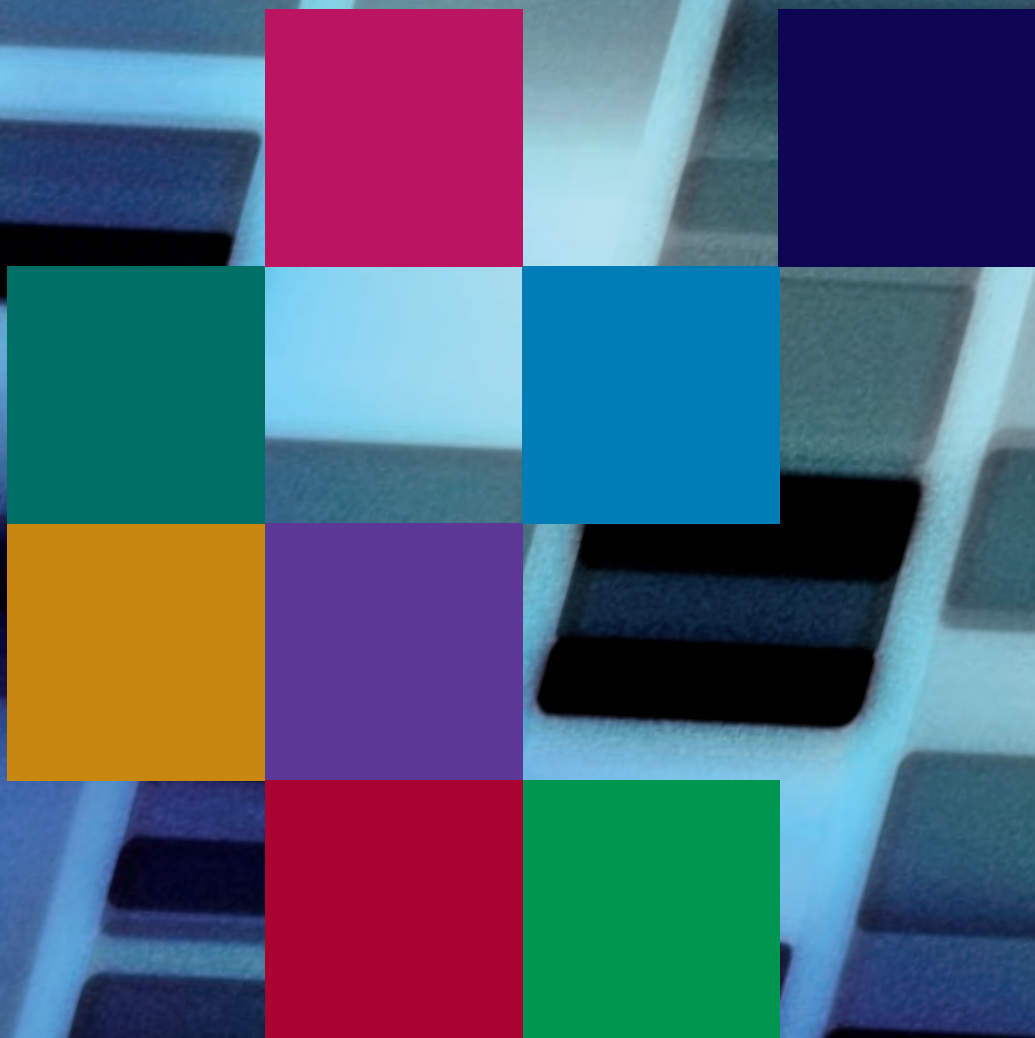


Beleidsagenda 2009



Beleidsagenda 2009

Inhoud

Inleiding	5
Curatieve Zorg	9
Langdurige Zorg	15
Preventie	19
Kwaliteit en veiligheid	22
Innovatie	26
Werken in de zorg	28
Participatie	30
Regeling voor chronisch zieken en gehandicapten	33
Sport	33
Medische ethiek	34
Orgaandonatie	35
Oorlogsgetroffenen	35
Financieel beleid op hoofdlijnen	35

Inleiding

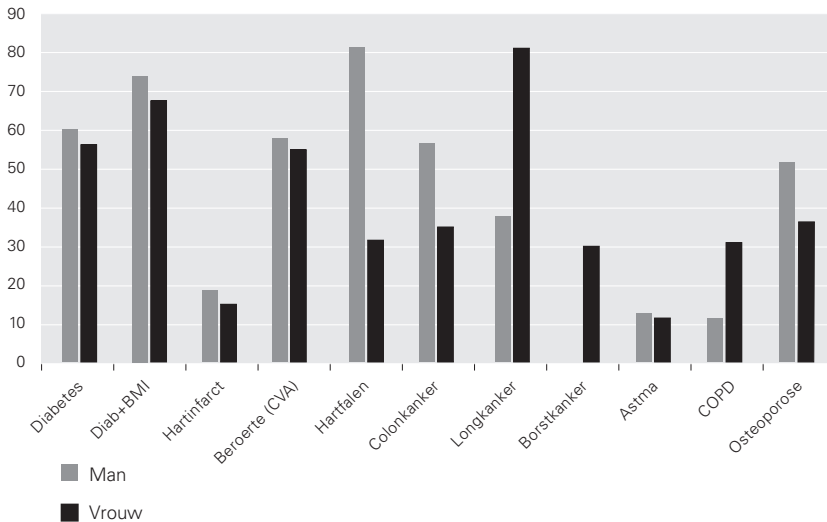
'Als je maar gezond bent!' Die veelgehoorde opmerking onderstreept hoeveel belang we hechten aan ons lichamelijk en geestelijk welbevinden. Gezondheid is waardevol en geen vanzelfsprekendheid. Gezondheid draagt in belangrijke mate bij aan het welzijn van mensen en is daarmee van groot belang voor de hele samenleving. Vandaar dat de overheid, op basis van de Grondwet, een nadrukkelijke rol heeft bij het bevorderen van de volksgezondheid. Het kabinet wil gezond leven stimuleren, uitgaande van de eigen verantwoordelijkheid van mensen voor keuzen en leefstijl. Het wil zorg dragen voor goede, veilige, toegankelijke en betaalbare zorg. Mensen moeten zo lang mogelijk zelf grip kunnen houden op hun eigen leven.

Mensen die niet meer voor zichzelf kunnen zorgen, hebben recht op respectvolle verzorging en bejegening. De zorg voor kwetsbare mensen, zoals gehandicapten en ouderen, is een graadmeter voor de kwaliteit van de samenleving. Onze ambitie is een gezond Nederland met een goede en solidaire zorg. Solidariteit tussen jong en oud, gezond en ziek.

Na de invoering van het nieuwe zorgstelsel is het nu zaak meer ruimte te creëren voor meer keuzemogelijkheden voor patiënten en te werken aan het vergroten van kwaliteit en doelmatigheid binnen de hele zorgsector. De toekomstige zorgvraag stelt ons voor serieuze uitdagingen. De vraag verandert en neemt onverminderd toe. Het aantal chronisch zieken zal de komende jaren stijgen. Dit heeft gevolgen voor het individu, de zorg en de maatschappij. De maatschappelijke en economische kosten van roken, overgewicht en bovenmatig alcoholgebruik en de effecten ervan op chronische ziekten zijn enorm. Ziekte is minder en minder een incidentele kwaal of klacht die via een korte behandeling is te verhelpen.

We willen de toename van het aantal chronisch zieken afremmen en bevorderen dat mensen zo lang mogelijk gezond blijven en blijven meedoen in de maatschappij.

Toename chronische aandoeningen van 2005-2025



Bron: Blokstra A, Verschuren W.M.M., *Vergrijzing en toekomstige Ziektelast RIVM, 2007*

VWS geeft prioriteit aan kwaliteit, transparantie, innovatie en preventie. Het zorgstelsel moet daarvoor de structurele voorwaarden bieden. Dat vergt de nodige inspanningen.

Door zorgaanbieders meer ruimte te geven om verschil te maken in kwaliteit (gemeten naar uitkomsten) en prijs wordt de zorg verbeterd. Dan blijven de premielasten en zorgkosten beheersbaar en komen er meer mogelijkheden voor zorgverzekeraars om werk te maken van de zorginkoop. Dan kunnen mensen gericht kiezen voor een bepaalde zorgaanbieder. Normen voor veiligheid en bereikbaarheid van acute zorg staan – naast patiëntenrechten – borg voor een basiskwaliteit.

De kwaliteit van zorgverlening dient voortdurend te worden verbeterd. Zorgverleners en zorgverzekeraars worden gestimuleerd de ruimte te gebruiken die het stelsel geeft om te innoveren. We verwachten concrete vernieuwingen van het in 2008 opgerichte Zorginnovatieplatform.

Uitgangspunt is steeds dat de patiënt centraal staat. Een nauw sluitende keten van vroegtijdige onderkenning van een aandoening, zelfmanagement en passende zorg is van belang. Preventie krijgt een belangrijker plaats en wordt beter met de curatieve zorg verbonden. Het is onze bedoeling enkele preventieve interventies op te nemen in de basisverzekering.

De zorgsector is succesvol. Het is een sector waar meer dan één miljoen goed opgeleide krachten dag in dag uit hun beste beentje voorzetten. Ons staat een sector voor ogen waar mensen graag en met plezier werken. Waar de professional trots is op zijn of haar werk en een goede relatie heeft met de cliënt. Waar ruimte is voor kleinschaligheid als cliënten daar de voorkeur aan geven. Een dynamische sector die niet wordt geplaagd door onnodige bureaucratie en door overbodige regelgeving.

