Op Europees niveau (naar aanleiding van de problematiek rond de borstimplantaten van het merk PIP) is door voormalig EU-commissaris Dalli het initiatief genomen om binnen de bestaande regelgeving activiteiten te ondernemen om (onder andere) het toezicht op de kwaliteit en veiligheid van medische hulpmiddelen te versterken. Dit actieplan krijgt invulling op nationaal niveau.

IJZ- Inspectie Jeugdzorg

Maatschappelijk belang

De Inspectie Jeugdzorg ziet toe op de kwaliteit van de jeugdzorg en op de naleving van de wetgeving. De inspectie stimuleert met haar toezicht de voorzieningen tot goede en veilige verzorging, opvoeding en behandeling van kinderen in de jeugdzorg en de ondersteuning van ouders en verzorgers van die kinderen. Toezicht houden betekent dat de inspectie informatie verzamelt over de kwaliteit van de jeugdzorg, zich een oordeel vormt en zo nodig ingrijpt. Ook kijkt de inspectie of het beleid voor de jeugdzorg in de praktijk goed werkt. Daarover adviseert de inspectie gevraagd en ongevraagd.

Feiten

<i>Hoofdinspecteur</i>	Gemma Tielen
<i>(Rechts)vorm</i>	Inspectie
<i>Aantal FTE</i>	59,0 FTE
<i>Budget</i>	€ 5.932.000
<i>Financiering</i>	Begroting
<i>Gevestigd</i>	Utrecht

Taken

- Toezicht op de instellingen voor jeugdzorg (waaronder de instellingen voor gesloten jeugdzorg waar de minister rechtstreeks voor verantwoordelijk is);
- Signalementen over de werking van het stelsel en de kwaliteit van instellingen;
- Input leveren voor de beantwoording van Kamervragen (onder meer over particulier zorgaanbod in de jeugdzorg, de veiligheid in de pleegzorg en toezicht op buitenlands zorgaanbod);
- Behandeling en zo nodig nader onderzoek van meldingen van calamiteiten;
- Bijdrage aan de stelselherziening jeugdzorg (met name op de onderdelen kwaliteit en professionaliteit en toezicht uit de Kabinetsvisie op de toekomst van zorg en ondersteuning voor jeugdigen en gezinnen).

Ontwikkelingen

Het stelsel van de jeugdzorg gaat de komende jaren op de schop en verandert ingrijpend. De inspectie zal in de komende jaren van transitie en transformatie naar het nieuwe stelsel scherp blijven letten op behoud van de kwaliteit. Daarbij hoort ook het ontwikkelen van een bij dat stelsel passend toezicht. Het rapport van de commissie Samson over het seksueel misbruik van minderjarigen die in de jeugdzorg zijn geplaatst bevat aanbevelingen over een uitbreiding van de taken (klachtenafhandeling) en bevoegdheden (verruiming van de handhavingsinstrumenten) van de inspectie. De inspectie verwacht dat mede onder invloed van beide ontwikkelingen haar taken en bevoegdheden in omvang en reikwijdte zullen veranderen.

NVWA- Nederlandse Voedsel en Waren Autoriteit

Maatschappelijk belang

De Algemene Inspectiedienst (AID), Plantenziektenkundige Dienst (PD) en Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) zijn per 1 januari 2012 gefuseerd tot Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA).

De missie van de NVWA is het bewaken van de gezondheid van dieren en planten, het dierenwelzijn en de veiligheid van voedsel en consumentenproducten en handhaven van de natuurwetgeving. De drie kerntaken van de NVWA zijn handhaving, risicobeoordeling en risicocommunicatie.

De NVWA gaat uit van vrijwillige naleving van wet- en regelgeving door bedrijven, instellingen en consumenten. Er wordt gewerkt met een risicogerichte aanpak, gebaseerd op kennis van en samenwerking met de sector en gericht op gedragsbeïnvloeding.

EL&I is eigenaar en opdrachtgever van de NVWA wat betreft het toezicht en de handhaving voor dierenwelzijn, natuur en landbouw. VWS is opdrachtgever voor het toezicht en de handhaving door de NVWA op de domeinen Industrie, Microbiologie, Horeca en Ambacht, Bijzondere Eet- en Drinkwaren, Alcohol en Tabak, Productveiligheid en Dierproeven.

Feiten

<i>Inspecteur-generaal</i>	Wim Schreuders (tot 1/1/2013)
<i>(Rechts)vorm</i>	Baten- en Lastendienst EL&I
<i>Aantal FTE</i>	2150 FTE
<i>Budget 2012</i>	Totaal € 230 mln., waarvan € 70 mln. van VWS
<i>Financiering</i>	VWS (begroting), EL&I en derden (bedrijfsleven)
<i>Gevestigd</i>	Utrecht

Taken

- Handhaving: toezicht houden op de naleving van wet- en regelgeving door bedrijven en instellingen.
- Risicobeoordeling: beoordelen van de chemische, biologische of fysische gevaren voor de voedsel- en productveiligheid, dier- en plantgezondheid en de natuur;
- Risicocommunicatie: informeren van de samenleving op basis van risicobeoordeling over (mogelijke) gevolgen voor de voedsel- en productveiligheid, dier- en plantgezondheid en de natuur;
- Beleidsadvies: adviseren van beleidsdirecties bij de formulering van beleid;
- Uitvoering: uitvoerende werkzaamheden, bijvoorbeeld controles op subsidies.
- Handhaving bij crises: bij een crisis, zoals de EHEC-crisis, treedt de NVWA snel op om risico's voor volksgezondheid te beperken en bewindspersonen te voorzien van kennis voor besluitvorming en communicatie richting politiek en media.

Ontwikkelingen

Als gevolg van de taakstelling Rutte I ontvangt de NVWA de komende jaren van VWS in totaal 20% minder geld dan in 2012. De afgelopen jaren is er al een taakstelling ten laste van de NVWA gekomen, die bovenop bestaande financiële fusie-problematiek (ICT, huisvesting etc.) voor de eigenaar kwam. De NVWA heeft hiertoe de nodige maatregelen genomen. De geplande aanvullende taakstelling Rutte I (in totaal €27,5 mln. oplopend vanaf 2013) betekent dat de handhavingcapaciteit van de NVWA (opnieuw) moet krimpen. Dit kan effect hebben op de voedsel- en productveiligheid. Het Kabinet moet besluiten of (een mogelijke toename van) risico's

voor de volksgezondheid worden aanvaard of dat het Kabinet bereid is de taakstelling terug te draaien en te investeren in het toezicht op de volksgezondheid.

G. Agentchappen

RIVM - Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Maatschappelijk belang

Het RIVM is een Rijksinstituut dat met haar kennis en kunde werkt aan de bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking en haar leefomgeving. We kijken daarbij over onze grenzen en over onze horizon. We bouwen nieuwe netwerken en samenwerkingsverbanden. We voeren onze werkzaamheden in opdracht uit en zijn wetenschappelijk onafhankelijk. We delen onze expertise, bundelen onze krachten en verenigen onze talenten en die van anderen. Zo ontwikkelen we nieuwe kennis en kunde. Dit is hard nodig om complexe bedreigingen het hoofd te bieden en de nieuwe kansen te benutten.

Feiten

<i>Directeur-generaal</i>	André van der Zande
<i>(Rechts)vorm</i>	Agentschap
<i>Aantal FTE</i>	1.434 FTE
<i>Budget</i>	€ 391 mln., vaccinatieprogramma
<i>Financiering</i>	Grotendeels via opdrachten van verschillende departementen; kleiner deel voor Strategisch onderzoek door eigenaar.
<i>Gevestigd</i>	Bilthoven, Maarsse, Zoetermeer, Eindhoven, Groningen en Deventer

Taken

- Beleidsondersteuning (RIVM-breed);
- Nationale coördinatie (infectieziektebestrijding, bevolkingsonderzoek en gezond leven);
- Preventie- en interventieprogramma's (screening, inentingen, leefstijlinterventies);
- Informatie aan professionals en burgers (RIVM-breed);
- Kennisontwikkeling en onderzoek (RIVM-breed);
- Ondersteuning aan inspecties (RIVM-breed);
- Calamiteitenfuncties (milieu, infectieziekten en voedselveiligheid).

Ontwikkeling

De zorg voor morgen begint vandaag:

- Strategisch keuzedocument RIVM2020 (innoverend, in netwerken en ketens en internationaal);
- Project stuurbevoegdiging (een goede besturing) en
- Een goede bedrijfsvoering en ondersteuning (vermindering overhead).

RIVM verhuist omstreeks 2017/2018 naar het Utrecht Science Park op de Uithof in Utrecht.

aCBG - Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen

Maatschappelijk belang

Het College is verantwoordelijk voor de beoordeling, registratie en risicobewaking van geneesmiddelen voor menselijk gebruik. Het College bestaat uit artsen, apothekers en wetenschappers. Het College wordt ondersteund door het Agentschap. Het Agentschap is verantwoordelijk voor de voorbereiding en uitvoering van de besluiten van het College en de coördinatie van de geneesmiddelenbewaking in Nederland. Het Agentschap is ook verantwoordelijk voor de beoordeling van diergeneesmiddelen via Bureau Diergeneesmiddelen en de beoordeling van nieuwe voedingsmiddelen via Bureau Nieuwe Voedingsmiddelen.

Feiten

<i>Directeur Agentschap</i>	Aginus Kalis.
<i>(Rechts)vorm</i>	Agentschap
<i>Aantal FTE</i>	240 FTE
<i>Budget</i>	€ 42 mln.
<i>Financiering</i>	Bekostiging door derden € 40 mln. Daarnaast ontvangt aCBG jaarlijks € 0,6 mln. van EL&I voor beoordeling diergeneesmiddelen en € 0,2 miljoen van VWS.
<i>Gevestigd</i>	Utrecht

Taken

- Beoordeling: beoordeling van nieuwe aanvragen van geneesmiddelen voor een handelsvergunning en wijzigingen daarvan;
- Geneesmiddelenbewaking: bewaking van de veiligheid van geneesmiddelen die in de markt aanwezig zijn en het bevorderen van veilig gebruik van geneesmiddelen;
- Wetenschappelijk advies: interactie in de vorm van advies met de (innovatieve) industrie om vernieuwing en productontwikkeling te ondersteunen.
- Vaststellen afleverstatus geneesmiddelen: bepaling of een geneesmiddel uitsluitend op recept, uitsluitend via de apotheek, via de drogist of in de vrije verkoop verkrijgbaar mag zijn;
- Vaststellen afleverstatus diergeneesmiddelen: bepaling of een diergeneesmiddel uitsluitend door een dierenarts mag worden toegediend, afgeleverd mag worden door dierenarts of apotheker, op recept afgeleverd mag worden door dierenarts, apotheker of vergunninghouder, of vrij verkrijgbaar is.

Ontwikkeling

Geen bijzonderheden.

CIBG - Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg

Maatschappelijk belang

Het CIBG stond ooit voor Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg. Het CIBG heeft een uitgebreid takenpakket. Het CIBG heeft als focus "Zorg voor gegevens, gegevens voor zorg". Het CIBG voorziet in de behoefte om gegevens op een betrouwbare manier vast te leggen en te kunnen raadplegen door het verzamelen, verwerken en uitleveren van (gecertificeerde) gegevens. Primair in de zorgsector, maar ook daarbuiten. Het gaat hierbij ook om identiteitsbeheer (certificeren van persoonsgegevens). Het CIBG functioneert als gegevensknooppunt tussen overheid, (zorg)sector en (zorg)consument.

Feiten

<i>Directeur</i>	Gerrit Arkesteijn
<i>(Rechts)vorm</i>	Agentschap
<i>Aantal FTE</i>	260 FTE (inzet flexibele krachten op piekmomenten)
<i>Budget</i>	€ 40 mln.
<i>Financiering</i>	Via opdrachten
<i>Gevestigd</i>	Den Haag/ Kerkrade/Arnhem/Groningen

Taken

- Het verzamelen, verwerken, en uitleveren van (gecertificeerde) gegevens;
- Het fungeren als gegevensknooppunt;
- Het identiteitsbeheer (is ook te beschouwen als certificeren van persoonsgegevens);
- Bureau Medicinale Cannabis;
- Farma-taken die te maken hebben met prijsvorming en vergoeding van geneesmiddelen;
- Secretariaatsfunctie van verschillende commissies: toetsingscommissies Euthanasie, Late Zwangerschapsafbreking en Levensbeëindiging Pasgeborenen en Stichting donorgegevens kunstmatige bevruchting;
- Uitvoeren subsidieregeling fonds PGO.

Ontwikkeling

Momenteel vindt een heroverweging van taken plaats. Het CIBG zal zich focussen op de registertaken. Naar de overige taken wordt onderzoek gedaan in welke mate zij doelmatig en kwalitatief goed worden uitgevoerd. Op basis van het onderzoek wordt bepaald of deze taken worden ondergebracht bij andere publieke organisaties of dat deze bij het CIBG blijven.

Jeugdinstituten Almata en De Lindenhorst

Maatschappelijk belang

VWS heeft twee tijdelijke baten-lastendiensten voor gesloten jeugdzorg, ook wel JeugdzorgPlus genaamd, Almata en De Lindenhorst (Zeist). Almata heeft twee locaties, één in Ossendrecht (Brabant) en één in Den Dolder (Utrecht). Naast deze instellingen zijn er nog 14 andere, private, instellingen voor gesloten jeugdzorg waar jongeren van 12 tot 18 jaar verblijven. In april 2011 heeft de staatssecretaris VWS besloten de locatie Almata Ossendrecht te scheiden van de locatie in Den Dolder en het aantal plaatsen te verminderen van 82 naar 70. Daarnaast zullen de locaties in Den Dolder en Zeist worden samen gevoegd tot één organisatie met 96 capaciteitsplaatsen (momenteel 174 plaatsen). Daarna zullen de twee nieuwe, afgeslankte, organisaties worden geprivatiseerd (via een aanbestedingstraject "controlled auction"). Na de fusie zal worden gestart met de privatisering. Dit proces zal naar verwachting een jaar in beslag nemen.

Feiten

<i>Directeur</i>	Gerard van Egmond
<i>(Rechts)vorm</i>	Agentschap
<i>Aantal FTE (begroting 2012)</i>	165 FTE (Almata Den Dolder) 105 FTE (Almata Ossendrecht) 110 FTE (De Lindenhorst) Nieuwe fusieorganisatie noordwest: 135 fte Afgeslankte organisatie Ossendrecht 89fte
<i>Budget (jaar 2012)</i>	Almata € 27,6 mln. regulier en € 0,7 mln. transitie Lindenhorst € 9,4 mln.
<i>Financiering</i>	- Rijksbijdrage voor exploitatie, kapitaallasten en overige rijksspecifieke zaken - ESF project
<i>Gevestigd</i>	Almata: Den Dolder en Ossendrecht De Lindenhorst: Zeist

Taken

De organisaties bieden orthopedagogische basiszorg, onderwijs en specialistische interventies aan jongeren met ernstige gedragsproblemen op één of meerdere leefgebieden. Dit met als doel jongeren beter toegerust terug te laten keren in de samenleving.

H. Adviesraden + Planbureau

GR - Gezondheidsraad

Maatschappelijk belang

De Gezondheidsraad is een adviesorgaan met als taak de regering en het parlement voor te lichten over de stand van de wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid, alsmede te adviseren over prioriteiten in het gezondheidsonderzoek vanuit het maatschappelijk perspectief.

Feiten

<i>Voorzitter</i>	Pim van Gool
<i>(Rechts)vorm</i>	Adviescollege zoals bedoeld in de Kaderwet adviescollege. De wettelijke basis voor de GR is de Gezondheidswet.
<i>Aantal FTE</i>	50 FTE
<i>Budget</i>	€ 4,4 mln.
<i>Financiering</i>	Begroting VWS/I&M/SZW
<i>Gevestigd</i>	Den Haag

Taken

- Signaleren van risico's en ontwikkelingen op het gebied van de volksgezondheid;
- Een impuls geven aan de kennisontwikkeling en -implementatie van care;
- Beoordelen van vergunningaanvragen voor bevolkingsonderzoek;
- Adviseren over o.a. programma's en bescherming;
- Toetsen van richtlijnen voor de bestrijding van infectieziekten;
- Beoordelen van de risico's van elektromagnetische velden (Jaarbericht Elektromagnetische velden).
- De Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) geeft advies over prioriteiten in het gezondheidsonderzoek; het zorgonderzoek en de technologieontwikkeling in deze sector; en over de bijbehorende infrastructuur.

Ontwikkeling

Adviesaanvragen van VWS in het Werkprogramma 2013 (met daarachter de verwachte opleverdatum):

- Vaststelling van de dood bij potentiële orgaandonoren (1^e kwartaal 2013);
- Verantwoord omgaan met weefselmateriaal (1^e kwartaal 2013);
- Maximum aantal kinderen per donor (3^e kwartaal 2013);
- Lyme onder de loep (1^e kwartaal 2013) – gevraagd door de Tweede Kamer;
- Toevalsbevindingen bij diagnostiek en screening (2^e kwartaal 2013) – ongevraagd advies;
- Hoogspecialistische geestelijke gezondheidszorg: aanzet tot afbakening (3^e kwartaal 2013);
- Antibioticagebruik op de intensive care (3^e kwartaal 2013);
- Hieprikscreening: herijking van het huidige pakket (3^e kwartaal 2013);
- Preventief medisch onderzoek: is meten weten? (3^e kwartaal 2013)
- Borstkankerscreening opnieuw bezien (3^e kwartaal 2013);
- Indicatoren voor kwaliteit van zorg: de stand van zaken (4^e kwartaal 2012) – ongevraagd advies.

RVZ - Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Maatschappelijk belang

De RVZ is het strategische adviesorgaan van de regering over zorg en volksgezondheid en geeft gevraagd en ongevraagd advies. De raad heeft een politiek-strategisch perspectief; wat komt er op de zorg af en hoe zouden we daar mee kunnen omgaan?

Feiten

<i>Voorzitter Raad</i>	Rien Meijerink
<i>(Rechts)vorm</i>	Strategische Adviesraad, ingesteld bij wet
<i>Aantal FTE</i>	19 FTE
<i>Budget</i>	€ 2.8707.000
<i>Financiering</i>	Begroting VWS
<i>Gevestigd</i>	Den Haag

Taken

adviseren over de hoofdlijnen van het te voeren beleid op het gebied van de volksgezondheid en zorggerelateerde dienstverlening.

Ontwikkelingen

- In het afgelopen halfjaar heeft de RVZ adviezen uitgebracht over de volgende onderwerpen:
 - Verbeteren aansluiting forensische en reguliere geestelijke gezondheidszorg
 - Zorg voor niet redzame ouderen
- Het najaar 2012 zal de RVZ volgens planning 3 adviezen uitbrengen over resp.
 - 'De bomen en het bos': nieuwe zorgmodellen die knelpunten helpen oplossen bij diffuse zorgvragen en meervoudige problematiek;
 - 'Wat is goede zorg?'; over de overgang van aanbodgerichte zorg naar patiëntgerichte zorg;
 - Solidariteit: Gezondheid en zorg tussen private consumptie en collectieve investering.

De bewindspersoon moet volgens de wet een standpunt op deze adviezen innemen en dit naar de Tweede Kamer sturen. Adviesonderwerpen voor 2013 zijn:

- Gemeente, gezondheid en zorg: over de overgang van AWBZ naar de Wmo en de gevolgen van decentralisatie van taken naar gemeenten;
- Corporate governance in de zorg;
- Gebruik van data in de zorg: over administratieve lasten en de transparantie van data;
- Scenario-onderzoek en advies: over de realiteit van prognoses;
- Alcoholbeleid.

Overige aandachtspunten

VWS heeft de RVZ voor 2013 in het kader van de taakstelling op kennis en advies een taakstelling van 10% (€282.000) opgelegd. De RVZ heeft hier tegen bezwaar aangetekend.

- Bij het werkprogramma 2013 is het voorbehoud gemaakt dat er ruimte moet worden gemaakt voor nieuwe adviesvragen van de minister in het nieuwe kabinet.
- De RVZ wordt het najaar 2012 / begin 2013 geëvalueerd, evenals het aan de RVZ en Gezondheidsraad gelieerde Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG). De minister moet een standpunt innemen over deze evaluaties.

RMO- Raad voor maatschappelijke ontwikkeling

Maatschappelijk belang

De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling adviseert het Kabinet en het parlement over sociale verhoudingen in Nederland (Wet op de RMO).

Feiten

<i>Voorzitter</i>	Sadik Harchaoui
<i>(Rechts)vorm</i>	Adviesraad
<i>Aantal FTE (begroting 2012)</i>	Ondergebracht bij het SCP
<i>Budget (jaar 2012)</i>	€ 1.088.000
<i>Financiering</i>	Begroting
<i>Gevestigd</i>	Den Haag

Taken

De RMO heeft als taak: 'De Raad heeft tot taak de regering en de beide kamers der Staten-Generaal te adviseren over de hoofdlijnen van beleid inzake de gevolgen van maatschappelijke ontwikkelingen voor zover deze van invloed zijn op de participatie van burgers in en de stabiliteit van de samenleving. De raad adviseert zowel gevraagd als ongevraagd over hoofdlijnen van beleid. Naast strategische adviezen voor de middellange termijn publiceert de Raad ook briefadviezen over actuele vraagstukken. Het secretariaat van de RMO is ondergebracht bij het SCP. Thema's voor 2012 zijn: Veerkracht en stabiliteit, angst en onbehagen, de toekomst van de solidariteit en randstad en periferie.

SCP - Sociaal en Cultureel Planbureau

Maatschappelijk belang

Het SCP is een van de drie planbureaus en werkt volgens de 'Aanwijzingen voor de Planbureaus' (2012), zoals vastgesteld door de minister-president. Het SCP doet gevraagd en ongevraagd sociaal-wetenschappelijk onderzoek op het hele gebied van het op de Nederlandse bevolking gerichte beleid (gezondheid en zorg, onderwijs, cultuur, werk en inkomen, migratie en integratie, emancipatie, participatie en bestuur, enz.). Het SCP adviseert ook over het te voeren beleid en draagt bij aan de evaluatie van beleid. Het werkprogramma wordt door de directeur van het SCP vastgesteld, gehoord het gevoelen van de ministerraad en in afstemming met de begeleidingscommissie van het SCP.

Feiten

<i>Directeur</i>	Paul Schnabel
<i>(Rechts)vorm</i>	Planbureau
<i>Aantal FTE (begroting 2012)</i>	61 FTE, projectformatie 22 FTE (excl. RMO)
<i>Budget (jaar 2012)</i>	€ 4.710.120 (excl RMO), projectbudget € 5.474.084
<i>Financiering</i>	Begroting en projectfinanciering andere departementen
<i>Gevestigd</i>	Den Haag

Taken

Het SCP publiceert ongeveer 50 rapporten per jaar (ook permanent beschikbaar via www.scp.nl), met als kernpublicaties het Sociaal en Cultureel Rapport en de Sociale Staat van Nederland. Het SCP beschikt over gegevens uit in eigen beheer uitgevoerd (survey)onderzoek en maakt intensief gebruik van de gegevensbestanden van het CBS en Eurostat. De directeur van het SCP adviseert het Kabinet direct via de ambtelijke voorportalen en in de relevante onderraden. Het SCP is vertegenwoordigd in een aantal departementale Kenniskamers en werkt samen met de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), de SER, de RVZ en universiteiten en hogescholen. Het secretariaat van de RMO is ondergebracht bij het SCP.