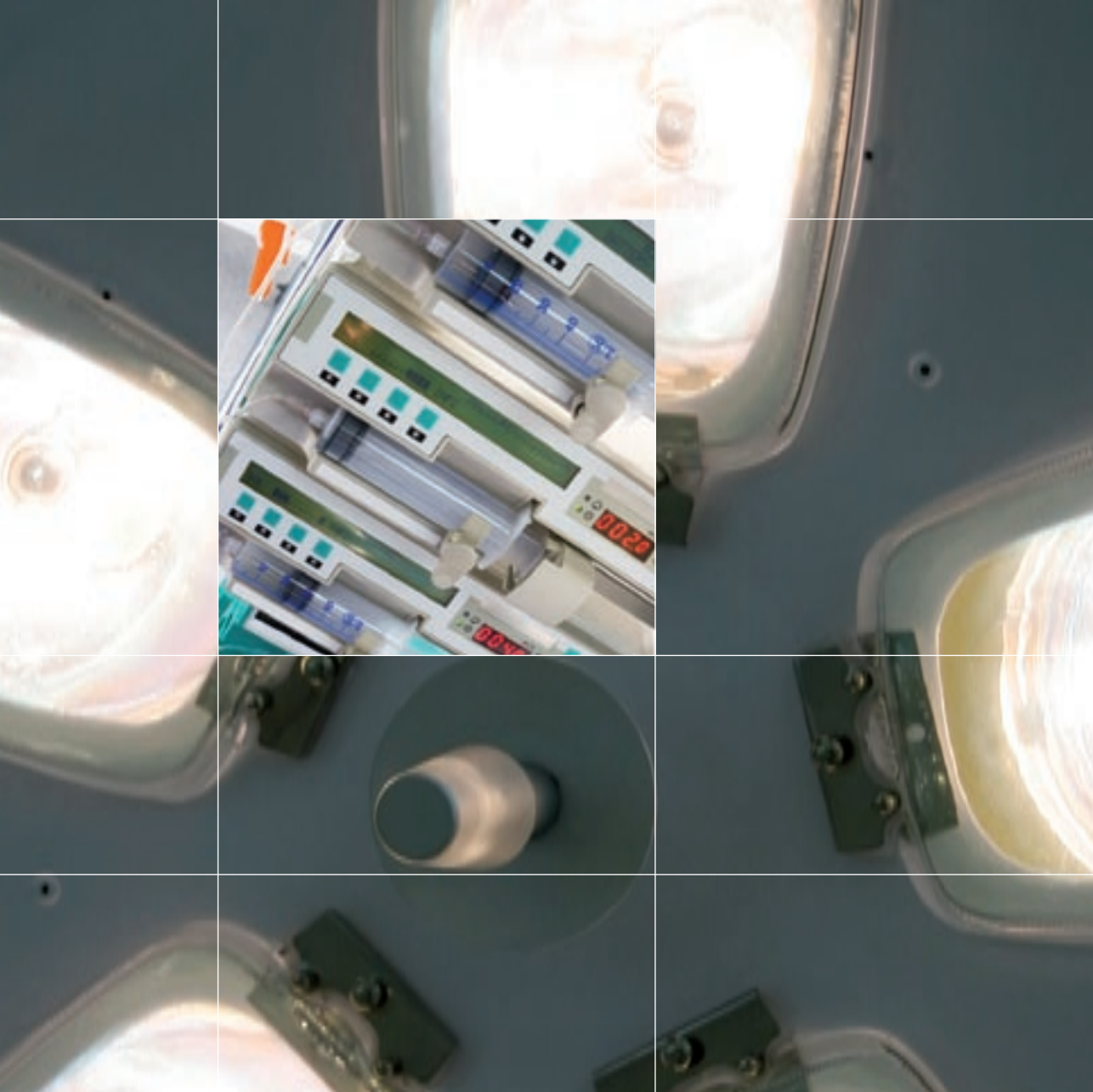
Onder meer door de inzet van ICT en technologische ontwikkelingen zijn zorgaanbieders in staat meer aandoeningen te behandelen en meer patiënten te genezen. Innovaties maken het mogelijk dat er slimmer en efficiënter kan worden gewerkt.

Het gaat om kwaliteitsverbeteringen die tot betere zorgverlening, minder medische fouten en uiteindelijk ook tot een hogere arbeidsproductiviteit leiden. Dat laatste is niet alleen van belang om de zorg ook in de toekomst betaalbaar te houden, maar ook omdat de komende jaren steeds meer mensen nodig zijn in de zorg, terwijl de arbeidsmarkt onder druk staat. En om de werkdruk beheersbaar te houden en overbelasting te voorkomen. Hiermee moet de zorg een aantrekkelijke sector blijven om in te werken.

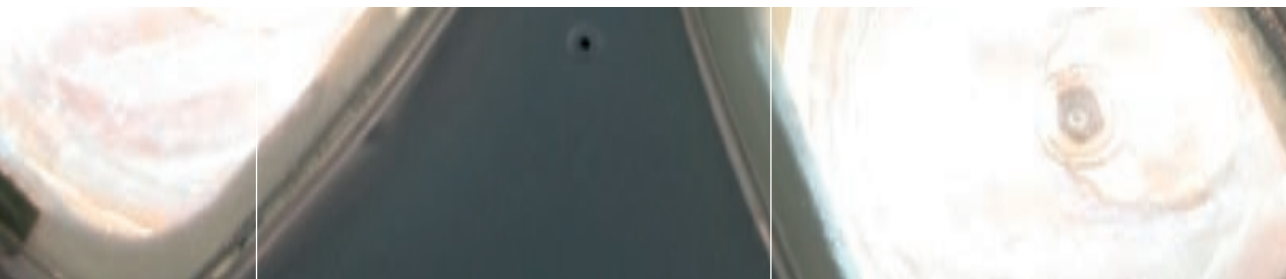
Tegelijkertijd is het noodzakelijk dat mensen actief deelnemen aan de maatschappij en dat zij meer mogelijkheden krijgen om naar eigen wens de benodigde zorg te organiseren. Zij moeten duidelijke rechten hebben en een derde partij kunnen vormen tegenover zorgaanbieders en verzekeraars. Hiervoor schept VWS de randvoorwaarden.

In deze beleidsagenda presenteert VWS eerst de drie hoofdlijnen: curatieve zorg, langdurige zorg en preventie. Vervolgens komen diverse onderwerpen aan de orde waaraan VWS prioriteit toekent.

De inhoud is voor een deel gebaseerd op gegevens van de Zorgbalans (2008), die de prestaties de Nederlandse gezondheidszorg meet. Kennis die de kwaliteit van en de sturing op de zorg ten goede komt.



Verschil maken op prijs en kwaliteit



Curatieve Zorg

We staan de komende jaren voor belangrijke uitdagingen. Vergrijzing, medische innovaties en de mondiger wordende patiënt doen de vraag naar zorg voortdurend toenemen. De zorgsector moet zo worden ingericht dat deze ontwikkelingen de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid niet in gevaar brengen. Wij zijn van mening dat mensen die in de sector werken het beste weten hoe dat vorm moet krijgen.

Om de solidariteit in de Zorgverzekeringswet blijvend te kunnen opbrengen, is het essentieel dat iedereen zich inschrijft bij een verzekeraar én premie betaalt. Daarom nemen we maatregelen om het aantal onverzekerden en wanbetalers te verminderen.

Aanvankelijk richtte de introductie van de Zorgverzekeringswet zich vooral op verzekeraars. Dit kabinet geeft nu ook ziekenhuizen de **ruimte om verschil te maken**, om zich te specialiseren. Ziekenhuizen en verzekeraars krijgen meer vrijheid en verantwoordelijkheid om naar eigen inzicht afspraken te maken over de prijs, het volume en de kwaliteit van een deel van de zorg, het zogenoemde B-segment. Marktwerking stimuleert partijen in te zetten op vernieuwende technieken. Innovatie moet leiden tot kwaliteitsverbetering, maar ook tot efficiëntere werkmethoden. Wacht- en behandeltijden kunnen op die manier korter worden.

Prestatiebeprestiging

Een belangrijke rol is weggelegd voor de ontwikkeling van duidelijk omschreven zorgproducten, de zogeheten Diagnose Behandel Combinaties of DBC's, waar tegenover transparante en integrale tarieven staan. Of: 'beloning naar prestatie'.

Ziekenhuizen en zorgverzekeraars bereiden zich komend jaar verder voor op de invoering van het verbeterde DBC-systeem. Om alvast praktische ervaring op te doen gaat een aantal ziekenhuizen 'schaduwdraaien'. In 2010 wordt het verbeterde DBC-systeem ingevoerd.

Voor een derde deel van de ziekenhuiszorg gaan vrije prijzen gelden.

Dat wil zeggen dat in 2009 het B-segment wordt uitgebreid tot maximaal 34 procent van de totale zorgproductie in de ziekenhuissector.

De afgelopen jaren is belangrijke voortgang gemaakt met de invoering van beloning naar prestatie in de ziekenhuizen. Het aantal vrijgegeven behandelingen bedroeg in 2007 amper 10 procent, in 2008 ongeveer 20 procent. In samenhang hiermee wordt stapsgewijs ook de risicodragendheid van de zorgverzekeraars vergroot, door verdere afbouw van de ex-post compensatiemechanismen in het risicovereveningssysteem.

Met het oog op betaalbare premies volgen we ontwikkelingen rond prijs en volume nauwlettend. Vrije prijzen moeten niet leiden tot onnodige behandelingen en indicaties. Verschillende onderzoeken wijzen op positieve effecten, zoals een grotere aandacht voor het verbeteren en inzichtelijk maken van kwaliteit. De introductie van prestatiebekostiging heeft geleid tot nieuwe toetreders op de markt van zorgaanbieders. Dat brengt meer concurrentie én meer keuzemogelijkheden voor de consument. Ook kunnen zorgverzekeraars zich bij de zorginkoop meer gaan profileren.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) adviseert in 2009 of vrije prijsvorming verder kan worden uitgebreid. Tevens zal in 2009 worden besloten of het nodig is een instrument in te zetten om de prijzen te beheersen. Deze beslissing zal mede worden gebaseerd op de informatie van de NZa over ontwikkelingen in het B-segment. Parallel daaraan wordt in 2009 een systeem uitgewerkt voor de bekostiging van zorg die (nog) niet direct voor vrije prijsvorming in aanmerking komt. Hetzelfde geldt voor de beschikbaarheid van acute zorg, intensive care en dure geneesmiddelen.

Pakketmaatregelen

We hebben besloten de behandeling van ernstige dyslexie (woordblindheid) op te nemen in het basispakket van de zorgverzekering. Vanaf 1 januari 2009 kunnen kinderen van zeven en acht jaar één keer aanspraak maken op een vergoeding voor onderzoek en behandeling. Stapsgewijs wordt in de komende jaren het recht op dyslexiezorg uitgebreid naar alle kinderen op de basisschool, zodat zij – na indicatie – eenmaal tijdens het basisonderwijs in aanmerking komen voor behandeling.

We beperken per 2009 de vergoeding van slaap- en kalmeringsmiddelen (geschatte opbrengst: 70 miljoen euro). Dergelijke middelen worden vaak

te lang en te gemakkelijk gebruikt. Bovenmatig gebruik is bovendien schadelijk voor de gezondheid. De vergoeding van cholesterolverlagers wordt gebaseerd op de richtlijn van de beroepsgroepen, waar gelijkwaardige maar goedkopere middelen de voorkeur hebben (opbrengst 2009: 32 miljoen euro).

Verder schrappen we de vergoeding van sta-op-stoelen en van allergeenvrije en stofdichte bedhoezen op advies van het College voor Zorgverzekeringen. De kosten van een sta-op-stoel ten opzichte van een gewone stoel en de kosten van de bedhoezen zijn niet dermate hoog dat deze hulpmiddelen hierdoor financieel ontoegankelijk worden. Deze twee maatregelen samen leiden tot een besparing van zo'n 22 miljoen euro.

Tot slot wordt de kwaliteit van de methadonbehandeling verbeterd. Hiervoor is vanaf 2009 15 miljoen euro beschikbaar.

Eerstelijnszorg

De eerstelijnszorg is de ruggengraat van onze gezondheidszorg. Vergrijzing en toename van chronisch zieken brengen een grotere en andere vraag naar zorg met zich mee. Dit vereist een betere afstemming en organisatie van de zorg rondom de patiënt. Mensen moeten zo veel en zo lang mogelijk dicht bij huis opgevangen worden. Samenhang tussen het werk van huisartsen en andere zorgverleners (waaronder ook de wijkverpleegkundige) in de eerste lijn enerzijds en de zorg in ziekenhuizen anderzijds is daarbij essentieel. Zoals in de beleidsbrief Een dynamische eerste lijn van begin 2008 is aangekondigd moet de eerste lijn meer ruimte krijgen om zich te versterken. Innovaties en ontwikkelingen moeten er toe leiden dat de zorgaanbieders **via samenwerkingsverbanden zorg in de eigen omgeving van de patiënt bieden**; ook specialistische zorg.

VWS gaat mogelijk maken dat de bekostiging en de risicoverevening beter op die samenhangende en nabije zorg afgestemd wordt. Een meer functionele bekostiging van de eerstelijnszorg ondersteunt de ontwikkeling waarbij de zorg als het ware naar de mensen toekomt. En in de nabijheid van de patiënt wordt georganiseerd. De functionele bekostiging moet ondernemerschap stimuleren, zowel bij de zorgaanbieder als bij de verzekeraar, en tegelijkertijd het inzicht in de kwaliteit van de zorg voor de cliënt vergroten. Dat stimuleert betere zorg en is het meest efficiënt.

Transparantie, kwaliteit en veiligheid zijn aspecten die ook juist in de eerste lijn een krachtige impuls vragen. Voor de huisartsen, farmacie, fysiotherapie, kraamzorg, mondzorg en acute zorg zijn kwaliteitsindicatoren in ontwikkeling.

De kwaliteit van de acute zorg wordt verder verbeterd door **professionalisering van de beoordeling van de zorgvraag** tijdens het eerste contact (triage) en de ontwikkeling van eenduidige normen voor de (telefonische) bereikbaarheid van huisartsenzorg. Ook worden er heldere criteria ontwikkeld voor de minimale kwaliteit waaraan zorg in een spoedeisende hulp van een ziekenhuis moeten voldoen. VWS stimuleert de integratie van huisartsenposten in de afdelingen spoedeisende hulp.

Er is geld voor extra ambulances, in 2009 is hiervoor 12 miljoen euro beschikbaar. In de daaropvolgende jaren is dat 18 miljoen euro. Het aantal standplaatsen wordt ook uitgebreid. Dat is nodig om te zorgen dat 95% van de bevolking na een melding binnen 15 minuten kan worden bereikt. Vanaf 2009 wordt het landelijk dekkend netwerk van mobiele medische teams verder uitgebreid met traumahelikopters die zeven dagen per week 24-uur beschikbaar zijn. Met ingang van 2009 is hiervoor structureel 5,4 miljoen euro per jaar beschikbaar.

Toekomst GGZ

In de GGZ worden multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld en patiëntveiligheid wordt bevorderd. Denk daarbij aan een betere suïcidepreventie of het terugdringen van het aantal separaties en andere vormen van gedwongen zorg.

Het kabinet investeert in een nieuwe wettelijke regeling die de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (bopz) moet opvolgen. Deze wet komt naast de nieuwe Wet forensische zorg, die gaat over alle zorg in een strafrechtelijk kader.

Langetermijnvisie farmaceutische zorg

VWS werkt verder aan de invoering van de Langetermijnvisie Farmaceutische Zorg die in juli 2008 aan de Tweede Kamer is gezonden. Ook bij de zorg die apothekers verlenen moet kwaliteit worden beloond. In 2009 worden de regels voor de bekostiging van apotheekhoudenden aangepast. Het verplichte tariefsysteem met een algemene vergoeding aangevuld met inkoopkortingen per uitgeschreven recept verdwijnt gaandeweg. Bovendien worden de regels ten aanzien van de verzekeringsvergoedingen (de GVS-limieten) aangepast.

Het is van belang dat artsen steeds vaker **doelmatig voorschrijven op basis van de beroepsrichtlijnen**. Niet altijd is het dure medicijn ook het beste medicijn. Waar dat niet het geval is, moeten geen onnodige kosten worden gemaakt. De zorg moet immers ook in de toekomst betaalbaar zijn. Daarom wil VWS via een regieorgaan Kwaliteit en Veiligheid betere richtlijnontwikkeling stimuleren.



Zeker van zorg, nu en straks



Langdurige Zorg

De zorg voor kwetsbare mensen is een graadmeter voor de kwaliteit van de samenleving. Persoonlijke bejegening en respect voor het individu zijn de uitgangspunten. Dat geldt zeker in de langdurige zorg waar mensen gezien hun kwetsbaarheid vaak afhankelijk zijn van anderen.

Het bieden van duidelijkheid en zekerheid over de beschikbaarheid en kwaliteit van deze zorg, nu en in de toekomst, zijn belangrijke doelstellingen.

We hebben oog voor de positieve kracht van ouderen. Veel ouderen zijn actief in de maatschappij, bijvoorbeeld als vrijwilliger of mantelzorg.

Mede in reactie op een advies van de Sociaal Economische Raad (SER) hebben we onze visie op de toekomst van de AWBZ uitgebracht: Zeker van zorg, nu en straks. Hoewel de wet zich oorspronkelijk kenmerkte door een zekere eenvoud, is een kluwen van aanvullende regels ontstaan. De AWBZ is de afgelopen jaren onbedoeld gegroeid en biedt nu te ruime aanspraken.

Wij willen dat de AWBZ teruggaat naar zijn oorspronkelijke bedoeling: solidariteit in de bekostiging van langdurige en onverzekerbare zorg.

Goede zorg moet nu en in de toekomst gegarandeerd zijn voor kwetsbare mensen die langdurige zorg nodig hebben. Het gaat om zwaar hulpbehoevende ouderen en mensen met een ernstige geestelijke dan wel lichamelijke beperking.

Een belangrijk criterium daarbij is de kwaliteit van het bestaan en in hoeverre mensen in staat zijn zelfstandig inhoud en vorm te geven aan het leven.

De komende periode verbeteren we het functioneren van de AWBZ geleidelijk langs vier lijnen.

1. *Versterken van de positie van de cliënt: zorgzwaartebekostiging*
Instellingen krijgen voortaan geld voor de geleverde prestatie per cliënt en niet voor de beschikbare capaciteit. Het bedrag wordt bepaald aan de hand van de hoeveelheid zorg die een cliënt nodig heeft. De essentie van deze zogenoemde zorgzwaartebekostiging is dat het geld de cliënt volgt naar de instelling van zijn keuze.

Zorgzwaartebekostiging is de eerste stap naar een persoonsvolgend systeem en wordt vanaf 1 januari 2009 stapsgewijs ingevoerd voor mensen die wonen en zorg krijgen in een instelling.

2. *Keuzevrijheid en diversiteit*

Het is belangrijk dat mensen in de langdurige zorg **echt kunnen kiezen hoe ze willen wonen**. Wij zijn van mening dat door het financieel scheiden van wonen en zorg de diversiteit in wonen kan toenemen. Het voorkomt ook dat de hogere eisen die de burger in de toekomst aan het comfort van wonen zal stellen ten laste komen van de AWBZ.

Op basis van de regeling Volledig Pakket Thuis kan de zorg die anders in een instelling wordt geleverd ook thuis worden geboden. Zo kunnen mensen ervoor kiezen de kosten van wonen naar eigen voorkeur zelf te betalen. Bijvoorbeeld een kleinschalige woonvorm. Voorwaarde is wel dat de zorg op een goede en doelmatige manier kan worden geleverd. Voor mensen met behoefte aan Verblijf (24-uurs toezicht, beschermde woonomgeving) wordt de regeling Volledig Pakket Thuis per 2009 uitgebreid.

Om instellingen meer vrijheid te geven om te bouwen, wordt per 2009 het bouwregime voor de langdurige zorg afgeschaft. De administratieve lasten worden hiermee verminderd. Instellingen berekenen de kosten van bouwen door in de tarieven in 2011.

3. *Bestendigen solidariteit en betaalbaarheid*

We zijn solidair met de medeburgers die om welke reden dan ook langdurig zorg nodig hebben. Die solidariteit is op te brengen zo lang het gaat om **geloofwaardige en onbetwistbare vormen van zorg**. Op dit moment is niet goed geformuleerd wie wanneer waar precies recht op heeft. Ook is in de loop der jaren de AWBZ vaak onbedoeld uitgebreid. Daarom worden er belangrijke verbeteringen doorgevoerd die de AWBZ weer toekomstbestendig maken. Een deel ervan gaat op 1 januari 2009 in:

- Ondersteunende, activerende begeleiding en behandeling worden omgevormd tot twee functies: begeleiding en behandeling. De aanspraak begeleiding geldt vanaf 1 januari 2009 alleen voor mensen met ernstige beperkingen die zonder deze begeleiding niet (langer) in staat zijn om zelfstandig te blijven wonen of naar school te gaan.

- De grondslag psychosociaal verdwijnt uit de AWBZ. De gemeenten worden hiervoor gecompenseerd.
- De indicatiestelling door bureaus jeugdzorg en het Centrum Indiciestelling Zorg (CIZ) wordt verbeterd om ongewenste instroom in de AWBZ en jeugdzorg tegen te gaan. Met ingang van 1 januari 2009 moet er een nieuw indicatieprotocol zijn voor deze groep jongeren.

4. *Verminderen van bureaucratie door kwaliteit en eenvoud van de uitvoering*

We gaan verder op de in 2007 ingeslagen weg om de uitvoering van de AWBZ te vereenvoudigen en de bureaucratie te verminderen. We willen de indicatiestelling verbeteren en vereenvoudigen en de uitvoering door zorgkantoren verbeteren.

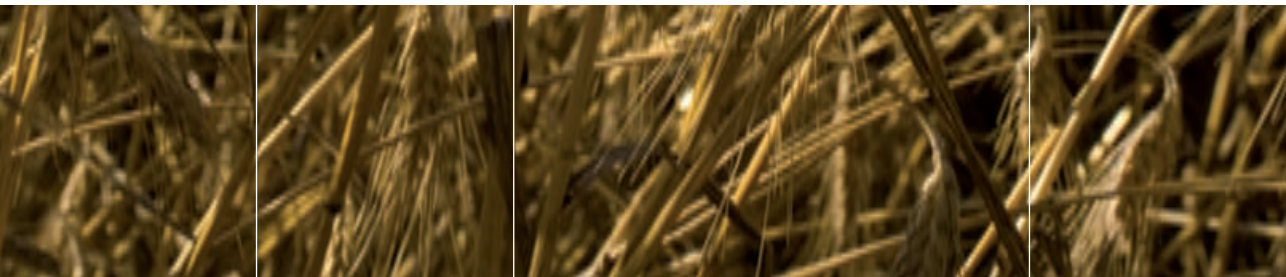
Goede zorg wordt in de eerste plaats vormgegeven in de relatie tussen cliënt en zorgverlener. Regels en protocollen zijn hierbij noodzakelijk om de rechtszekerheid van zowel de cliënt als van de professional te waarborgen. De lasten die daarmee gemoeid zijn, nemen we – zij het binnen grenzen – op de koop toe. Maar onnodige bureaucratie is ook hier uit den boze.

Kabinetsdoelstelling 48: Verbeteren en versterken palliatieve zorg.