I. Uitvoeringsorganisaties/ Zelfstandige Bestuursorganen

CVZ - College voor zorgverzekeringen

Maatschappelijk belang

Het CVZ bewaakt en ontwikkelt de publieke randvoorwaarden van het zorgverzekeringsstelsel zodat burgers hun aanspraak op zorg kunnen realiseren. Het College voor zorgverzekeringen is zowel een advies- als uitvoeringsorganisatie voor de wettelijke ziektekostenverzekeringen: de Zvw en de AWBZ.

Feiten

<i>Voorzitter Raad van Bestuur</i>	Arnold Moerkamp
<i>(Rechts)vorm</i>	Zelfstandig Bestuursorgaan
<i>Aantal FTE</i>	407 FTE
<i>Budget</i>	€ 66,414 mln.
<i>Financiering</i>	Begroting VWS
<i>Gevestigd</i>	Diemen-zuid

Taken

- Adviseren over inhoud basispakket van verzekerde zorg;
- Verdelen van premiegeld onder zorgverzekeraars;
- Uitvoering van regelingen voor specifieke groepen;
- Inrichten kwaliteitsinstituut.

Ontwikkeling

- Kwaliteitsinstituut
Op 24 april 2012 is het wetsvoorstel aan de Tweede Kamer gestuurd dat de taken en bevoegdheden van het Kwaliteitsinstituut regelt. Doel van het instituut is de kwaliteit van de zorg te vergroten en daarmee onnodige kosten vermijden en terugdringen. Het Kwaliteitsinstituut wordt bij de sectie Zorg van het College voor Zorgverzekeringen ondergebracht. De Tweede Kamer heeft in juli een schriftelijk verslag over dit wetsvoorstel uitgebracht. De nota naar aanleiding van dat verslag zal op korte termijn naar de Tweede Kamer worden gezonden. Het is van belang dat de behandeling van het wetsvoorstel op korte termijn plaatsvindt. De opbouwwerkzaamheden bij het College voor Zorgverzekeringen zijn in volle gang. Voor medewerkers van de programma's die overgaan naar het Kwaliteitsinstituut is het van belang dat er snel helderheid over hun positie ontstaat, zeker omdat voor de onderdelen Zichtbare Zorg en kiesBeter geldt dat dit de derde keer in vier jaren is dat er sprake is van mogelijke uitplaatsing.
Daarnaast kan het Kwaliteitsinstituut pas na inwerkingtreding van de wet gebruik maken van zijn bevoegdheden zoals het overnemen van de regie op het ontwikkelen van een professionele standaard en het opnemen van standaarden in het register.
- Pakketbeheer
Vanuit kostenbeheersing is er vanuit de politiek toenemende aandacht voor pakketbeheer (stringent pakketbeheer en lage ziekte last). De komende jaren zal deze aandacht toenemen.
- Uitbreiding uitvoeringstaken
In de afgelopen jaren heeft het CVZ omvangrijke uitvoeringstaken erbij gekregen, zoals de wanbetalers en de onverzekerden. CVZ heeft de processen onder controle en er is sprake van goede doelbereiking. Tegelijkertijd neemt de schuldenproblematiek wel toe. Momenteel zijn hiertoe aanvullende (wettelijke) maatregelen in voorbereiding.
- DAZ
Er loopt een departementaal project (DAZ) waarin onder andere de verdeling van de taken over de verschillende zbo's wordt herijkt.

NZa - Nederlandse Zorgautoriteit

Maatschappelijk belang

De NZa is, op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), de marktmeester in de gezondheidszorg. Haar belangrijkste taken zijn: advisering, regulering, toezicht en handhaving. De NZa maakt en bewaakt goed werkende zorgmarkten. De belangen van de consument staan daarbij centraal. Efficiëntie op korte en lange termijn, markttransparantie, keuzevrijheid, toegang tot zorg en de kwaliteit zijn gewaarborgd. De rolverdeling tussen 'de politiek' en de NZa is dat de politiek relevante beslissingen neemt met betrekking tot tariefregulering en volumebeheersing. Daarmee bepaalt het Kabinet ook de speelruimte van de NZa op de verschillende deelterreinen. Het is de taak van de NZa om binnen het kader van deze beleidskeuzes nadere invulling te geven aan de ordening van de markt.

Feiten

<i>Voorzitter Raad van Bestuur</i>	Theo Langejan
<i>(Rechts)vorm</i>	Publiekrechtelijk Zelfstandig Bestuursorgaan
<i>Aantal FTE</i>	Conceptwerkplan NZa 2013: 255 fte
<i>Budget</i>	€ 32,9 mln.
<i>Financiering</i>	Begroting VWS
<i>Gevestigd</i>	Utrecht

Taken

- Markttoezicht, marktontwikkeling en tarief- en prestatieregulering, op het terrein van de gezondheidszorg;
- Toezicht op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars van hetgeen bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld;
- Toezicht op de rechtmatige afrekening van de bijdragen, nadat een verzekeraar opgehouden is zorgverzekeringen uit te voeren;
- Toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering door de AWBZ-verzekeraars en de rechtspersonen;
- Toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering door het CAK.

Ontwikkeling

- In 2006 zijn Wmg en Zvw in werking getreden, met als doel omslag naar vraaggestuurd stelsel realiseren met meer ruimte voor eigen verantwoordelijkheid zorgverzekeraar, zorgaanbieder en cliënt/patiënt.
- De Wmg en de Zvw worden in 2014 voor tweede maal geëvalueerd.
- In het kader van effectiviteit en doelmatigheid beleid, uitvoering en toezicht binnen VWS worden een aantal taken van de NZa opnieuw bezien.
- NZa heeft conform beleid van het Kabinet Rutte I ingezet op meer vraagsturing (o.a. vrije prijzen). De verantwoordelijkheden en vrijheden die hier bij horen vereisen effectief toezicht. VWS is samen met de NZa bezig om te bezien hoe de NZa haar toezicht meer effectief kan inrichten.
- Daarnaast speelt de discussie over de houdbaarheid van de zorg. Hiertoe is het macrobeheersingsinstrument (mbi) opgenomen in de Wmg, dat door de NZa wordt uitgevoerd om het budgettair kader voor medisch specialistische zorg beheersbaar te houden.

- Het vorige Kabinet is gestart met de oprichting van een kwaliteitsinstituut. De NZa heeft, in het kader van het bij haar berustende transparantietoezicht, de taak om toe te zien en handhaven op de openbaarmaking van relevante informatie door aanbieders.

CCMO- de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek

Maatschappelijk belang

De Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO) waarborgt de bescherming van proefpersonen betrokken bij medisch-wetenschappelijk onderzoek, middels toetsing aan de daarvoor vastgestelde wettelijke bepalingen en met inachtneming van het belang van de voortgang van de medische wetenschap.

Feiten

<i>Voorzitter</i>	Gerard Koëter
<i>(Rechts)vorm</i>	Zelfstandig bestuursorgaan
<i>Aantal FTE</i>	18 FTE
<i>Budget</i>	€ 1,7 mln.
<i>Financiering</i>	Begroting VWS
<i>Gevestigd</i>	Den Haag

Taken

- Erkennen van en toezicht houden op lokale medisch-ethische toetsingcommissies (METC's);
- Vaststellen van bij onderzoek te volgen richtlijnen die aanvullend zijn op het bepaalde bij of krachtens de wet;
- Toetsen van onderzoeksprotocollen overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de wet;
- Administratief beroeps- en bezwaarorgaan;
- Geven van voorlichting over de uitvoering en toepassing van de WMO;
- Signaleren van nieuwe ontwikkelingen richting minister VWS.

Ontwikkeling

Geen bijzonderheden.

CIZ - Centrum Indicatiestelling Zorg

Maatschappelijk belang

De beoordeling van het recht op AWBZ-zorg vindt onafhankelijk plaats op basis van objectieve criteria, zodat deze overal in het land op dezelfde wijze en integraal geschiedt. Mensen met een complexe hulpvraag krijgen vrijwel altijd hun indicatie rechtstreeks van het CIZ. Ook de woon- en leefomstandigheden worden bij het vaststellen van de aanspraak betrokken. Objectieve, integrale en onafhankelijke oordeelsvorming over iemands hulpbehoefte is voor de cliënt van belang en dient daarnaast het maatschappelijk belang van gepast gebruik van schaarse publieke middelen bij een toenemende zorgvraag.

Het CIZ is in 2005 gestart met het vereenvoudigen van administratieve processen onder het motto 'eenvoudig waar het kan, uitgebreid waar het moet'. Dit heeft ertoe geleid dat het CIZ een groot aantal aanvragen snel afhandelt en (kortdurende) AWBZ-zorg direct wordt ingezet. Het gaat hier om onbetwistbare zorg die zorgaanbieders via Standaard Indicatieprotocollen (SIPs) voor bijv. wondverzorging, verpleging na ontslag uit het ziekenhuis of palliatieve zorg adviseren aan het CIZ. Het betreft circa 20% van de aanvragen. Het CIZ toetst achteraf de toepassing van deze SIPs door zorgaanbieders. In veel gevallen geven zorgaanbieders in mandaat ook zogenoemde herindicaties af, die door het CIZ vooraf worden getoetst. Bovendien is een pilot van start gegaan dat mensen van 80 jaar en ouder door een zorgaanbieder worden gescreend en automatisch zonder toetsing van het CIZ een indicatiebesluit ontvangen. In het kader van bouwen aan vertrouwen en high trust, high penalty ontwikkelt het CIZ een passend toezichtstelsel.

Feiten

<i>Voorzitter Raad van Bestuur</i>	Daan Hoefsmit
<i>(Rechts)vorm</i>	Stichting
<i>Aantal FTE</i>	1254
<i>Budget</i>	€ 108,6 mln.
<i>Financiering</i>	Een jaarlijkse instellingssubsidie en projectfinanciering
<i>Gevestigd</i>	Driebergen (hoofdkantoor) en 12 lokaties in het land

Taken

- Beoordelen of burgers recht hebben op AWBZ-zorg *ofwel* het CIZ is de onafhankelijke en objectieve schakel tussen de individuele zorgvraag en de bekostiging van de individuele zorgverlening door zorgaanbieders door de zorgkantoren;
- Informeren van aanvragers van AWBZ-zorg en overige partijen in de keten over het recht op AWBZ-zorg door middel van indicatiebesluiten;
- Monitoren en toezicht houden op de indicatiestelling door gemandateerde partijen;
- Genereren van beleidsinformatie over (verschuivingen in) AWBZ-zorg.

Ontwikkeling

In 2011 werden 981.000 aanvragen in behandeling genomen. Daarvan leidden 847.000 aanvragen (circa 86%) tot toekenning van zorg. Het aantal bezwaren dat het CIZ krijgt is 0,6 %. De doorlooptijden van aanvragen voor AWBZ-zorg zijn gereduceerd. In het tweede kwartaal van 2012 werd 49% van de aanvragen binnen twee dagen en 81% binnen twee weken afgehandeld. De kosten per indicatie namen af van circa € 162,- in 2005 tot circa € 111,- medio 2012.

Deel 4:
Bijlagen



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Beleidsagenda 2013

Inhoudsopgave

1	Beleidsagenda 2013	3
2	Curatieve zorg	5
	a Iedereen draagt bij	5
	b Zorg op de juiste plek	7
	c Eigen bijdragen van burgers	7
	d Kwaliteit en veiligheid	8
3	Langdurige zorg	10
	a Zorg dichtbij huis	10
	b Betere kwaliteit en zorg goed waarderen	11
	c Afremmen van de uitgavengroei	12
	d Overig	13
4	Preventie	14
5	Sport	16
6	Jeugd	17
7	Administratieve lasten en compacte overheid	19
8	Financieel beeld op hoofdlijnen	21

1 Beleidsagenda 2013

Gezien de demissionaire status van het kabinet dat deze begroting opstelt, is gekozen voor een sobere invulling van de Beleidsagenda 2013 waarbij wordt ingegaan op de relevante ontwikkelingen die de begroting in financiële zin raken. In de artikelen wordt, zoals in andere jaren, de relevante financiële en beleidsinformatie die samenhangt met de voorgenomen uitgaven vermeld. Centraal in de Beleidsagenda staan de afspraken en financiële gevolgen van het Begrotingsakkoord 2013.