We willen dat mensen in hun laatste levensfase goed worden verzorgd en met respect worden begeleid. **Mensen moeten waardig kunnen sterven.** In het voorjaar is het Plan van Aanpak Palliatieve Zorg 2008-2010 aan de Tweede Kamer gestuurd. Voor de uitvoering is vanaf 2008 jaarlijks bijna 10 miljoen euro extra beschikbaar. Zo is de subsidieregeling Palliatieve en Terminale Zorg met 4,2 miljoen euro verhoogd tot 15,6 miljoen euro. In 2008 is er voor de tegemoetkoming in de huisvestingslasten van bijna-thuis-huizen en hospices 2 miljoen euro extra uitgetrokken. Ter verdere verbetering van de kwaliteit van de palliatieve zorg is er voor 2,4 miljoen euro een opdracht verleend aan ZonMW en wordt er een platform palliatieve zorg opgezet. Dat kost 1,4 miljoen euro.



Van nazorg naar voorzorg



Preventie

In 2009 vullen we de vier lijnen in de Preventievisie verder in: Koesteren en innoveren, Integraal gezondheidsbeleid, Verbinden van preventie en zorg en Bestuurlijke vernieuwing.

Voorkomen is beter dan genezen. De volwassen Nederlander is in de eerste plaats zelf verantwoordelijk voor de eigen gezondheid. Leefstijl is een zaak van mensen zelf. Het betreft keuzen waarmee de overheid zich niet dwingend bemoeit. Dat neemt niet weg dat voorlichting van belang is. Temeer omdat de verschillen in gezondheid tussen maatschappelijke groepen vooral met leefstijl te maken hebben. Bovendien drijven de met leefstijl gemoeide aandoeningen (diabetes, hartfalen) de zorgkosten enorm op. **Leefstijl is een eigen verantwoordelijkheid** – een persoonlijke keuze – maar voor de daaruit voortvloeiende aandoeningen wordt wel een beroep gedaan op de (financiële) solidariteit van anderen. Ook om deze redenen wil het kabinet gezonde keuzen stimuleren.

Maatschappelijke sectoren, zoals onderwijs, werkgevers, zorgverzekeraars en de overheid, hebben bovendien zelf ook alle baat bij gezond levende burgers. Betere arbeidsprestaties en schoolresultaten, minder zorgkosten, etc. Die gemeenschappelijke belangen maken ons **partners in preventie**.

Op de lijn Koesteren en Innoveren gaat VWS in het bijzonder verder met het verbeteren van gezondheidsbescherming en ziektepreventie. In 2009 wordt vaccinatie tegen HPV, het virus dat baarmoederhalskanker veroorzaakt, opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma mits de prijs van het vaccin drastisch daalt. Ook willen we met een inhaalprogramma eenmalig alle meisjes van 13 tot en met 16 jaar vaccineren. Naar verwachting komt de Gezondheidsraad nog dit jaar met een advies over eventuele opname van hepatitis B.

Met Integraal Gezondheidsbeleid, de tweede lijn, willen we in 2009 nauw samenwerken met betrokken ministeries en partners, zoals scholen, werkgevers en gemeenten. Dit kan bijvoorbeeld op het gebied van sociaaleconomische gezondheidsverschillen of op het terrein van letselpreventie volgend op het komende RIVM-rapport Let op letsel.

Bij Verbinden van Preventie en Zorg, de derde lijn, wil VWS de samenwerking tussen de publieke gezondheidszorg en de eerstelijnszorg verbeteren en **preventieve activiteiten in de curatieve zorg uitbreiden**. Mits de kosten opwegen tegen de baten en de uitgaven budgettair inpasbaar zijn, behoren de 'beweegkuur', 'stoppen met roken', 'depressiepreventie' en 'zelfmanagement van chronisch zieken' straks tot het basispakket. Voor proefprogramma's is in 2009 een bedrag van 5,3 miljoen euro beschikbaar. Wanneer sprake is van medische indicatie wordt voor deze programma's een vergoeding gegeven aan mensen met een chronische aandoening en soms ook voor mensen die hoge risico's lopen.

Zorgverzekeraars mogen gezond leven van hun verzekerden belonen. Zij mogen (een deel van) het jaarlijks verplichte eigen risico van een verzekerde voor hun eigen rekening nemen als die deelneemt aan een programma dat gezondheid bevordert.

Om de toename van het aantal chronisch zieken te beperken, is de ontwikkeling van samenhangende multidisciplinaire zorg van belang. De programmatische aanpak die ons voor ogen staat, stelt de patiënt centraal en voorziet in een sluitende keten van vroegtijdige onderkenning, preventie, zelfmanagement en goede en veilige zorg.

Daartoe is onder meer het ZonMw-programma disease management van start gegaan. Ook begint in 2009 een vierjarig Nationaal Actieprogramma Diabetes. Met dit programma wordt de Diabetes zorgstandaard verder ontwikkeld, onder meer door uitbreiding met preventie en zelfmanagement. De zorgstandaard beschrijft waar goede zorg voor een aandoening minimaal aan moet voldoen uit het oogpunt van de patiënt. De ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren is hierbij van belang. De zorg wordt zo veel mogelijk dicht bij de patiënt verleend. In de aanpak van diabetes werkt het al goed: de eerste lijn vervangt de tweede lijn. Het uitgangspunt moet zijn dat de zorg die in de eerste lijn geboden kan worden, ook dáár geboden wordt. De succesvolle programmatische diabetes-aanpak wordt uitgebreid naar andere veel voorkomende chronische aandoeningen. Hiervoor is per jaar 2,5 miljoen euro uitgetrokken voor de periode 2009-2012.

De vierde lijn, Bestuurlijke Vernieuwing, gaat vooral over de noodzakelijke bestuurlijke veranderingen om de andere drie lijnen mogelijk te maken. Zo worden de werkgebieden van de Gemeentelijke Geneeskundige Diensten (GGD's) en veiligheidsregio's (GHOR) gelijkgetrokken. Dan kan het openbaar bestuur in geval van een crisis beide diensten, op het niveau van de veiligheidsregio, direct aansturen. Het werk van de GGD – het bestrijden van infectieziekten, milieugezondheidszorg – kan dan beter worden afgestemd met de hulpverlening van de GHOR – onder meer ambulancevervoer en ziekenhuiszorg.

Iedereen heeft recht op veilige, eigentijdse, kwalitatieve en transparante zorg



Kwaliteit en veiligheid

Het kwaliteitsbeleid is vertaald in vier hoofdthema's: vergroten van de transparantie van geleverde kwaliteit, het vergroten van de veiligheid in de zorg, cliëntgerichtheid en het vergroten van de professionaliteit van de medewerker (Zie hierna bij werken in de zorg).

Vergroten van transparantie van de geleverde kwaliteit

Kabinetsdoelstelling 45b: burgers kunnen op kiesBeter.nl voor 80 aandoeeningen zien welke kwaliteit de ziekenhuizen bieden

Kabinetsdoelstelling 45c: cliënten geven 90 procent van de zorgaanbieders in de AWBZ een voldoende voor de kwaliteit van de zorg

De prestaties van zorgaanbieders, zowel medisch inhoudelijk als in termen van geobjectiverde ervaringen van cliënten, moeten inzichtelijk zijn. We beogen hiermee dat zorginstellingen zich bewuster worden van hun kwalitatieve niveau en dat de positie van de patiënt wordt versterkt. De patiënt krijgt meer mogelijkheden om een echte keuze te maken.

Per zorgsector worden indicatorensets ontwikkeld die zorginhoudelijke indicatoren, cliëntervaringen (CQ-index) en etalage-informatie bevatten.

De zorginhoudelijke indicatoren zijn waar mogelijk uitkomstindicatoren, bijvoorbeeld het percentage patiënten voor wie behandeldoelen zijn vastgesteld. De CQ-index geeft de ervaringen van de cliënten over de door de zorgaanbieder geleverde zorg aan. De etalage-informatie is algemene informatie over bijvoorbeeld de omvang van de praktijk, het aantal parkeerplaatsen en de specialistische spreekuren binnen een praktijk. Die drie elementen samen vormen een indicatorenset. Die sets zijn beschikbaar voor zowel de Inspectie, de verzekeraar als de cliënt, en wordt vervolgens op kiesBeter.nl gepubliceerd. De ziekenhuizen zullen voor 24 van 80 aandoeningen voor de gehele set indicatoren eind 2009 informatie op kiesBeter.nl beschikbaar hebben. De fysiotherapeuten hebben dan indicatorensets klaar voor alle zorg die ze leveren. Voor de verpleging, verzorging en thuiszorg is de eerste informatie eind 2008 al op kiesBeter.nl en via het Jaardocument Maatschappelijk Verantwoording beschikbaar. In 2009 zal verbetering plaatsvinden.

Vanaf najaar 2008 komen voor de GGZ de eerste gegevens voor alle instellingen beschikbaar via het Jaardocument Maatschappelijk Verantwoording. In 2009 vindt uitbreiding van de sets plaats. De sets voor gehandicaptenzorg en kraamzorg moeten komend jaar door alle instellingen in gebruik genomen worden. In 2009 worden de sets met indicatoren voor huisartsen, farmacie, mondzorg en de openbare gezondheidszorg opgeleverd en getest.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in opdracht van VWS, het programmabureau Zichtbare Zorg (voorheen ZbTK) ingericht, dat de ontwikkeling van al deze sets kwaliteitsindicatoren in alle sectoren van de zorg regisseert.

Indien dit past bij de persoonlijke omstandigheden van de cliënt kan deze zijn zorg ook over de grens halen. Het daarom belangrijk dat de kwaliteit ook internationaal perspectief transparanter wordt.

Veiligheid in de zorg

Kabinetsdoelstelling 45a: De vermijdbare schade in de ziekenhuizen is in 2012 met 50 procent gedaald.

Veiligheid bij zorgaanbieders blijft topprioriteit. Veiligheid begint met het **werken volgens de door de beroepsgroep opgestelde richtlijnen** en het structureel in kaart brengen en leren van gemaakte fouten die soms ernstige schade voor patiënten opleveren. Het sluitstuk hierop is een **gerichte handhaving door de Inspectie**. Dat tezamen moet ervoor zorgen dat er minder fouten gemaakt worden.

In alle sectoren van de zorg zijn en worden veiligheidsprogramma's in gang gezet om het aantal vermijdbare incidenten en vermijdbare sterfte te verminderen. Zo richt het programma Voorkom schade, werk veilig zich bij het terugbrengen van vermijdbare onbedoelde schade op tien thema's en op het invoeren van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS). Met een VMS kunnen ziekenhuizen continu risico's signaleren, verbeteringen doorvoeren en beleid vastleggen, evalueren en aanpassen. Het komende jaar moet dat systeem in elk ziekenhuis zijn ingevoerd. Voor het veiligheidsprogramma in de ziekenhuizen is bij elkaar 9,3 miljoen euro uitgetrokken. Dit programma is in 2008 van start gegaan en eindigt eind 2012. In dat jaar moet de vermijdbare sterfte zijn gedaald van 1735 doden naar 867 doden.

Het toekomstige regieorgaan Kwaliteit en Veiligheid zal erop toezien dat de ontwikkeling, verbetering en het gebruik van richtlijnen in de hele zorg een impuls krijgt.

Ook krijgen cliënten inzicht in de richtlijnen, die nu veelal alleen beschikbaar zijn voor de professional. Op die manier raken cliënten beter geïnformeerd over wat ze bij een behandeling mogen verwachten van een zorgverlener.

Voor het actieprogramma Veilige Zorg is in 2009 3,45 miljoen euro extra beschikbaar voor de eerste lijn en GGZ. Voor de landelijke campagne over patiëntveiligheid is per jaar 2 miljoen euro uitgetrokken.

De Inspectie zal het toezicht op de door de beroepsgroepen vastgestelde algemeen bindende normen verder verscherpen. Daar waar de beroepsgroepen niet zelf tot normstelling komt, zal de Inspectie meer druk uitoefenen om toch te komen tot de gewenste richtlijnontwikkeling en

normstelling. Daar waar de veldpartijen alsnog falen zal de Inspectie zelf met voorstellen voor normen en richtlijnen komen. Zorgaanbieders moeten duidelijk vastleggen welk lid van de Raad van Bestuur verantwoordelijk én aansprakelijk is voor kwaliteit. Deze verantwoordelijkheid betreft ook het inzichtelijk maken van de kwaliteit en het verstrekken van de juiste informatie aan de Inspectie.

Vergroting cliëntgerichtheid/versterking positie consument

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

Patiënten krijgen duidelijkere rechten. Een sterke positie van de cliënt zal zorgaanbieders en verzekeraars ertoe brengen de cliënt zoveel mogelijk de zorg te verlenen die hij wenst en de kwaliteit continu te verbeteren. Om de macht van de cliënt daadwerkelijk te vergroten, versterken we de rechtspositie van patiënten en cliënten. We willen bereiken dat de cliënt in de zorg centraal staat en dat ook zo ervaart. In de Wet cliëntenrechten zorg worden zeven rechten van de cliënt nader uitgewerkt.

- Recht op bereikbare en beschikbare zorg
- Recht op keuze en keuze-informatie
- Recht op kwaliteit en veiligheid
- Recht op informatie, toestemming, dossiervorming en privacy
- Recht op afstemming tussen zorgverleners
- Recht op een effectieve, laagdrempelige klacht- en geschillenbehandeling
- Recht op medezeggenschap en goed bestuur

De positie van de patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties (PGO-organisaties) wordt verstevigd door de subsidieregeling aan te passen en samenwerking te bevorderen.

De onafhankelijke geschilbeslechting wordt verbeterd. Een cliënt kan snel en laagdrempelig een uitspraak krijgen als een instelling een klacht niet afdoende heeft afgehandeld. De geschillencommissie zorginstellingen moet cliënten een schadevergoeding kunnen toekennen tot een maximum van 25.000 euro.



*Innovatie
verlicht de
werkdruk en
vergroot de
kwaliteit*

Innovatie

Kabinetsdoelstelling 46: meer patiëntgerichte zorg door vernieuwing zorgconcepten en innovatie. (De doelstelling vertoont samenhang met arbeidsmarktbeleid).

Iedereen moet kunnen rekenen op goede zorg of ondersteuning. Vernieuwingen kunnen de zelfredzaamheid van mensen verhogen, werkprocessen slimmer maken en de kwaliteit van de zorg verbeteren. VWS geeft in de brief *Innovatie in Preventie en Zorg (2008)* aan dat innovatie belangrijk is om te kunnen voldoen aan de toenemende en veranderde vraag naar zorg, om oplossingen te bieden voor de groeiende krapte op de arbeidsmarkt, om ICT en technologie in de zorg beter te benutten. Een goed voorbeeld hiervan is een instelling die de capaciteit in de nachtdienst met 50 procent heeft teruggebracht door over te gaan op deuralarmering. Of aan een ziekenhuis dat met een betere patiëntenplanning 20 procent minder uitgaf aan dure medicatie.

Ook het ontwikkelen van nieuwe zorgconcepten en het **organiseren van zorg rond de aandoeningen van de patiënt** is van belang. Vooral bij ziektebeelden waarbij de zorgvraag verandert – soms is een huisarts nodig, soms een (thuiszorg) verpleegkundige en soms een medisch specialist –

heeft dit grote waarde. Bij aandoeningen als diabetes, hartfalen en COPD mag het zorgaanbod niet ophouden bij de grenzen van de ziekenhuiszorg, thuiszorg of de eerstelijnszorg, of bij de bestaande overgangen in bekostiging en financiering. Zorgverzekeraars en zorgkantoren moeten de zorg zodanig inkopen dat deze op de beste wijze kan worden geleverd rondom aandoeningen van patiënten. Door de benodigde **zorg voor patiënten slim te organiseren** in de vorm van een netwerk, zoals ZorgNet bijvoorbeeld doet, hoeft de fysieke traditionele zorginstellingvorm niet meer leidend te zijn. Onderdeel hiervan is dat patiënten in staat worden gesteld om zelf hun aandoening in de hand te houden (medicatierouw, metingen van bijvoorbeeld gewicht volgen). Preventie en zorg gaan zo eveneens hand in hand.

Innovatie is daarom ook één van de zes pijlers van dit kabinetsbeleid. De overheid innoveert niet zelf; Dat is aan zorgaanbieders, verzekeraars, bedrijfsleven en wetenschap. De overheid schept randvoorwaarden. Voor de versterking van innovatie in preventie en zorg hebben wij het Zorginnovatieplatform ingesteld, waarin wordt samengewerkt met deskundigen uit de sector, het bedrijfsleven en de wetenschap. Het platform wil een goed klimaat voor het invoeren en verspreiden van innovaties. Het richt zich onder meer op het terrein van arbeidsbesparende en medische technologie, e-health, personalized medicine en de top zes chronische aandoeningen (kanker, COPD, diabetes, hartfalen, depressie en dementie).

Het Zorginnovatieplatform brengt innovaties actief tot stand en werkt aan de verspreiding ervan. Denk hierbij aan communicatie, het aanreiken van kennis en het opheffen van mogelijke verkeerde prikkels of onnodige belemmeringen in financiering of wet- en regelgeving.

Elektronisch patiëntendossier (EPD)

Komend jaar worden huisartsenposten, huisartsenpraktijken, apotheken en ziekenhuizen aangesloten op het landelijk schakelpunt (LSP). Dit schakelpunt regelt de uitwisseling van informatie over patiënten, het elektronisch patiëntendossier (EPD), tussen de zorgverleners. Het EPD zorgt voor goede communicatie in de zorgsector. Dit vergroot de kwaliteit en veiligheid van de behandeling. In mei 2008 is het stappenplan voor de invoering van het EPD aan de Tweede Kamer aangeboden. In het kader van de invoering is op 1 juni 2009 het gebruik van het burgerservicenummer in de zorg verplicht voor zorgaanbieders, indicatieorganen en zorgverzekeraars en is voorlichting voorbereid.



*Voorkomen van
wachtlijsten en
verlichting van
werkdruk*

Werken in de zorg

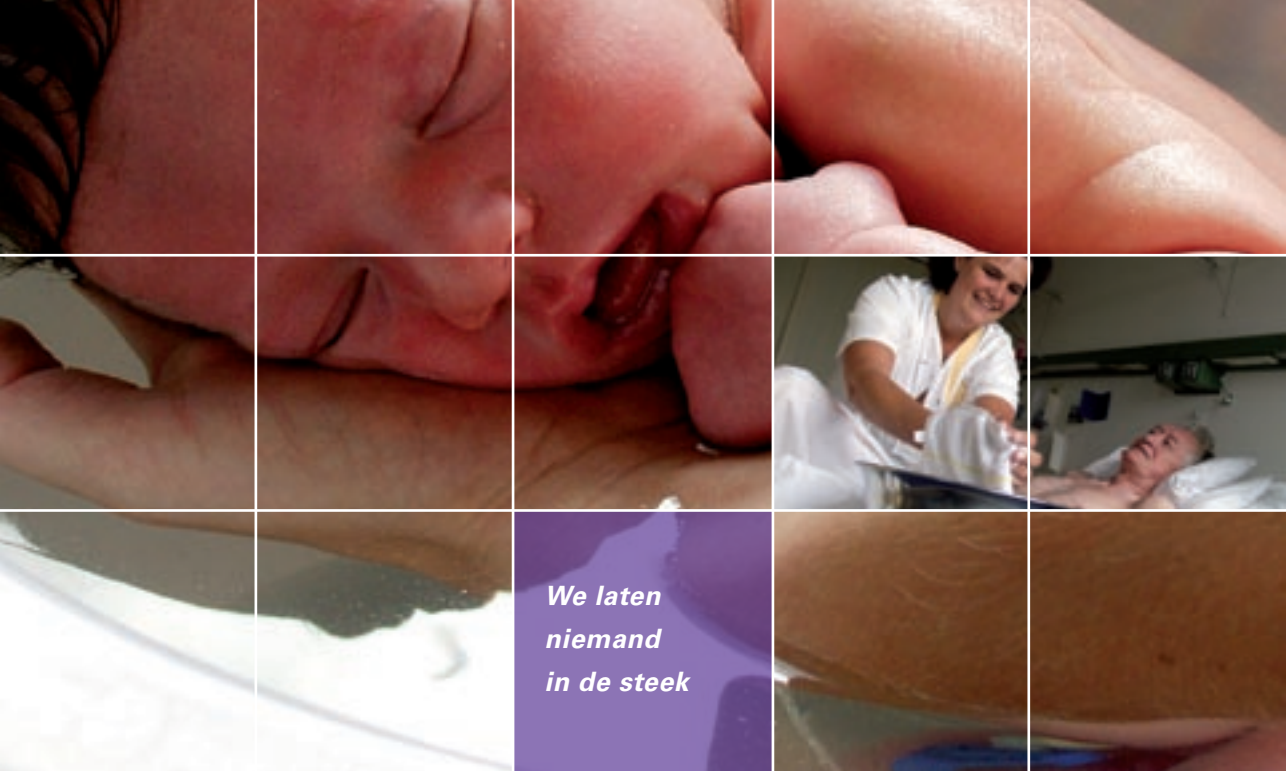
Door demografische en technische ontwikkelingen verandert en groeit de vraag naar zorg. De gehele zorgsector staat daarom aan de vooravond van een grote uitdaging. Om het hoge niveau van zorg in Nederland te laten bestaan, moeten we nieuwe zorgconcepten ontwikkelen en maatregelen treffen om – in een krappere wordende arbeidsmarkt – te kunnen voorzien in voldoende en gekwalificeerd zorgpersoneel.

Zorgaanbieders moeten zodanig innoveren dat **de werklust voor zorgverleners vermindert**. De aankomende schaarste op de arbeidsmarkt mag niet leiden tot wachtlijsten en te hoge werkdruk – bij gebrek aan collega's. Een negatieve spiraal moet vermeden worden: meer werkdruk, meer verloop en ziekteverzuim en een nog grotere werkdruk. VWS investeert via het Zorginnovatieplatform in innovaties die de zorgverlening efficiënter en kwalitatief beter maken en die bijdragen aan het verlichten van de werkdruk.