Onze gezondheidszorg levert ons veel op. We kunnen steeds meer mensen helpen en genezen en de zorg biedt ons ook een gevoel van zekerheid en geborgenheid. Daardoor leven we langer, zijn we langer gezond en blijven we langer zelfredzaam. Door goede zorg kunnen we ook langer werken en stijgt onze arbeidsproductiviteit. Onze gezondheidszorg wordt steeds beter. Elk jaar nemen de technologische mogelijkheden in de zorg toe, stijgt de kwaliteit en komen we tegemoet aan een grotere zorgvraag.

Een kwalitatief goede en toegankelijke gezondheidszorg in Nederland is voor iedereen van belang. Om dit in stand te kunnen houden is het noodzakelijk dat de zorg betaalbaar blijft. Nu betaalt een doorsnee gezin al meer dan 11.000 euro per jaar aan collectief verzekerde zorg. Dat is bijna een kwart van het gemiddelde inkomen. Blijven de zorguitgaven net zo stijgen als de afgelopen tien jaar dan zijn die in 2040 toegenomen tot bijna de helft van het gezinsinkomen.

Zonder nadere maatregelen stijgen de zorguitgaven in de periode 2012-2017 naar verwachting met 18 miljard euro van ruim 64 miljard tot 82 miljard. Naar verwachting bedragen zorguitgaven in 2013 ruim 13 procent van het bruto binnenlands product (bbp); een aandeel dat bij ongewijzigd beleid de komende jaren aanzienlijk zal toenemen. Stijgende zorguitgaven gaan ten koste van andere overheidsuitgaven of leiden tot hogere lasten, ook voor werkgevers.

De huidige financieel-economische situatie vraagt om een verantwoorde ontwikkeling van de overheidsuitgaven. Iedere sector zal moeten bijdragen aan de beheersing van de uitgaven; dit geldt zeker ook voor de zorg. Om de betaalbaarheid van de zorg beter te waarborgen, een te grote stijging van de zorgpremie te voorkomen en tegelijkertijd de kwaliteit op peil te houden of te verbeteren, zijn in de afgelopen kabinetsperiode met een hervormingsagenda voor de zorg al stevige stappen gezet.

Binnen de ingezette hervormingen staan de beschikbaarheid van zorg en ondersteuning in de buurt voor mensen die dat nodig hebben centraal. Dit betekent niet alleen dat er wordt geïnvesteerd in goede basiszorg in de buurt, maar ook in samenwerking tussen de verschillende aanbieders van zorg en ondersteuning. Tegelijkertijd is het beleid erop gericht om meer invulling te geven aan de (keuze)vrijheid van patiënten, maatwerk beter mogelijk maken en het aanbod te flexibiliseren. Daarnaast wordt de eigen kracht van burgers en hun omgeving meer benut en worden de eigen verantwoordelijkheden van alle partijen in de zorg benadrukt. Ook is ingezet op het versterken van de kwaliteit van zorg door extra personeel en het stimuleren van e-health. Ten slotte zijn met veldpartijen afspraken gemaakt over een nieuwe invulling van de bekostiging van de zorg, waarbij voor het eerst duidelijke afspraken zijn gemaakt over volumebegrenzing.

Met het Begrotingsakkoord 2013 (TK 33 280, nr. 1) worden hieraan enkele nieuwe accenten toegevoegd en noodzakelijke aanvullende maatregelen getroffen zowel op het terrein van de langdurige als de curatieve (geneeskundige) zorg. In het akkoord is onder andere afgesproken dat de lichte AWBZ-zorg voor nieuwe cliënten niet meer in instellingen, maar thuis wordt geboden. Cliënten worden op deze manier zo lang mogelijk thuis verzorgd, wat aansluit bij het breed in de samenleving en politiek gedragen concept van zorg in de buurt. Om de doelmatigheid in de langdurige zorg te bevorderen wordt de uitgavenstijging in 2013 beperkt tot de groei van het zorggebruik als gevolg van de toename van de bevolking.

Bovendien draagt het Begrotingsakkoord 2013 bij aan het afremmen van de collectieve uitgavengroei in de curatieve zorg. Zo wordt in de curatieve zorg een vervangingsbijdrage per ligdag in een ziekenhuis geïntroduceerd en wordt het eigen risico verhoogd tot 350 euro. Bij de verhoging van het eigen risico worden de laagste inkomens volledig ontzien.

In de komende periode moet het maatschappelijk debat over de betaalbaarheid van de zorg verder worden gevoerd. Er zijn veel aanvullende mogelijkheden om de kosten in de zorg te beheersen, maar deze hebben ingrijpende consequenties. Om de bewustwording over de oorzaken en gevolgen van de stijgende zorguitgaven te vergroten is onlangs een 'keukentafeldiscussie' gestart. Daarin wordt ook gekeken naar mogelijke opties en maatregelen waarmee we de problemen het hoofd kunnen bieden. Bij de 'keukentafeldiscussie' willen we zeker ook gebruik maken van nieuwe, social media. De uitkomsten van de discussie – waarbij alle Nederlanders kunnen meepraten – kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het voor de toekomst behouden van een goede en toegankelijke gezondheidszorg.

Deze beleidsagenda gaat achtereenvolgens in op de curatieve zorg, de langdurige zorg, preventie, sport, jeugd en het terugdringen van (administratieve) lasten. De afsluitende paragraaf beschrijft het financieel beeld op hoofdlijnen.

2 Curatieve zorg

Goede en noodzakelijke zorg moet ook in de toekomst voor iedereen beschikbaar en betaalbaar blijven. De toenemende zorgvraag en oplopende kosten door technologische ontwikkelingen, de vergrijzing, het toenemend aantal chronisch zieken, het dreigende tekort aan personeel dwingen ons tot fundamentele en soms ingrijpende keuzes in de curatieve zorg.

Meer dan voorheen wordt van alle partijen – zorgaanbieders, zorgverzekeraars, overheid maar ook patiënten – een extra inspanning gevraagd om noodzakelijke verbeteringen door te kunnen voeren of de beheersbaarheid van zorguitgaven te vergroten. Met verschillende sectoren zijn afspraken gemaakt die niet alleen voor uitgavenbeheersing, maar ook voor kwaliteitsimpulsen moeten zorgen. Er wordt daarbij deels voortgebouwd op de ingezette lijnen, waarbij de juiste zorg op de juiste plaats wordt verleend en alle partijen hun verantwoordelijkheid nemen. Zorgaanbieders zijn hierbij verantwoordelijk voor het aanbieden van doelmatige en gepaste zorg, zorgverzekeraars voor een doelmatige zorginkoop en de overheid is op systeemniveau verantwoordelijk voor de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Met het Begrotingsakkoord 2013 worden eigen bijdragen ingevoerd of verhoogd voor kosten die te overzien zijn of die kostenbewustzijn in de hand moeten werken.

a Iedereen draagt bij

In 2011 is een akkoord gesloten met zorgaanbieders en zorgverzekeraars over een beheerste uitgavenontwikkeling in de ziekenhuiszorg. De ambitie is om de structurele uitgavengroei in de ziekenhuiszorg in de periode 2012 tot 2015 te beperken en zo rust in de sector te creëren. In het verlengde van de overeenkomst in de ziekenhuiszorg zijn in 2012 ook afspraken gemaakt met de huisartsen en de ggz. Doordat er naar verwachting ook in deze sectoren meer financiële rust komt, kan de focus komen te liggen op de dagelijkse uitvoering van de dienstverlening en kwaliteitsverbetering.

Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord Ziekenhuizen/Medisch specialisten

Het hoofdlijnenakkoord vormt een doorbraak op het gebied van ziekenhuiszorg/medisch-specialistische zorg. Voor het eerst hebben alle betrokken partijen de verantwoordelijkheid genomen voor een beheerste uitgavenontwikkeling in de komende jaren, die niet ten koste gaat van de toegankelijkheid of de kwaliteit van de zorg. Gelet op het verbeterpotentieel dat er onder andere nog is op het gebied van (de organisatie van) zorg en de inkoop van medische hulpmiddelen en geneesmiddelen, is de verwachting dat de komende jaren zal blijken dat er in deze sector meer mogelijk is voor hetzelfde geld.

Bestuurlijk akkoord curatieve geestelijke gezondheidszorg

De geestelijke gezondheidszorg (ggz) levert in Nederland een onmisbare bijdrage aan een gezonde, veerkrachtige en veilige samenleving. Het is belangrijk dat er in de ggz een goed en gevarieerd zorgaanbod bestaat om mensen met psychische aandoeningen te behandelen. Onlangs is daarom een akkoord gesloten met partijen in de ggz, zoals beroepsverenigingen, zorgaanbieders en verzekeraars maar ook met betrokkenheid van patiëntenorganisaties.

Uitgangspunt is dat passende zorg op de juiste plek wordt verleend (TK 25 424, nr. 183). Er vindt een omslag plaats van klinisch naar ambulant, van tweede lijn naar eerste lijn en van huisarts naar meer zelfmanagement. Verzekeraars en zorgaanbieders gaan de bedden capaciteit verminderen. Dit betekent dat patiënten veel meer thuis met de juiste behandeling en ondersteuning worden geholpen. Verder zijn de betrokken partijen overeengekomen preventie, zelfmanagement en het herstellen van de patiënt te stimuleren. De gehele tweedelijns-ggz stapt over op prestatiebekostiging, wat een bijdrage levert aan het terugdringen van administratieve lasten.

Partijen hebben afgesproken om voor 2013 en 2014 de jaarlijkse groei van de uitgaven in de ggz te beperken tot 2,5 procent. De afgelopen jaren lag de groei steeds op ruim 5 procent (exclusief nominale bijstellingen). Van de aanbieders in de ggz en de zorgverzekeraars wordt verwacht dat ze verantwoordelijkheid nemen voor het beperken van de stijgende zorguitgaven in deze sector. De afspraken over de uitgavengroei (inclusief afspraken over de monitoring van de gecontracteerde en niet gecontracteerde ggz) leiden tot een opbrengst van 75 miljoen euro in 2013 oplopend tot 100 miljoen euro vanaf 2014. Van deze opbrengst zal 15 miljoen euro worden ingezet voor een aanpassing van de eigen bijdrage in de ggz om zo de toegang tot deze zorg voor kwetsbare groepen te garanderen. Dit bedrag komt bovenop het bedrag van 40 miljoen euro dat hiervoor al is gereserveerd in het Begrotingsakkoord.

Bestuurlijk akkoord huisartsen

Met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) is een akkoord gesloten over de huisartsenzorg. Het akkoord betreft zowel de inhoud van de zorg als financiële aspecten. Afgesproken is dat de huisarts een centrale rol op zich neemt bij de verdere ontwikkeling van meer zorg in de buurt. Huisartsen stimuleren daartoe de invoering van innovatieve methoden, zoals e-health en flexibele openingstijden die zijn afgestemd op de patiënten die bij een praktijk zijn ingeschreven. Huisartsen zetten zich ook in om de verwijzingen naar medisch-specialistische zorg zo veel mogelijk te beperken. Hiertoe wordt de poortwachterrol van de huisarts versterkt en wordt de inschrijving op naam gehandhaafd, zodat de persoonlijke relatie tussen huisarts en patiënt behouden blijft. Ook onderzoeken we of een zogenoemd "meekijktarief" voor medisch specialisten uit het ziekenhuis die op verzoek van de huisarts meekijken kan helpen om te voorkomen dat mensen naar het ziekenhuis moeten. In dat geval hoeft er geen dbc te worden geopend. Huisartsen gaan voor 50 miljoen euro besparen op de uitgaven aan geneesmiddelen. Dit wordt gerealiseerd door doelmatiger medicijnen voor te schrijven. Dit betekent dat waar mogelijk de goedkoopste medicijnen worden voorgeschreven. Huisartsen onderkennen dat de doelstellingen van het onlangs afgesloten akkoord over de ggz gevolgen hebben voor hun praktijk en zullen hierop inspelen. Er komt extra geld beschikbaar voor de rol die praktijkondersteuners-ggz van huisartsen hierbij kunnen spelen. Huisartsen en kabinet willen meer samenwerkingsverbanden tussen huisartsenposten en spoedeisende hulpverleners, zodat minder mensen onnodig gebruik maken van spoedeisende hulpvoorzieningen (TK 32 620, nr. 71).

Onderzoek norminkomens medisch specialisten

In het Begrotingsakkoord 2013 is afgesproken dat er onderzoek wordt gedaan naar de wijze waarop de norminkomens van medisch specialisten (in loondienst en vrijgevestigd) meer in lijn kunnen worden gebracht met de inkomens van hun collega's in andere landen. De onderzoeksopdracht valt uiteen in twee delen: een beschrijvende analyse van de relatieve inkomenspositie van Nederlandse specialisten en een inventarisatie van mogelijkheden (beleidsopties) om de inkomens van Nederlandse specialisten meer in lijn te brengen met hun collega's in andere landen. Een onafhankelijke commissie onder voorzitterschap van prof. dr. Meurs voert het onderzoek uit. De resultaten worden uiterlijk 1 oktober 2012 gepresenteerd.

b Zorg op de juiste plek

Zorg en ondersteuning moeten daar plaatsvinden waar deze het meest doelmatig tegen de beste kwaliteit kunnen worden geleverd. Dat is waar mogelijk dichtbij mensen en onder eigen verantwoordelijkheid; en iets verder weg waar dat voor de kwaliteit van de zorg echt nodig is. De toename van het aantal chronisch zieken, stijgende kosten, toenemende medicalisering en een krimpende arbeidsmarkt maken het noodzakelijk om de zorg en ondersteuning anders te organiseren en te financieren.

De wijkverpleegkundige is de onmisbare schakel in buurten en wijken. Naast de afspraken die in het kader van de bestuurlijke akkoorden zijn gemaakt over de versterking van zorg in de buurt, hebben de ministeries van BZK en VWS dan ook besloten de structurele middelen (10 miljoen euro per jaar) voor projecten rond wijkverpleegkundigen in ieder geval voor de komende twee jaar via het gemeentefonds beschikbaar te stellen in de vorm van een decentralisatie-uitkering. Hiermee hebben gemeenten de gelegenheid lopende projecten voort te zetten en de inzet van wijkverpleegkundigen te garanderen. Door het geld uit de BZK-begroting rechtstreeks aan gemeenten beschikbaar te stellen, kunnen deze per stad, wijk of buurt maatwerk bieden (TK 23 235, nr. 96).

c Eigen bijdragen van burgers

Mensen hebben een eigen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid. Zorg waarvan de kosten te overzien zijn en die bij het dagelijks leven behoren, kunnen zij zelf dragen. Het wettelijk verzekerd pakket blijft beperkt tot noodzakelijke zorg die niet voor eigen rekening en risico kan komen. Internationale vergelijkingen laten bovendien zien dat zorggebruikers in Nederland relatief weinig bijdragen aan zorgkosten. Daarom worden in 2013 maatregelen getroffen die een beroep doen op deze eigen verantwoordelijkheid van burgers.

Hulpmiddelen

In 2013 wijzigt de verstrekking van een aantal medische hulpmiddelen, zoals loophulpmiddelen en hoortoestellen. Op advies van het College voor Zorgverzekeringen is besloten de rollator en andere eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen uit het basispakket te halen.

In 2013 worden de aanspraken ten aanzien van hoorhulpmiddelen functioneel omschreven en vervalt de maximumvergoeding. Zorgverzekeraars kunnen dan scherper inkopen. Dit leidt naar verwachting tot een fors lagere gemiddelde prijs voor hoortoestellen. Er komt een eigen bijdrage van 25 procent voor hoortoestellen. Door de functionele omschrijving en het vervallen van de maximumvergoeding is de verwachting dat de eigen bijdrage straks lager is dan de bijbetaling onder de huidige regeling. De maximale vergoeding bedraagt nu nog circa 500 euro terwijl de totale kosten per toestel vaak liggen tussen de 1000 en 2000 euro met als gevolg een bijbetaling van 500 tot 1500 euro.

Eigen bijdrage verblijfskosten voor medisch-specialistische zorg

Cliënten die in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra) verblijven, betalen vanaf 2013 een eigen bijdrage voor verblijfskosten van 7,50 euro per dag als gedeeltelijke compensatie voor niet-zorgkosten (voeding en verblijf). De eigen bijdrage geldt voor iedereen van 18 jaar en ouder. In de langdurige zorg en bij een langdurig ggz-verblijf is al sprake van vergelijkbare verblijfskosten.

Verhogen eigen risico met compensatie voor de lagere inkomens

Het eigen risico is in het Begrotingsakkoord 2013 met 115 euro verhoogd. Verhoging van het verplicht eigen risico betekent dat verzekerden een groter deel van de kosten zelf dragen en minder betalen via de nominale premie en de inkomensafhankelijke bijdrage. Een verhoging van het eigen risico leidt ertoe dat het gemiddeld eigen risico met 61 euro stijgt en de premie en de inkomensafhankelijke bijdrage in totaal met ongeveer 61 euro daalt. De eerste 350 euro betaalt de gebruiker zelf, alle kosten daarboven worden gedekt uit premie-inkomsten. In het Begrotingsakkoord 2013 is afgesproken dat de maximum zorgtoeslag met 115 euro per persoon verhoogd wordt als compensatie voor de verhoging van het eigen risico met 115 euro. Huishoudens met een inkomen tot het wettelijk minimumloon worden zo volledig gecompenseerd voor de verhoging van het verplicht eigen risico. Huishoudens met een inkomen boven het wettelijk minimumloon ontvangen minder extra zorgtoeslag en dus minder compensatie. Door deze maatregel kan de solidariteit in de zorg in stand blijven; tussen ziek en gezond en tussen arm en rijk. Door deze maatregel blijft een ruim pakket mogelijk waarvoor gezonde mensen evenveel premie betalen als zieke mensen die veel kosten hebben, terwijl de vormgeving van de maatregel ertoe leidt dat de verhoging van het verplicht eigen risico inkomensafhankelijk is.

Verzachten eigen bijdrage curatieve ggz

In het Begrotingsakkoord 2013 is afgesproken de eigen bijdrage in de curatieve ggz te verzachten om zo de toegang tot deze zorg voor kwetsbare groepen te garanderen.

d Kwaliteit en veiligheid

Investeren in opleidingen en taakherschikking

Er komen honderden extra opleidingsplaatsen voor artsen, medisch specialisten, verpleegkundig specialisten en physician assistants. Het verhogen van het aantal opleidingsplaatsen beoogt de toenemende vraag naar zorg op te vangen. Het aantal bekostigde opleidingsplaatsen stijgt met ruim 800 plaatsen. De initiële opleidingen geneeskunde laten in het studiejaar 2012-2013 al 200 extra studenten toe. Bij de medische vervolgoopleidingen (voor specialisten) komen er ten minste 300 opleidingsplaatsen bij. De verplichte loting voor de opleiding geneeskunde wordt afgeschaft. In plaats hiervan komt een decentrale selectie. Zo wordt de kans groter dat zeer gemotiveerde en geschikte studenten de opleiding kunnen volgen.

Taakherschikking is een belangrijk onderdeel van het arbeidsmarktbeleid in de zorg. Mede om die reden stijgt het aantal plaatsen bij de hbo-masteropleidingen voor verpleegkundig specialisten en physician assistants de komende twee jaar structureel met 300 plaatsen naar 700 per jaar (TK 29 282, nr. 148).

Kwaliteitsinstituut

Het Kwaliteitsinstituut wordt onderdeel van het Zorginstituut Nederland en gaat per 1 januari 2013 van start. Het doel van het Kwaliteitsinstituut is het stimuleren van de ontwikkeling van professionele standaarden, richtlijnen en indicatoren. Kwaliteit is en blijft van het veld. Pas als veldpartijen het laten afweten, neemt het instituut zelf het initiatief. De onafhankelijkheid van het Zorginstituut wordt gegarandeerd doordat het een zelfstandig bestuursorgaan is. Het moet een 'slim en slank' instituut zijn. Slim in de zin van het vormen van netwerken, kennisdeling en inbreng. Slank in de zin van een kleine sectie met een flexibele inzet van personeel.

De komst van het Zorginstituut werpt zijn schaduw al vooruit. In toenemende mate beginnen medische professionals (mede)verantwoordelijkheid te nemen voor de kosten van therapieën en geneesmiddelen. Zeker waar dit gebeurt in samenspraak met patiëntenorganisaties en de resultaten worden vastgelegd in richtlijnen, is de uitkomst doorgaans beter dan wat alleen met regels of verplichtingen had kunnen worden bereikt. Zowel in termen van kwaliteit als kosteneffectiviteit.

IGZ

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft de afgelopen jaren de nodige stappen gemaakt in de ontwikkeling naar een moderne toezichthouder. De IGZ dient daadkrachtig en proactief te zijn. Daarvoor is in de VWS Toezichtvisie IGZ van januari 2012 onder andere een nieuwe norm aangekondigd: binnen de termijn van één jaar dienen meldingen door de IGZ te zijn afgehandeld. Er mag alleen met goede redenen van worden afgeweken. Hierbij geldt het 'pas toe of leg uit-principe'. De IGZ investeert ook fors in het beter betrekken en goed omgaan met burgers, patiënten en cliënten. De IGZ voert meer inspecties uit op de werkvloer, zowel onaangekondigd als aangekondigd. Met een onderzoek naar de IGZ wordt de organisatie doorgelicht om na te gaan of deze robuust genoeg is om de toezichtvisie, met daarin nieuwe normen en eisen, en een aantal aandachtspunten van de Nationale ombudsman (No) uit te voeren. Verder wordt bezien of de processen en systemen hierop voldoende zijn berekend. Daarnaast kijkt de commissie-Sorgdrager in een ander onderzoek naar meldingendossiers en de afhandeling daarvan. Dit onderzoek moet een 'herstel van vertrouwen' in de IGZ bewerkstelligen en tegelijkertijd lessen opleveren voor de uitvoering van de toezichtvisie en de aandachtspunten van de No. De resultaten van beide onderzoeken zullen in 2013 bij de ingezette omslag van de IGZ worden betrokken (TK 33 149, nr. 9).

3 Langdurige zorg

De langdurige zorg is gericht op mensen met een langdurige zorgbehoefte bijvoorbeeld zorg voor mensen met een beperking of zorg voor ouderen. In het Begrotingsakkoord 2013 is besloten tot maatregelen gericht op het anders organiseren van de langdurige zorg en het afremmen van de uitgavengroei. Desondanks nemen de AWBZ-uitgaven in 2013 toe.

a Zorg dichtbij huis

Het is van belang dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen en dat zij in hun eigen omgeving kunnen worden ondersteund en verzorgd. De huidige lichte intramurale zorg voor nieuwe cliënten wordt niet meer in instellingen geboden. Cliënten houden wel recht op zorg maar verblijf maakt er geen onderdeel meer van uit. Deze maatregel sluit aan bij het concept van zorg in de buurt en speelt in op de wens van de cliënt om zolang mogelijk in eigen huis te worden verzorgd.