Uiteraard is het aantrekken en behouden van voldoende personeel in eerste instantie een verantwoordelijkheid van de zorginstellingen zelf. De dreigende tekorten overstijgen echter de oplossingsmogelijkheden van de

individuele instellingen en op sommige punten ook die van de sociale partners. Daarom is er een actieplan Werken aan de Zorg om samen met werkgevers- en werknemersorganisaties en andere betrokken partijen het dreigende personeelstekort het hoofd te bieden.

Ook investeren wij fors in stageplaatsen voor studenten in het zorgonderwijs. Er komt meer aandacht voor het werven van groepen mensen die nu nog niet in de zorg werken. En als werknemers met een deeltijdbaan in de zorg allemaal twee uur per week extra werken, scheelt dat al tienduizenden extra arbeidsplaatsen. Wij ondersteunen regionale samenwerkingsverbanden zodat de betrokken partijen arbeidsmarktstrategieën kunnen ontwikkelen. Ook dragen we bij aan voorlichting aan jongeren en aan projecten voor professionalisering van medewerkers.



*We laten
niemand
in de steek*

Participatie

Wetswijziging Wet maatschappelijke ondersteuning

We hechten groot belang aan de bescherming van de positie van de burger in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Bij levering van huishoudelijke verzorging blijkt die positie niet altijd goed te zijn geregeld. Medewerkers in de thuiszorg worden soms gedwongen om als alfahulp te werken. De burger wordt zo onbedoeld en onbewust werkgever en aansprakelijk voor de alfahulp. De wetswijziging voorkomt dit scenario. Het wordt mogelijk om bij huishoudelijke verzorging te kiezen tussen een voorziening in natura, een persoonsgebonden budget of een financiële vergoeding voor het in dienst nemen van een alfahulp. Gemeenten zijn wettelijk verplicht de burgers voorafgaand aan die keuze begrijpelijk in te lichten.

Tot slot verplicht het wetsvoorstel aanbieders van huishoudelijke verzorging, als ze een opdracht van de gemeente verwerven, te overleggen met de aanbieders die tot dan toe zorg leverden. Dit in verband met het overnemen van personeel. Streven is dat de wetswijziging in het najaar van 2009 in werking treedt.

Vrijwilligers en mantelzorgers

Kabinetsdoelstelling 35: Substantiële uitbreiding van het aantal vrijwilligers en mantelzorgers in 2011.

Mensen die er onvoldoende in slagen voor zichzelf te zorgen of te participeren in de maatschappij, moeten gebruik kunnen maken van ondersteuning door vrijwilligers of mantelzorgers.

In de beleidsbrief Voor Elkaar zijn de doelstellingen over vrijwilligerswerk en mantelzorg bijgesteld. We verbeteren de kwaliteit van de ondersteuning. Ook verbeteren we de **mogelijkheden om zorg en arbeid te combineren**.

We streven naar een uitbreiding van het aantal vrijwilligers, onder meer door nieuwe doelgroepen te benaderen.

Wat mantelzorgers betreft is het streven erop gericht het aantal mantelzorgers ten minste gelijk te houden (circa 2,4 miljoen in 2011).

Mantelzorgers leveren zorg op basis van persoonlijke solidariteit, die van onschatbare waarde is. Zij verdienen daarvoor waardering en ondersteuning. Wij stimuleren die ondersteuning, waarvoor gemeenten in de eerste plaats verantwoordelijk zijn. Denk hierbij onder meer aan het organiseren van respijtzorg en deskundigheidsbevordering. De overheid laat haar waardering voor mantelzorgers verder blijken door een 'mantelzorgcompliment' van 250 euro beschikbaar te stellen.

Beschermd en weerbaar (huiselijk geweld)

Geweld in afhankelijkheidsrelaties komt op veel grotere schaal voor dan wordt gedacht. Huiselijk geweld, eerge relateerd geweld, vrouwelijke genitale verminking en mensenhandel leiden tot grote psychische en lichamelijke schade bij slachtoffers en hun directe omgeving. Deze uitwassen zijn onder alle omstandigheden onaanvaardbaar. In 2009 investeert VWS verder in de opvang en hulpverlening in het kader van het actieprogramma Beschermd en Weerbaar uit 2008. Het gaat om structureel nog eens 5 miljoen euro extra voor de versterking van de Advies- en Steunpunten Huiselijk Geweld en 2,2 miljoen euro extra voor opvangcapaciteit.

Het actieprogramma richt zich onder meer op de **onmiddellijke veilige opvang voor slachtoffers** van eengerelateerd geweld. In dat kader komen er in de vier grote steden, waarmee een convenant is gesloten, ook 40 opvangplekken voor ernstig bedreigde mannen. In 2009 wordt een evaluatie naar de Tweede Kamer gestuurd.

Kabinetsdoelstelling 47: Betere hulp en opvang voor tienermoeders

Wanneer onbedoeld zwangere meisjes ervoor kiezen hun kind te houden, krijgen ze soms geen steun uit hun omgeving. We hebben 1 miljoen euro extra ter beschikking gesteld, bijvoorbeeld voor Advies- en Steunpunten die dag en nacht bereikbaar zijn. Plekken waar zwangere meisjes en tienermoeders terecht kunnen met hun problemen. De Centra voor Jeugd en Gezin zijn van groot belang om meisjes met problemen zo snel mogelijk door te geleiden naar de juiste hulpverlenende instantie. Hierbij opereren we in nauw overleg met de minister voor Jeugd en Gezin.

Seksuele voorlichting

Informatie over seksualiteit, het voorkomen van seksueel overdraagbare ziektes (soa's), ongewenste zwangerschap en seksueel geweld is van groot belang. We blijven daarom investeren in seksuele vorming, vooral onder jongeren. Hierbij werken we nauw samen met de minister voor Jeugd en Gezin. De deskundigheid van professionals, bijvoorbeeld op het gebied van genitale verminking van vrouwen wordt bevorderd.

Regeling voor chronisch zieken en gehandicapten

Per 1 januari 2009 komt er een nieuwe regeling voor de tegemoetkoming van meerkosten die chronisch zieken en gehandicapten maken voor zorg. Vanaf die datum vervalt de huidige regeling buitengewone uitgaven. Omdat chronisch zieken en gehandicapten extra kosten maken in vergelijking met andere groepen vinden we inkomensondersteuning van belang.

De bestaande regeling wordt niet gebruikt door velen voor wie de regeling bedoeld is en wel gebruikt door velen voor wie de regeling niet bedoeld is. Met de nieuwe regeling gaat het kabinet **gerichter chronisch zieken en gehandicapten compenseren met hun meerkosten**. Voor de nieuwe regeling is 1,8 miljard euro beschikbaar, waarvan 1 miljard euro speciaal is bedoeld voor de chronisch zieken en gehandicapten.

Er komt ook een algemene inkomenscompensatie voor ouderen en arbeidsongeschikten. Het ouderenforfait en het arbeidsongeschiktenforfait bij de belastingopgave vervalt. Deze aftrekpost was bedoeld om betrokken groepen die kans lopen op 'verborgen kosten' van ziekte (zoals stookkosten) tegemoet te komen. We willen echter ongewenste inkomenseffecten zoveel mogelijk compenseren. Ouderen krijgen gemiddeld 150 euro per jaar compensatie, arbeidsongeschikten gemiddeld 225 euro.

Sport

Met de Impuls Brede Scholen, Sport en Cultuur worden combinatiefuncties gecreëerd. Iemand is dan in dienst van één werkgever, maar oefent zijn functie uit op diverse terreinen, bijvoorbeeld bij een school én een sportclub. In 2012 zijn er ten minste 2500 voltijds combinatiefuncties. VWS, het ministerie van OCW, gemeenten en de sport- en cultuursector willen op die manier **sportverenigingen versterken** in hun maatschappelijke taken en **sport, cultuur en onderwijs met elkaar verbinden**. Het programma is in 2008 van start gegaan met 375 combinatiefuncties in 30 gemeenten. In 2009 betalen deze gemeenten mee en neemt het aantal combinatiefuncties daar toe van 375 tot 475. Komend jaar zullen nog eens ruim 90 gemeenten

zich aansluiten bij het programma. Dat levert 440 combinatiefuncties extra op. In 2009 is hiermee is 28,3 miljoen euro rijks geld gemoeid, waarvan 19,6 miljoen euro voor rekening komt van VWS. Gemeenten vullen dit bedrag in 2009 aan met 13 miljoen euro.

Met het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen moet 70 procent van de volwassen Nederlanders in 2012 voldoende bewegen, zes procent meer dan in 2007. Tegelijkertijd moet het aantal inactieve mensen omlaag. Medio 2008 is dit actieplan van start gegaan, waarmee in twee tranches ruim 100 gemeenten hun minder actieve burgers stimuleren meer te bewegen en te sporten. Daarmee moeten in 2009 50 gemeenten aan de slag zijn gegaan. In samenwerking met de minister voor Jeugd en Gezin proberen we ook **meer jongeren in beweging** te krijgen. In 2012 willen we dat de helft van alle jongeren voldoet aan de voor hen geldende – zwaardere – beweegnorm. In 2007 voldeed 45 procent aan deze norm.

Onze talenten moeten de laatste stap naar de internationale top kunnen maken. In 2009 investeren we hiervoor in tien extra talentcoaches, betere onderwijsfaciliteiten en het internationale trainings- en wedstrijdprogramma. We willen dat er in 2011 twintig procent meer succesvolle talenten zijn. De combinatie van toptraining en onderwijs wordt verbeterd met de komst van vier of vijf Centra voor Topsport en Onderwijs.

Om meer gehandicapten te laten sporten, stimuleren we sport in het speciaal onderwijs. Ook willen we het sportaanbod in zorgvoorzieningen voor mensen met een verstandelijke handicap vergroten en het aanbod van sportverenigingen voor mensen met een beperking verbeteren.

Tot slot streven we ernaar de positie van sport in het Europese Gemeenschapsrecht op een aantal terreinen te verduidelijken, rekening houdend met het bijzondere karakter van de sport.

Medische ethiek

De beleidsbrief Medische Ethiek van het najaar 2007 blijft uitgangspunt voor het beleid. In 2009 nemen we verdere stappen om de kwaliteit van de hulpverlening rond de afbreking van zwangerschap te verbeteren. Zo worden de psychosociale gevolgen van abortus onderzocht en loopt er

onderzoek naar de redenen voor abortus. De beroepsgroep werkt, met subsidie van VWS, aan de ontwikkeling van een richtlijn ter verbetering van de abortushulpverlening.

Ook gaan we door met voorlichting en onderzoek op het vlak van euthanasie. Eén van de onderzoeken betreft het kennisniveau van artsen en burgers ten aanzien van medische beslissingen rond het levenseinde en de problemen die zich in de praktijk voordoen.

Orgaandonatie

We streven ernaar dat het aantal donoren met 25 procent stijgt. Wij doen een dringende oproep aan iedereen om na te denken over orgaandonatie, en we spreken daarbij de diepe voorkeur uit dat mensen voor donatie kiezen.