De extramuralisering van de lichte intramurale zorg wordt in enkele jaren geleidelijk ingevoerd. Doordat de maatregelen alleen gelden voor nieuwe cliënten krijgen zorgaanbieders de tijd om het zorgaanbod aan te passen aan de al ingezette trend van meer zorg bij mensen thuis. Naast het extramuraliseren van de lichte intramurale zorg is in het Begrotingsakkoord 2013 afgesproken dat de verhoging van de intramurale tarieven in de ggz en de gehandicaptensector en de pgb-tarieven voor verblijfsgeïndiceerden per 2013 wordt teruggedraaid. Dit betekent dat in totaal circa 0,3 miljard euro minder budget beschikbaar wordt gesteld voor deze sectoren. Tegenover het terugdraaien van de verhoging staat dat de voorgenomen IQ-maatregel niet wordt uitgevoerd. De maatregel 'beperken doelgroep AWBZ' uit het regeerakkoord voorzigt in het verlagen van het IQ-criterium voor recht op zorg van 85 naar 70.

De middelen voor het verbeteren van de kwaliteit van de ouderenzorg zijn in het Begrotingsakkoord behouden gebleven (structureel circa 0,4 miljard euro). Met veldpartijen worden de komende tijd zo helder mogelijke doelen geformuleerd om doelgericht te investeren in de extramurale en intramurale ouderenzorg.

Ingrepen in het persoonsgebondenbudget (pgb) zijn noodzakelijk om het instrument toekomstbestendiger en solide te maken. Nieuwe cliënten komen vanaf 2013 pas na een jaar zorg in aanmerking voor een pgb, tenzij op basis van de indicatie de verwachting is dat de zorgvraag langdurig is. Ook zal het zorgkantoor op basis van een pgb-plan op aangeven van de cliënt eerst bezien of er geen passende zorg in natura beschikbaar is. Het 10-uurs criterium komt te vervallen voor cliënten met de functies persoonlijke verzorging en/of verpleging (al dan niet in combinatie met begeleiding). Hiervoor is in het Begrotingsakkoord 150 miljoen euro extra uitgetrokken. Voor cliënten met alleen begeleiding en tijdelijk verblijf blijft het 10-uurscriterium gehandhaafd. Met ingang van 2014 zal het pgb niet meer worden overgemaakt op de bankrekening van de cliënt, maar komt het geld voor alle pgb-houders als trekkingsrecht beschikbaar en wordt het pgb bruto uitbetaald.

Bij het uitwerken van deze maatregelen en beleidsvoornemens is het van groot belang de effecten op mensen met een langdurige zorgvraag mee te wegen. Er zal daarom worden doorggegaan met het organiseren van ontmoetingsdagen met mensen die zorg krijgen én bieden.

b Betere kwaliteit en zorg goed waarderen

Extra personeel

Om het voor zorginstellingen mogelijk te maken dat zij extra personeel kunnen aannemen en opleiden, zijn met ingang van 2012 extra middelen ter beschikking gesteld voor het verhogen van de maximum zzp-tarieven voor alle sectoren. Met het Begrotingsakkoord 2013 wordt de voorgenomen structurele investering in extra personeel voor de ouderenzorg voortgezet. Ook middelen die zijn toegevoegd aan het stagefonds, zijn behouden.

Wmo

De wijziging van de Wmo met het oog op de decentralisatie van de functies extramurale begeleiding en kortdurend verblijf is door de Tweede Kamer controversieel verklaard (TK 33 825, nr. 1). In 2013 zet het Transitiebureau op verzoek van de Tweede Kamer de voorbereidende activiteiten door om de positieve dynamiek bij gemeenten en veldpartijen te behouden (TK 33 127, nr. 59). Deze activiteiten zijn gericht op het versterken van de Wmo met het oog op bestaande en eventuele nieuwe taken, zoals het versterken van de positie van de lokale Wmo-raden. Ook worden gemeenten, zorgaanbieders en cliënten gericht voorbereid op een eventuele decentralisatie van extramurale begeleiding en kortdurend verblijf. Zo wordt in 2013 ingezet op het versterken van een coalitieaanpak tussen gemeenten, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties en op het versterken van de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars.

Cumulatie van effecten

In de voorbereiding van maatregelen op het terrein van ondersteuning wordt gericht ingezet op het leggen van verbindingen tussen de terreinen onderwijs, werk, zorg en welzijn. Mensen die maatschappelijke ondersteuning behoeven, hebben vaak op meer terreinen ondersteuning nodig. Bij het doorvoeren van maatregelen die kwetsbare groepen treffen, heeft het kabinet oog voor cumulatieve effecten.

Informele zorg en dienstverlening

Er wordt gestreefd naar een herordening van taken en verantwoordelijkheden tussen overheid en samenleving. De hiervoor vereiste cultuuromslag is breed ingezet met de Wmo, die uitgaat van de kracht van de lokale gemeenschap. Vrijwilligersbeleid is hier een onderdeel van en heeft een nauwe relatie met het burgerschapsbeleid van het ministerie van BZK. In 2013 zal het ministerie van VWS samen met het ministerie van BZK én maatschappelijke partners activiteiten ontplooiën om vrijwilligers beter te ondersteunen.

Tevens wordt ernaar gestreefd om informele zorgverleners (mantelzorgers) beter te ondersteunen. Ook hier is een brede coalitieaanpak het uitgangspunt. We gaan in overleg met werkgevers, gemeenten, huisartsen en andere professionals om afspraken te maken over het nog beter ondersteunen van mantelzorgers. Op basis van de in 2012 verschenen beleidsvisie (TK 30 169, nr. 26) zal in 2013 onder meer verder worden ingezet op mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid en het versterken van de sleutelrol van de huisarts bij het opsporen van mantelzorgers en het voorkomen van overbelasting bij deze zorgverleners.

Wet zorg en dwang

Het voorstel Wet zorg en dwang (TK 31 996, nr. 2) richt zich op mensen in de gehandicapten- en ouderenzorg, bijvoorbeeld wanneer sprake is van een verstandelijke beperking of dementie. Centraal in het wetsvoorstel staat dat gedwongen zorg in principe niet mag (nee, tenzij). Iemand mag alleen onvrijwillig worden verzorgd (in instelling of in de thuissituatie) als sprake is van ernstig nadeel voor de cliënt zelf of voor anderen. Primair beoogt dit wetsvoorstel de rechtspositie van cliënten te versterken. Tweede belangrijke doelstelling is ervoor te zorgen dat er minder snel en minder lang dwang kan worden toegepast door de beginselen van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid niet alleen expliciet in de wet op te nemen, maar ook te laten vastleggen in het zorgplan. Het wetsvoorstel draagt in de kern zorg voor een duidelijk en zorgvuldig afwegingskader en het op het juiste moment inzetten van de benodigde kennis en expertise.

c Afremmen van de uitgavengroei

Ook in de langdurige zorg worden maatregelen genomen om de betaalbaarheid van de zorg te verbeteren.

Beperken AWBZ-uitgaven tot demografische groei

Om de doelmatigheid te bevorderen, blijft de uitgavenstijging in 2013 beperkt tot de geraamde demografische groei van het zorggebruik. Dit betekent dat op een totaal van circa 26 miljard euro voor de langdurige zorg, een bedrag van 150 miljoen euro structureel in mindering wordt gebracht. Voor de komende jaren is echter nog steeds sprake van groeiende AWBZ-uitgaven.

Betrekken van bovenbudgettaire vergoedingen bij AWBZ

De bovenbudgettaire vergoedingen – vergoedingen die door instellingen kunnen worden aangevraagd voor cliëntgebonden hulpmiddelen – zullen worden betrokken bij de contracteerruimte voor zorgkantoren. Dit moet de doelmatige besteding van deze middelen bevorderen.

Harmoniseren vervoerskosten instellingen

De AWBZ-vergoeding voor vervoer van en naar instellingen voor dagbesteding en behandeling blijkt uit onderzoek niet efficiënt besteed. Zo bestaan op dit moment onverklaarbare verschillen in vervoerskosten per aanbieder. De vervoerskosten voor instellingen worden geharmoniseerd per 1 januari 2013. Met de maatregel is de extra- en intramurale vergoeding gelijkgeschakeld voor alle sectoren. Hiermee wordt 150 miljoen euro bespaard.

Verhoging vermogensinkomensbijtelling AWBZ

De vermogensinkomensbijtelling wordt verhoogd tot twaalf procent. Vermogende cliënten moeten daardoor meer bijdragen aan de zorg die zij ontvangen.

d Overig

Uitvoering AWBZ door Zorgverzekeraars (UAZ)

Het demissionaire kabinet heeft ervoor gekozen de beslissing ten aanzien van het al dan niet laten doorgaan van de Uitvoering van de AWBZ door Zorgverzekeraars (UAZ) over te laten aan een nieuw kabinet. Dit betekent dat de uitvoering van de AWBZ in 2013 een taak blijft voor de zorgkantoren.

Overheveling geriatrische revalidatiezorg

Wel wordt de geriatrische revalidatiezorg per 1 januari 2013 grotendeels overgeheveld naar de Zorgverzekeringwet (Zvw). Revalidatiezorg voor ouderen valt nu nog onder de AWBZ. Deze zorg is altijd van korte duur en past daarom in beginsel beter in de Zvw. De overheveling levert winst op voor de patiënt, omdat de aansluiting tussen de behandeling in het ziekenhuis en de revalidatie soepeler zal verlopen. Ook ontstaat ruimte voor een veel gevarieerder zorgaanbod, zodat deze revalidatiezorg meer op maat kan worden geboden (TK 30 597, nr. 184).

Palliatieve zorg

In het Begrotingsakkoord 2013 wordt 10 miljoen euro extra uitgetrokken voor palliatieve zorg om patiënten met een levensbedreigende ziekte (en hun naasten) een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven te geven. Als uitgangspunt geldt dat de middelen zo veel mogelijk bij de cliënt – op de werkvloer – terecht moeten komen. Bij de inzet van de middelen wordt aangesloten bij het door de Kerngroep Palliatieve Zorg aan de Tweede Kamer aangeboden Witboek Palliatieve Zorg. De middelen worden ingezet voor de versterking van de zorg in de eerste en de tweede lijn, zodat de patiënt verzekerd is van integrale palliatieve zorg, zo dicht mogelijk rond hem georganiseerd. Praktijkgericht onderzoek zal worden gestimuleerd alsmede de verankering van palliatieve zorg in opleidingen. Tevens zijn de middelen bestemd voor een verhoging van het subsidieplafond gericht op vrijwilligerswerk in de palliatieve terminale zorg.

4 Preventie

In het Begrotingsakkoord 2013 zijn ook afspraken gemaakt over extra uitgaven voor preventie. Preventie levert een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van leven. Het gaat hier om zorg dichtbij de cliënt en zijn of haar omgeving, die laagdrempelig en betrouwbaar moet zijn en kan bijdragen aan de gezondheid op lange termijn. Om het belang van dit type zorg te onderstrepen is in het Begrotingsakkoord 2013 90 miljoen euro uitgetrokken voor dieetadvisering, stoppen met roken, en het tegengaan van overgewicht bij kinderen.

Gezonde leefstijl

Vanuit de prioriteiten van de landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij' zetten we positief in op het aantrekkelijk en toegankelijk maken van gezonde keuzes (TK 32 793, nr. 2). We doen dit samen met gemeenten, bedrijfsleven, maatschappelijke organisaties, het onderwijs en zorgverleners. Daarbij is specifieke aandacht voor de jeugd en wordt een gezonde leefstijl gestimuleerd. Dat doen we onder andere door de inzet van social media en extra geld voor voorlichting op scholen. Het is belangrijk risico's vroeg te signaleren en de weerbaarheid van jongeren te vergroten om dagelijkse verleidingen te weerstaan. Verder is het van belang grenzen te stellen en die te handhaven. Een voorbeeld van het laatste is het strafbaar stellen van het bezit van alcohol voor jongeren onder de 16 jaar, zoals dat is geregeld in de Drank- en Horecawet die per 1 januari 2013 wordt gewijzigd. Hiermee zijn jongeren zelf ook verantwoordelijk als zij onder de 16 jaar alcohol bij zich hebben op straat of in het café.

Dieetadvisering

Vanaf 1 januari 2013 worden de eerste drie behandeluren dieetadvisering vergoed uit de basisverzekering. De aanspraak op dieetadvisering, als onderdeel van de gecoördineerde, multidisciplinaire zorg, wordt dan teruggebracht van vier naar drie behandeluren.

'Stoppen met roken'

Ook de medicijnen bij 'stoppen met roken' worden, als onderdeel van een 'stoppen met roken'-programma vanaf 1 januari 2013 weer opgenomen in de basisverzekering. Dit betekent dat naast de begeleiding bij stoppen met roken door bijvoorbeeld de huisarts, ook de combinatie van begeleiding en farmacologische ondersteuning (nicotinepleisters, e.d.) in het kader van het 'stoppen met roken'-programma worden vergoed via het basispakket.

Tegengaan overgewicht bij kinderen

Overgewicht is een toenemend probleem onder jongeren. Ongeveer één op de zeven kinderen heeft overgewicht. Om dit tegen te gaan wordt fors geïnvesteerd in diverse bestaande programma's voor overgewicht, jeugd en gezondheid. De inzet is primair gericht op voeding en bewegen. Waar mogelijk wordt – aansluitend bij de omslag in leefstijlbeleid – de verbreding gemaakt naar andere leefstijlthema's. Zo wordt voor drie miljoen euro extra geïnvesteerd in het programma 'Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG)', als onderdeel van het 'Convenant Gezond Gewicht'. Via scholen wordt overgewicht op verschillende manieren aangepakt. Ook wordt via het programma 'Sport en bewegen in de buurt'

de sportimpuls bij jongeren verhoogd. Daarnaast krijgt de Jeugdgezondheidszorg voor adolescenten een impuls via een extra individueel contactmoment. Tot slot wordt geïnvesteerd in betrouwbare informatievoorziening door de overheid over een gezonde leefstijl aan ouders en jeugd via Stichting Opvoeden.nl, de digitale informatiebank voor de Centra voor Jeugd en Gezin.

5 Sport

Sport en bewegen

Via het programma 'Sport en bewegen in de buurt' wordt de sportimpuls bij jongeren verhoogd. Onderdeel van dit programma is de inzet van de buurtsportcoaches. Dit initiatief kan in 2013 verder groeien tot circa 2900 fte (TK 30 234, nr. 54). Met de uitbreiding en verbreding van de huidige impuls wil het kabinet bereiken dat meer mensen in de buurt kunnen sporten en bewegen. Maar ook dat sportverenigingen worden versterkt en er een verbinding wordt gelegd tussen sport en andere sectoren zoals onderwijs, welzijn, kinderopvang, zorg en het bedrijfsleven. Daarmee kunnen de sportbuurtcoaches tevens een bijdrage leveren aan het lokaal bevorderen van gezondheid en leefbaarheid.

De overheid steunt het klimaat voor topsport in Nederland. In 2013 worden de VWS-middelen voor topsport (met uitzondering van de middelen voor antidopingbeleid, evenementenbeleid en het Stipendium) met één subsidie aan NOC*NSF ter beschikking gesteld om zo aan de top 10-ambitie – zoals beschreven in de Sportagenda 2013 – uitvoering te kunnen geven. De inzet van NOC*NSF en de Rijksoverheid wordt hiermee gebundeld en de beschikbare middelen kunnen gericht worden ingezet op succesvolle takken van sport.

6 Jeugd

Stelselwijziging jeugdzorg

Met ingang van 1 januari 2015 worden gemeenten verantwoordelijk voor alle ondersteuning, hulp en zorg voor de jeugd. Gemeenten kunnen dan maatwerk bieden dat is afgestemd op de lokale en individuele situatie. Ook krijgen zij wettelijk de opdracht jeugdhulp herkenbaar en laagdrempelig aan te bieden waarbij aansluiting gezocht wordt bij het eigen probleemoplossend vermogen van jongeren, ouders en hun sociale omgeving. Het stelsel moet eenvoudiger en een integrale aanpak van problemen bevorderen.

In de brieven 'Geen kind buiten spel' (TK 31 839, nr. 142) en de 'Voortgangsbrief stelselwijziging jeugd' (TK 31 839, nr. 200) zijn de contouren uiteengezet van het nieuwe stelsel. Dat gaat uit van een systeem dat snel, goed en op maat functioneert en een eenvoudige en integrale aanpak van problemen door gemeenten bevordert. De hoofddoelen zijn dan ook tijdige ondersteuning en zorg op maat en betere samenwerking tussen hulpverleners rond jongeren en gezinnen. De decentralisatie van jeugdhulp naar gemeenten moet ook een cultuuromslag bevorderen naar demedicaliseren en ontzorgen en het voorkomen van onnodige problematisering en etikettering. De concretisering van onderdelen van het nieuwe stelsel wordt in overleg met veldpartijen de komende tijd nader vorm gegeven. Een transitiebureau van VNG, het ministerie van Veiligheid en Justitie en VWS ondersteunt gemeenten, provincies, instellingen en andere partijen met de voorbereidingen van de stelselwijziging. Gegeven de brede consensus is het concept van de nieuwe jeugdwet medio 2012 in overleg met de Tweede Kamer voor consultatie naar het veld gestuurd.

Jeugdgezondheidszorg

Er zal een impuls worden gegeven aan het contactmoment Jeugdgezondheidszorg voor adolescenten (met onder meer extra aandacht voor het tegengaan van obesitas bij kinderen). Het contactmoment richt zich naast aandacht voor gezond gewicht, op thema's als veilig vrijen, het gebruik van alcohol en drugs, pesten en depressie. Met dit extra contactmoment kan de Jeugdgezondheidszorg passende zorg leveren voor jongeren in de leeftijd van het voortgezet onderwijs en middelbaar beroepsonderwijs. In sommige gemeenten lopen al projecten voor een contactmoment of meer zorg voor jongeren vanaf 14 jaar. Met deze extra middelen kunnen gemeenten bestaande activiteiten structureel verankeren, verder verbreden en uitbouwen. Gemeenten die nog geen contactmoment aanbieden aan adolescenten kunnen dit alsnog snel invoeren.

Daarnaast wordt in het najaar 2012 het advies van de Commissie Evaluatie Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg verwacht. Deze commissie adviseert over de inhoud van een nieuw preventief gezondheidszorgpakket voor alle kinderen in Nederland. De opdracht komt voort uit de stelselwijziging jeugd. Op basis van dit advies wordt waar nodig de Wet en/of het Besluit Publieke Gezondheid aangepast in 2013. Inwerkingtreding van het nieuwe basistakenpakket is voorzien gelijktijdig met de inwerkingtreding van de nieuwe Wet op de Jeugdhulp.

Aanpak kindermishandeling

De voorgenomen stelselwijziging jeugdzorg heeft ook gevolgen voor de aanpak kindermishandeling. In de nieuwe stelselopzet moeten gemeenten zorg dragen voor preventie, signaleren, melden en nazorg van zowel huiselijk geweld als kindermishandeling. Tevens organiseren zij op bovenlokaal niveau een meldpunt voor huiselijk geweld en kindermishandeling, met één frontoffice. Daarin worden de taken van de Steunpunten Huiselijk Geweld en de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling gecombineerd. Gemeenten krijgen de ruimte om de schaal en werkwijze van deze meldpunten te bepalen.

Aanpak geweld in afhankelijkheidsrelaties

De aanpak van kindermishandeling en huiselijk geweld (TK 28 335, nr. 117) maakt onderdeel uit van een bredere aanpak van geweld in afhankelijkheidsrelaties waartoe ook ouderenmishandeling, eergegrelateerd geweld en vrouwelijke genitale verminking behoren. Door een interdepartementale aanpak wordt geweld tegen de verschillende groepen kwetsbare mensen met één duidelijke benadering aangepakt: voorkomen, signaleren, stoppen en schade beperken. Hierbij wordt ook gebruikgemaakt van opvang. Het kabinet zet zoveel mogelijk in op een algemene aanpak voor alle kwetsbaren, waar nodig aangevuld met specifieke acties voor specifieke groepen. Voor deze aanpak wordt in 2013 in totaal bijna 15 miljoen euro uitgetrokken. VNG en de Federatie Opvang voeren tot eind 2014 gezamenlijk het project 'aanpak geweld in huiselijke kring' uit, om te komen tot een flexibel, decentraal en toekomstbestendig stelsel van opvang van alle slachtoffers.

Het Actieplan 'Ouderen in veilige handen', dat tot 2014 loopt, richt zich specifiek op ouderenmishandeling. VWS voert samen met andere partijen tien concrete acties uit die gericht zijn op preventie, signaleren, melden en de verbetering van de ondersteuning van slachtoffers (TK 29 398, nr. 36). In 2013 wordt de rijksoverheids campagne 'geweld in huiselijke kring' herhaald. De Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling wordt in de loop van 2013 van kracht, afhankelijk van tijdige behandeling.

7 Administratieve lasten en compacte overheid

In 2013 blijft het verminderen van administratieve lasten voor burgers en bedrijven een aandachtspunt. Ook VWS draagt hieraan bij. In de zorgsector kan er door slimmer of minder beleid op papierwerk worden beperkt en in overbodige regels gesnoeid. Tegelijkertijd zet VWS zelf verdere concrete stappen op weg naar een meer compacte en efficiënte overheid.

Minder overhead en administratieve lasten in de langdurige en curatieve zorg

Personeel in de langdurige zorg moet minder tijd kwijt zijn aan papierwerk, zodat er meer tijd overblijft voor de zorg van de cliënt. In 2012 is het experiment met regelarme zorginstellingen van start gegaan. Daarbij wordt in kaart gebracht wat nodig is om onnodige bureaucratie in de langdurige zorg weg te nemen. De meeste experimenten beginnen op 1 januari 2013.

In de curatieve en eerstelijnszorg wordt geëxperimenteerd met nieuwe vormen van bekostiging. In het najaar van 2012 wordt een shortlist van de geselecteerde experimenten aan de Tweede Kamer gestuurd. Eén van de criteria die zal worden gehanteerd bij het beoordelen van deze experimenten is het terugdringen van administratieve lasten.

In de langdurige zorg wordt daarnaast het plan 'Meer tijd voor de cliënt' uitgevoerd. Dit betreft onder andere het zoeken naar alternatieven voor de minutenregistratie in de extramurale zorg. Deze zorg wordt al jarenlang als zeer tijdrovend ervaren. Ook wordt ingezet op een vereenvoudiging van toezichtlasten door het versimpelen van de administratieve rompslomp, bijvoorbeeld bij meldingen en het vereenvoudigen van verplichtingen daarbij. Tevens wordt de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) vereenvoudigd en gemoderniseerd.

Tot slot wordt gewerkt aan het vereenvoudigen en stroomlijnen van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV). Het JMV is bedoeld om de vraag naar informatie door verschillende partijen aan zorgaanbieders in zowel de curatieve als de langdurige zorg te bundelen. Deze vraag wordt met ingang vanaf 2013 beperkt tot strikt noodzakelijke informatie hetgeen een substantiële vermindering van de administratieve lasten voor aanbieders betekent. Door slimmere automatisering is het ook niet meer nodig om de gegevens uit de jaarrekening handmatig in te voeren in DiGiMV.