In het Masterplan Orgaandonatie staan voorstellen over de kwaliteit van donorwerving, uitname en transplantatie. De voorlichting wordt uitgebreid en verliest het neutrale karakter. We spreken mensen voortaan aan op hun verantwoordelijkheid en solidariteit. We hopen te bereiken dat mensen **vaker kiezen vóór donatie** en dat ook aan hun naasten vertellen. Er wordt een wijziging van de Wet op de orgaandonatie voorbereid. Er komt, naast de vier keuzemogelijkheden van nu, een extra keuze: 'Ja, ik geef toestemming voor donatie, mits mijn nabestaanden instemmen'. Voor mensen die zich niet registreren, geldt: 'Mijn nabestaanden beslissen'. Niet registreren is ook een keuze, die men altijd kan wijzigen.

Oorlogsgetroffenen

Het verhaal over de Tweede Wereldoorlog en de gevolgen daarvan blijft belangrijk, ook voor generaties die na ons komen. Met het programma Erfgoed van de Oorlog investeren we in het behouden, ontsluiten en toegankelijk maken van erfgoedmateriaal. Extra aandacht is er voor het audiovisueel vastleggen van getuigenissen. Voor het programma is tot 2010 ruim 21 miljoen euro beschikbaar. Het voorlichtingsbeleid Tweede Wereldoorlog, dat zich tot nu vooral richt op de jeugd, wordt geëvalueerd.

Ook Nederlanders die geen persoonlijke relatie hebben met WO II moeten goed geïnformeerd zijn over het oorlogsverleden en de gevolgen daarvan.

Financieel beleid op hoofdlijnen

Deze paragraaf beschrijft het financieel beleid op hoofdlijnen. Allereerst worden de geraamde uitgaven behorend bij het beleidprogramma van het kabinet *Samen werken Samen leven* gepresenteerd. Vervolgens wordt een totaaloverzicht gepresenteerd van de zorguitgaven, gevolgd door een totaaloverzicht van de begrotingsuitgaven. Hierna volgen overzichten met de financiële consequenties van de belangrijkste onderwerpen in deze beleidsagenda.

Doelstellingen kabinet

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

Nr. kabinets-doelstelling	Omschrijving	Nr. Beleids-artikel / OD	Geraamde uitgaven 2009	Geraamde uitgaven 2010	Geraamde uitgaven 2011	Vindplaats
35	Substantiële uitbreiding van het aantal vrijwilligers en behoud van het aantal mantelzorgers in 2011	44.3.2	27.800	32.700	42.800	Kamerstukken 2007-2008 30 169, nr 11
45a	De vermijdbare schade in de ziekenhuiszorg is in 2012 gehalveerd	42.3.2 98.3.4	5.950	4.450	3.950	Kamerstukken 31 016, nr 8 en 28 439, nr 18
45b	Burgers kunnen op KiesBeter.nl voor 80 aandoeningen zien welke kwaliteit de ziekenhuizen bieden	42.3.1 43.3.1	9.422	10.422	9.422	Kamerstukken 28439, nr. 98
45c	Cliënten geven 90 procent van de zorgaanbieders in de AWBZ een voldoende voor de kwaliteit van de zorg	*	*	*	*	
45d	De rechten en plichten van patiënten en cliënten zijn in 2011 wettelijk vastgelegd en de informatie hierover is voor iedereen toegankelijk	42.3.1 43.3.1	39.721	39.721	39.721	Kamerstukken 31 476, nr.1
46	Meer patiëntgerichte zorg door vernieuwing zorgconcepten en innovatie	42.3.2 43.3.3	133.879	109.146	106.874	Innovatie in preventie en zorg, Kamerstukken 31 200XVI, nr. 16
47	Betere hulp en opvang voor tienermoeders	44.3.4	1.000	1.000	1.000	-
48	Verbeteren en versterken palliatieve zorg	43.3.3	21.400	21.400	21.400	Actieplan Palliatieve zorg 2008-2010, Kamerstukken 29 509, nr.19

* Doelstellingen 45b en 45c worden bekostigd via het Project Zichtbare Zorg, het ontwikkelen van de CQ-index en het kwaliteitskader Verantwoorde zorg, inclusief € 4,2 miljoen per jaar voor KiesBeter.nl

Totale premiegefinancierde zorguitgaven

Totale zorguitgaven onder het Budgettair Kader Zorg (bedragen x € 1.000.000)

	2009		2009
41 Volksgezondheid	107	43 Langdurige zorg	21.780
Preventieve zorg (uitvoeren Rijksvaccinatieprogramma)	108	Langdurige geestelijke gezondheidszorg	1.340
Volksgezondheid onverdeeld	-1	Gehandicaptenzorg	5.612
		Verpleging en verzorging	12.022
42 Gezondheidszorg	31.596	Persoonsgebonden budgetten	1.854
Huisartsen	2.170	Subsidies langdurige zorg	70
Tandheelkunde en tandheelkundige specialistische zorg	757	Beheerskosten / diversen AWBZ	238
Paramedische hulp	524	Langdurige zorg onverdeeld	645
Verloskunde en kraamzorg	424		
Dieetadvisering	42	44 Maatschappelijke ondersteuning	172
Extramurale zorg onverdeeld	37	MEE-instellingen	172
Algemene en categorale ziekenhuizen	10.600		
Academische ziekenhuizen	3.286	99 Nominaal en onvoorzien	1.965
Medisch specialisten	1.888	Nominaal en onvoorzien	1.965
Overig curatieve zorg	523		
Ziekenhuizen, medisch specialisten en overig curatief onverdeeld	492	Overig	2.389
Ambulancevervoer	408	Wmo (gemeentefonds)	1.492
Overig ziekenvervoer	113	Opleidingfonds (begroting VWS)	818
Ziekenvervoer onverdeeld	5	Wtcg (begroting VWS)	n.v.t.
Farmaceutische hulp	5.327	Begrotingsgefinancierde BKZ-uitgaven	79
Hulpmiddelen	1.333		
Geneeskundige GGZ door instellingen	2.883	Totaal zorguitgaven	58.010
Geneeskundige GGZ door vrijgevestigden	159		
Geneeskundige GGZ onverdeeld	126		
Grensoverschrijdende zorg	500		

Bron: VWS

Totale begrotingsuitgaven

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1.000)

	2009		2009
41 Volksgezondheid	602.970	47 Oorlogsgetroffenen en herinnering WO II	389.961
1 Meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl	44.468	1 Een kwalitatief goed en doelmatig stelsel van materiële en immateriële hulpverlening aan oorlogsgetroffenen WO II in een situatie van afbouw	374.036
2 Het voorkomen van gezondheidsschade door onveilig voedsel onveilige producten	80.110	2 De herinneringen aan WO II blijft levend en veel mensen – vooral jeugdigen – zijn zich van bewust van de betekenis van WO II	14.497
3 Het voorkomen van gezondheidsschade door ongevallen	4.587	Personeel en materieel	1.428
4 De vermijdbare ziektelast neemt af door een goede bescherming tegen infectie- en chronische ziekten	299.725		
5 Er is een doelmatig systeem van openbare gezondheidszorgvoorzieningen dat bijdraagt aan een betere volksgezondheid	150.530	98 Algemeen	310.236
6 Het bevorderen van ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg en bij medisch wetenschappelijk onderzoek	14.599	1 Beheer en toezicht stelsel	90.062
Personeel en materieel	8.951	2 Internationale samenwerking	12.013
		3 Verzameluitkering VWS	0
42 Gezondheidszorg	7.170.217	Personeel en materieel	208.161
1 De positie van de burger in het zorgstelsel wordt verstrekt	1.382	Inspectie Gezondheidszorg	46.674
2 Zorgaanbieders worden gestimuleerd om het door de burger gewenste zorgaanbod te realiseren	1.234.576	Sociaal en Cultureel Planbureau	5.494

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1.000)

	2009		2009
<i>vervolg 42 Gezondheidszorg</i>		<i>vervolg 98 Algemeen</i>	
3 Zorgverzekeraar bieden alle burgers een betaalbaar verzekerd pakket voor noodzakelijk zorg aan	5.926.202	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling	114
Personeel en materieel	8.057	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	2.980
		Gezondheidsraad	3.470
43 Langdurige zorg	5.408.616	Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek	1.515
1 De positie van de burger in het zorgstelsel wordt versterkt	61.438	Strategisch onderzoek RIVM	20.131
2 Voor iedere cliënt is de noodzakelijke zorg beschikbaar	146.601	Strategisch onderzoek NVI	8.162
3 De zorg is effectief en veilig en wordt door de cliënt positief ervaren (kwalitatief goede zorg)	164.612	Inspectie Jeugdzorg	5.852
4 De kosten van de zorg zijn maatschappelijk aanvaardbaar	5.051.785	Personeel en materieel kernministerie	113.769
Personeel en materieel	4.180		
44 Maatschappelijke ondersteuning	601.493	99 Nominaal en onvoorzien	-38.805
1 Burgers worden gestimuleerd actief te participeren in maatschappelijke verbanden	34.568	1 Loonbijstelling	3.874
2 Burgers bieden anderen vrijwillige ondersteuning en kunnen gebruik maken van (organisaties van) vrijwillige ondersteuning	80.708	2 Prijsbijstelling	0
3 Burgers met beperkingen kunnen gebruik maken van (algemene) voorzieningen en professionele ondersteuning	85.812	3 Onvoorzien	2.019
4 Burgers met (psycho) sociale problemen kunnen gebruik maken van tijdelijke ondersteuning	396.470	4 Taakstelling	-43.948
Personeel en materieel	3.935		

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1.000)

	2009	2009
46 Sport	137.634	
1 Mensen sporten en bewegen meer voor hun gezondheid	24.761	
2 Via de sport ontmoeten mensen elkaar, doen mensen mee aan maatschappelijke activiteiten en gaan mensen respectvol met elkaar om	80.252	
3 De topsport in Nederland staat symbool voor ambitie, is een bron van ontspanning en draagt bij aan ons nationale imago in binnen- en buitenland	30.290	
Personeel en materieel	2.331	Totaal begrotingsuitgaven 14.583.072

Geraamde begrotingsuitgaven bij de belangrijkste onderwerpen in de beleidsagenda 2009

In deze tabel zijn de begrotingsuitgaven bij de belangrijkste onderwerpen in deze beleidsagenda opgenomen. De opbouw van de begroting 2008 naar 2009 is niet in deze beleidsagenda opgenomen. U kunt deze vinden in het verdiepingshoofdstuk van de begroting.