Complexiteitsreductie en versterken kennisagenda

Een compacte overheid vraagt om minder en eenvoudiger regels en een transparant sturingsconcept. In het afgelopen jaar is de bestuurlijke vormgeving van de zorgsector doorgelicht. Doel is een vermindering van de complexiteit van de aansturing. De doorlichting is in eerste instantie toegespitst op het takenpakket van zeven agentschappen en ZBO's in het VWS-domein. In de vervolgaanpak die in 2013 zijn beslag moet krijgen, lopen nog 19 andere organisaties mee. VWS zet daarmee verdere stappen in het efficiënter en effectiever organiseren van haar uitvoeringsorganisaties.

Een compacte overheid heeft ook minder capaciteit voor begeleiding en reactie op kennis- en adviesrapporten. Dat betekent onder meer focus op kennis die nodig is voor beleidsvoorbereiding en implementatie van beleidsdoelen. In 2013 zal VWS met een samenhangende kennisagenda gericht sturen op (het aantal) kennis- en onderzoeksvragen en daarmee een taakstelling op de adviesfunctie kunnen doorvoeren.

8 Financieel beeld op hoofdlijnen

Om te komen tot een verantwoorde ontwikkeling van de overheidsuitgaven, wordt van iedereen in de samenleving een bijdrage gevraagd. Voor de zorg geldt dat met zorgaanbieders de afgelopen periode afspraken zijn gemaakt om voor de komende jaren te komen tot een beheerste uitgavenontwikkeling. Voor burgers wijzigt het verzekerd pakket en wordt via de eigen bijdrage een aandeel gevraagd. Tegelijkertijd wordt er gericht geïnvesteerd in preventie en palliatieve zorg. De getroffen maatregelen leveren op termijn met twee miljard euro een aanzienlijke bijdrage aan het terugdringen van de overheidsuitgaven.

De uitgavengroei in de curatieve zorg wordt voor verschillende sectoren dankzij enkele gesloten bestuurlijke akkoorden teruggebracht tot 2,5 procent (exclusief loon- en prijsbijstelling). Het gaat daarbij om instellingen voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuizen, zbc's), de curatieve ggz en de huisartsen. Dit is een forse opgave voor deze sectoren, die daarmee laten zien dat uitgavenbeheersing een gedeelde verantwoordelijkheid is.

In de langdurige zorg is de afgelopen periode ook gewerkt aan uitgavenbeheersing. Zo is de uitbreiding van de intramurale capaciteit onder de contracteerruimte gebracht. Ook is per 1 januari 2012 de contracteerplicht afgeschaft. Dit zorgt ervoor dat zorgkantoren niet meer verplicht zijn met alle zorgaanbieders in de regio contracten af te sluiten. Het komende jaar moeten de eerste effecten van deze beleidswijzigingen zichtbaar worden. Een belangrijke hervorming uit het Begrotingsakkoord 2013 betreft het extramuraliseren van lichte intramurale zorg. Cliënten worden hierdoor in de eigen omgeving geholpen en kunnen zo lang mogelijk thuis worden verzorgd. Op termijn levert dit een besparing op van circa 0,4 miljard euro.

Ook van burgers wordt een bijdrage gevraagd. Zorg waarvan de kosten te overzien zijn en die bij het dagelijks leven behoren, kunnen cliënten zelf dragen. Het eigen risico wordt in het Begrotingsakkoord 2013 verhoogd met 115 euro tot 350 euro. Daarnaast wordt een compensatie gevraagd voor niet-zorgkosten (voeding en verblijf) wanneer men in een instelling voor medisch-specialistische zorg verblijft. Ook wijzigt de verstrekking van een aantal medische hulpmiddelen, zoals de rollator en andere loophulpmiddelen en hoortoestellen. Ten slotte wordt de vermogensinkomensbijtelling in de AWBZ verhoogd tot twaalf procent. Vermogende cliënten dragen daardoor meer bij aan de zorg die zij ontvangen.

In juni 2012 heeft de ambtelijke 'Taskforce Beheersing Zorguitgaven' het rapport 'Naar beter betaalbare zorg' uitgebracht. Het rapport doet aanbevelingen om de collectieve zorguitgaven op de middellange termijn beter te beheersen en op een houdbaar groeipad te krijgen. Hiervoor moet zorg terug naar de kern, moet zorg op de juiste plaats verleend worden en dienen alle partijen een grotere bijdrage aan de beheersing van de zorguitgaven te leveren. Daarnaast stelt het rapport dat voor een goede werking van het zorgsysteem adequate informatievoorziening noodzakelijk is. Het is aan een volgend kabinet om te besluiten over de aanbevelingen.



Dit is een uitgave van
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres
Parnassusplein 5 | 2511 vx Den Haag

Postadres
Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag
Telefoon 070 340 79 11
Telefax 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Meer informatie
Met vragen kunt u terecht bij
Informatie Rijksoverheid: bel 1400 (lokaal tarief).
De medewerkers zijn op werkdagen telefonisch bereikbaar
van 08.00 tot 20.00 uur

september 2012

II. Afkortingenlijst

aCBG agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen
AL Administratieve Lasten
ALT Antonie van Leeuwenhoekterrein
AMvB Algemene Maatregel van Bestuur
AO Algemeen Overleg
AWBZ Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZ (ministerie) Algemene Zaken
AZR AWBZ-brede zorgregistratie
BBB beschikbaarheidsbijdrage
BES Bonaire/St Eustatius/Saba
BIG Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BPZ (directie) Bestuurlijke en Politieke Zaken
BRV bovenregionaal sociaalrecreatief vervoer
BW Burgerlijk Wetboek
BZK (ministerie) Binnenlandse Zaken en Koninklijkrelaties
CAK Centraal Administratie Kantoor
CBS Centraal Bureau voor de Statistiek
CCD Cure & Care Development
CEG Centrum voor Ethiek en Gezondheid
CER Compensatie Eigen Risico
Cib Centrum Infectieziektebestrijding
CIBG (agentschap) Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg
CIZ Centrum Indicatiestelling Zorg
CPB Centraal Planbureau
CVZ College voor Zorgverzekeringen
CZ (directie) Curatieve Zorg
DAZ Doorlichting aansturing zorgstelsel
DBC Diagnose Behandel Combinatie
DBV (directie) Bedrijfsvoering
DCo Directie Communicatie
DGCZ Directoraat-generaal Curatieve Zorg
DGLZ Directoraat-generaal Langdurige Zorg
DGO Departementaal Georganiseerd Overleg
DGV Directoraat-generaal Volksgezondheid
DHLG Disability High Level Group
DHW Drank- en Horecawet
DKG Diagnose Kostengroep
DMO Directie Maatschappelijke Ondersteuning
DNB De Nederlandse Bank
DO&P Directie Organisatie & Personeel
ECDC European Centre for Disease Prevention and Control
EFSA European Food Security Authority
EMA European Medicines Agency
EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictioin
EK Eerste Kamer
EL&I (ministerie) Economische zaken, Landbouw & Innovatie
EPA Ernstig Psychiatrische Aandoening
EPD Elektronisch Patiënten Dossier
EU Europese Unie
FES Fonds Economische Structuurversterking
FEZ (Directie) Financieel-economische Zaken
FIN (ministerie) Financiën
FIOD Fiscale inlichtingen- en opsporingsdienst

FZO Fonds Ziekenhuisopleiding
G4 grootste vier steden: Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht
PGB Persoonsgebonden budget
GGZ Geestelijke Gezondheidszorg
GIA Geweld in afhankelijkheidsrelatie
GMT (Directie) Geneesmiddelen en Medische Terminologie
IBMG instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
IBO Interdepartementaal Beleidsonderzoek
IGZ Inspectie Gezondheidszorg
IHCB Indisch Herinneringscentrum Bronbeek
IJZ Inspectie Jeugdzorg
IMTA institute for medical technology assessment
IPO Interprovinciaal Overleg
ISZW Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid
IZ (directie) Internationale Zaken
J (directie) Jeugd
JMW Joods Maatschappelijk Werk
KNMG Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
Kwz Kwaliteitswet zorginstelling
LHV Landelijke Huisartsen Vereniging
LSH Life Sciences Health
LSP Landelijk SchakelPunt
LZ (directie) Langdurige Zorg
M&I/partners adviesbureau
MBI macrobeheerinstrument
MC (directie) Markt en Consument
METC medisch-ethische toetsingcommissies
MEVA (directie) Macro- Economische Vraagstukken en Arbeidsvoorwaardenbeleid
MO Maatschappelijke Opvang
NFU Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NOC*NSF (Nederlands Olympisch Comité * Nederlandse Sport Federatie
NPCF Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NPO Nationaal Programma Ouderenzorg
NVWA Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit
NVZ Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NVZD Vereniging van Bestuurders in de Zorg
NZa Nederlandse Zorgautoriteit
NVI Nederlands Vaccin Instituut
NVZ Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
O&F Organisatie en Formatie
OBP (directie) Organisatie, Bedrijfsvoering en Personeel
OCW (ministerie) Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
O&O-fondsen Opleiding- en Ontwikkelingsfondsen
OESO Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
OM Openbaar Ministerie
OMS Orde Medische Specialisten
OMT Outbreak Management Team
PG (directie) Publieke Gezondheid
PGO Fonds voor Patiënten, Gehandicaptenorganisaties en Ouderenbonden
POH praktijkondersteuning
pSG Plaatsvervangend Secretaris-generaal
PZ Parlementaire Zaken
QALY quality-adjusted life year
RAD Rijks Audit Dienst
RGO Raad voor Gezondheidsonderzoek

RIVM Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RMO Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
ROM Routine Outcome Monitoring
RVOB Rijksvastgoed- en ontwikkelingsbedrijf
RVP Rijksvaccinatieprogramma
RVZ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
S (directie) Sport
SBB Sport en Bewegen in de Buurt
SCP Sociaal en Cultureel Planbureau
SEO onderzoeksbureau
SEOR Sociaal Economisch Onderzoek Rotterdam
SER Sociaal- Economische Raad
SG Secretaris-generaal
SGO Secretaris-generaal Overleg (departementaal)
SZW (ministerie) Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TK Tweede Kamer
TKI Topconsortia voor Kennis en Innovatie
TOG (regeling) Tegemoetkoming Onderhoudskosten ouders thuiswonende Gehandicapte kinderen
UAZ Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars
UGJ Uitvoeringseenheid Gesloten Jeugdzorg
VGP (directie) Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie
VIB vermogens inkomensbijtelling
V&J (ministerie) Veiligheid en Justitie
VN Verenigde Naties
VNG Vereniging Nederlandse Gemeenten
VNO-NCW Verbond van Nederlandse Ondernemingen (VNO) en het Nederlands Christelijk Werkgeversverbond
VOG Verklaring Omtrent het Gedrag
VvV Verbond van Verzekeraars
VWS (ministerie) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
VZVZ Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie
WHO World Health Organisation
WJZ (directie) Wetgeving en Juridische Zaken
WMCZ Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen
WML Wet minimumloon en minimumvakantiebijslag
Wmo Wet maatschappelijke ondersteuning
WNT Wetsvoorstel normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semi-publieke sector
Wob Wet Openbaar Bestuur
WOB Wet Openbaarheid van Bestuur
Wopt Wet openbaarmaking uit publieke middelen gefinancierde topinkomens
WPG Wet Publieke Gezondheid
WRR Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
Wtcg Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten
WTZI Wet Toelating Zorginstellingen
Wul Wet uniformering loonbegrip
Z (directie) Zorgverzekeringen
Zbo Zelfstandig Bestuursorgaan
ZN Zorgverzekeraars Nederland
ZVW Zorgverzekeringwet



Dit is een uitgave van

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres

Parnassusplein 5 | 2511 vx Den Haag

Postadres

Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag

Telefoon 070 340 79 11

Telefax 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Meer informatie

Met vragen kunt u terecht bij

Informatie Rijksoverheid: bel 1400 (lokaal tarief).

De medewerkers zijn op werkdagen telefonisch bereikbaar
van 08.00 tot 20.00 uur

November 2012