Omschrijving	Nr. Beleids- artikel-/OD	Geraamde uitgaven 2009	Geraamde uitgaven 2010	Geraamde uitgaven 2011
Curatieve Zorg				
Vereenvoudiging DBC systematiek	42.3.3	979	1.200	-
Stimuleren projecten patiëntveiligheid GGZ	42.3.2	1.700	1.700	1.900
Langdurige zorg				
Invoeren zorgzwaartebekostiging	43.3.3	4.500	-	-
Palliatieve zorg	43.3.3	21.400	21.400	21.400
Preventie				
3e (lopend en 4e (op te starten Preventieprogramma's ZonMw	41.3.4	16.200	17.400	19.000
Proefprogramma preventie in het basispakket van de Zorgverzekeringswet				
- stoppen met roken	41.3.1	400	-	-
- depressiepreventie en zelfmanagement van chronisch zieken	41.3.4	1.900	3.900	-
- bewegen	46.3.1	3.000	500	-
ZonMw Diseasemanagement	41.3.4	1.200	1.100	1.100
Nationaal Programma Diabetes	41.3.4	2.500	2.500	2.500
Kwaliteit en veiligheid				
Ontwikkelen kwaliteitsindicatoren (Project Zichtbare zorg)	42.3.1 en 43.3.1	1.500	1.500	1.500
Ontwikkelen CQ-index	42.3.1 en 43.3.1	800	800	800

Omschrijving	Nr. Beleids- artikel-/OD	Geraamde uitgaven 2009	Geraamde uitgaven 2010	Geraamde uitgaven 2011
Portal Kiesbeter.nl	43.3.1	4.222	4.222	4.222
Onderhoud indicatoren (Project zichtbare zorg)	42.3.1 en 43.3.1	1.000	2.000	1.000
Veiligheidsprogramma ziekenhuizen	42.3.2	2.350	1.850	1.350
Regie orgaan kwaliteit en veiligheid	42.3.1 en 43.3.1	1.600	600	600
Actieprogramma veilige zorg	42.3.2	3.450	3.100	2.800
Landelijke campagne patiëntveiligheid	98.3.4	2.000	2.000	2.000
ZonMw programma Zorg voor beter	43.3.3			
Subsidies PGO-organisaties	42.3.1 en 43.3.1	39.556	39.556	39.556
Geschillencommissie zorginstellingen	43.3.1	165	165	165
Innovatie				
Algemeen innovatiebeleid (zorgbreed), waaronder het ZorgInnovatieplatform	42.3.2	29.000	34.000	39.000
ICT in de Zorg	42.3.2	69.782	38.830	38.830
Werken in de zorg				
Actieplan Werken aan de zorg				
- curatieve zorg	42.3.2	14.427	19.927	19.177
- langdurige zorg	43.3.3	53.437	61.312	59.062
- Vaccinaties	42.3.2	2.500	2.500	2.500
Participatie				
Uitbreiding vrijwilligers en behoud mantelzorgers - begroting VWS -	44.3.2	9.000	9.000	9.000
Maatschappelijke stages met OCW - Gemeentefonds -	44.3.2	14.800	19.800	29.900
Mantelzorgcompliment	44.3.2	65.000	65.000	65.000
Actieprogramma Beschermd en weerbaar	44.3.4	24.825	27.325	29.825
Hulp en opvang tienermoeders	44.3.4	1.000	1.000	1.000
Bevorderen seksuele gezondheid	41.3.4	12.200	12.700	12.200

Omschrijving	Nr. Beleids- artikel-/OD	Geraamde uitgaven 2009	Geraamde uitgaven 2010	Geraamde uitgaven 2011
Allochtonen en seksuele gezondheid	41.3.4	1.000	1.000	1.000
Regeling chronisch zieken en gehandicapten	43.3.4	-	340.540	349.485
Inkomenscompensatie ouderen en arbeidsongeschikten	43.3.4	-	40.000	40.400
Sport				
Impuls brede scholen, sport en cultuur	46.3.2	19.609	23.334	23.334
Nationaal Actieplan Sport en Bewegen	46.3.1	15.495	17.774	18.764
Talentontwikkeling, waaronder Centra voor Topsport en Onderwijs	46.3.3	9.797	9.797	9.979
Werkplan gehandicaptensport in Nederland	46.3.2	2.483	2.498	2.498
Medische ethiek				
Onderzoek naar:				
- ongewenste zwangerschap (o.a. psychosociale gevolgen van abortus en redenen voor abortus)	41.3.6	245	215	155
- kennisniveau artsen en burgers t.a.v. medische beslissingen rond het levenseinde	41.3.6	-	-	-
Masterplan orgaandonatie	42.3.2	14.666	27.447	36.339
Oorlogsgetroffenen				
Programma Erfgoed van de Oorlog	47.3.2	7.091	2.358	-

Ontwikkeling zorguitgaven

In de tabel hieronder worden de belangrijkste mutaties van de ontwikkelingen van de premiegefinancierde zorguitgaven van de begroting 2008 tot de begroting 2009 gepresenteerd. Een toelichting op deze mutaties is opgenomen in de bijlage Financieel Beeld Zorg van deze begroting.

Mutaties in de bruto BKZ relevante uitgaven en ontvangsten sinds de ontwerpbegroting 2008 (bedragen x € 1.000.000)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Bruto BKZ-relevante uitgaven stand VWS ontwerpbegroting 2008	54.349,7	58.727,3	62.057,4	65.698,6	69.543,1	
<i>Mutaties</i>	<i>262,5</i>	<i>-74,7</i>	<i>-71,2</i>	<i>-238,3</i>	<i>61,4</i>	

Bruto BKZ-relevante uitgaven stand Jaarverslag 2007 / 1e suppletore wet 2008

Productieontwikkeling, mee- en tegenvallers

a. Actualisatie zorguitgaven 2007 en doorwerking	-175,7	-144,0	-28,4	39,8	61,4	
--	--------	--------	-------	------	------	--

Maatregelen en beleidsaanpassingen genoemd in de Beleidsagenda

Preventieve zorg

b. Toevoeging HPV-vaccin aan Rijksvaccinatieprogramma		pm	pm	pm	pm	
c. Opname Hepatitis B-vaccin in Rijksvaccinatie-programma		pm	pm	pm	pm	

Curatieve zorg

d. Aanscherpen vergoeding cholesterolverlagers		-32,0	-65,0	-97,0	-97,0	
e. Pakketmaatregelen hulpmiddelen		-22,0	-23,1	-24,3	-25,5	

**Mutaties in de bruto BKZ relevante uitgaven en ontvangsten sinds de ontwerpbegroting 2008
(bedragen x € 1.000.000)**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
f. Verbetering kwaliteit methadonbehandeling		7,5	7,5	7,5	7,5	
g. Ambulances		7,0	13,0	13,0	13,0	
h. Diagnostiek en behandeling dyslexie in het basispakket		27,9	29,3	30,7	32,1	
i. Benzodiazepinen uit het basispakket		-70,0	-70,0	-70,0	-70,0	
Langdurige zorg						
j. Maatregelen Care		-91,0	-712,0	-776,0	-840,0	
Overige maatregelen en beleidsaanpassingen						
k. Huisartsen		pm	pm	pm	pm	
l. Kosteneffectieve preventieve interventies			25,9	37,9	50,0	
m. Verbetering kwaliteit gehandicaptenzorg		42,0	72,0	72,0	72,0	
n. PGB's	31,0	388,0	593,0	835,0	1.076,0	
o. Capaciteitsplan		12,1	22,8	33,0	37,6	
p. Besparingsverlies Best practices	-35,0	40,0				
q. Besparingsverlies OB-somatisch	200,0					
r. Wtcg		-925	-569,7	-558,6	-548,7	
vv. Forfaits chronisch zieken en gehandicapten			355,3	366,4	376,3	
vv. Ophogen inkomensgrens		10,0	10,0	10,0	10,0	
vv. Uitvoeringskosten		15,0	15,0	15,0	15,0	
vv. Vervallen reservering Wtcg		-950,0	-950,0	-950,0	-950,0	
Technische en macro-economische mutaties						
s. Macro loon- en prijsbijstelling (MEV 2009)		91,3	142,5	162,4	166,5	

**Mutaties in de bruto BKZ relevante uitgaven en ontvangsten sinds de ontwerpbegroting 2008
(bedragen x € 1.000.000)**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
t. IJklijnmutaties	-61,8	-135,7	-163,6	-196,5	-174,5	
u. Diverse mutaties	7,3	-39,1	32,5	34,7	13,9	
v. Financieringsschuif	57,4					
<i>Totaal mutaties</i>	<i>-176,8</i>	<i>-643,0</i>	<i>-693,3</i>	<i>-456,4</i>	<i>-225,7</i>	
Bruto BKZ uitgaven stand VWS ontwerpbegroting 2009	54.435,4	58.009,6	61.292,9	65.003,9	69.378,8	73.803,9
BKZ-relevante ontvangsten stand VWS ontwerpbegroting 2008	3.028,3	3.234,3	3.376,5	3.535,2	3.674,2	
<i>Mutaties</i>	<i>6,4</i>	<i>15,2</i>	<i>15,2</i>	<i>9,5</i>	<i>8,1</i>	
Bruto BKZ relevante uitgaven stand Jaarverslag 2007 / 1e suppletore wet 2008	3.034,7	3.249,5	3.391,7	3.544,7	3.682,3	
I. Beindiging overgangsmaatregel		20,0	20,0	20,0	20,0	
II. Eigen bijdrage OB/AB		-40,0	87,0	96,0	105,0	
III. Wtcg		-230,0	-443,0	-323,0	-331,0	
IV. Diverse mutaties	7,6	-6,0	-9,1	-11,5	-4,3	
<i>Totaal mutaties</i>	<i>7,6</i>	<i>-256,0</i>	<i>-345,1</i>	<i>-218,5</i>	<i>-210,3</i>	
BKZ-ontvangsten stand VWS ontwerpbegroting 2009	3.042,3	2.993,5	3.046,6	3.326,2	3.472,0	3.638,8
Netto BKZ-relevante uitgaven stand VWS ontwerpbegroting 2008	51.321,4	55.493,0	58.680,9	62.163,4	65.868,9	
Netto-BKZ-uitgaven stand VWS ontwerpbegroting 2009	51.393,1	55.016,1	58.246,3	61.677,7	65.906,8	70.165,1

Bron: VWS

Uitgave

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Postadres

Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Bezoekadres

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag

Internetadres

www.minvws.nl

Informatie

Voor meer informatie kunt u terecht bij de medewerkers van Postbus 51. Zij zijn op werkdagen bereikbaar van 08.00 tot 20.00 onder telefoonnummer 0800-8051 (gratis).

Internetadres

www.minvws.nl

Augustus 2008

De beleidsagenda van het ministerie van VWS gaat in op de belangrijkste zaken die in 2009 spelen op het terrein van volksgezondheid, welzijn en sport. In 2009 staat de aandacht voor kwaliteit, veiligheid, preventie, participatie en werken in de zorg centraal. Bovendien is er aandacht voor innovatie om knelpunten in de zorg op te lossen.

De beleidsagenda geeft het beleid aan op hoofdpunten en noemt de doelstellingen die VWS wil verwezenlijken. Uitgebreidere informatie over de ontwikkelingen op het vlak van volksgezondheid, welzijn en sport is te vinden in de begroting voor 2009, die in september is aangeboden aan de Tweede Kamer.

De beleidsagenda, de begroting en overige relevante documenten voor Prinsjesdag kunt u in digitale vorm terugvinden op www.minvws.nl/dossiers/prinsjesdag-2008.nl/

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport