



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Beleidsverslag

2008

# Inhoud

<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>1 Kwaliteit en Veiligheid</b>	<b>5</b>
<b>2 Preventie</b>	<b>16</b>
<b>3 Innovatie</b>	<b>20</b>
<b>4 Werken in de Zorg</b>	<b>23</b>
<b>5 Participatie</b>	<b>26</b>
<b>6 Ethiek</b>	<b>32</b>
<b>7 Oorlogsgetroffenen</b>	<b>34</b>
<b>8 Sport</b>	<b>36</b>
<b>9 Financieel overzicht kabinetsdoelstellingen</b>	<b>39</b>
<b>10 Financieel Beeld op Hoofdlijnen</b>	<b>40</b>

# Inleiding

Waar 2007 in het teken stond van het vormgeven van het kabinetsprogramma 'Samen leven, samen werken', is in 2008 hieraan concrete invulling gegeven. Wij hebben het afgelopen jaar veel bereikt. Hierover leggen wij in dit jaarverslag verantwoording af.

In dit jaarverslag worden alleen onze beleidsprioriteiten uitgebreid toegelicht. Het jaarverslag is dus geen compleet overzicht van onze inzet en behaalde doelen. Hoewel in het beleidsverslag vooral de nadruk wordt gelegd op de verantwoording van onze beleidsprioriteiten, geven wij wel een volwaardige financiële verantwoording.

Onze prioriteiten zijn deze kabinetsperiode kwaliteit & veiligheid, preventie, innovatie, werken in de zorg, participatie, ethiek, oorlogsgetroffenen en sport. In de voorgaande jaren lag de nadruk op de invoering van een nieuw zorgstelsel in de curatieve en langdurige zorg. Hiermee is een goede stap gezet voor de financiële houdbaarheid van de zorg, meer ruimte voor keuzemogelijkheden van zorgcliënten en meer competitie op basis van prijs en kwaliteit.

In 2008 is meer aandacht besteed aan de inhoudelijke kant van de zorg en staat de zorgcliënt centraal. Om de kwaliteit van het bestaan van mensen te verbeteren zijn op een veelvoud aan terreinen ambitieuze plannen gestart en maatregelen genomen. Zo is flink geïnvesteerd in 'meer handen aan het bed', zodat meer patiëntgerichte zorg geleverd kan worden. Ook is goede vooruitgang geboekt op gebied van kwaliteit en veiligheid in de ziekenhuizen met onder meer het programma 'Voorkom schade, werk veilig'. Het is van belang dat meer competitie plaatsvindt op basis van prijs en kwaliteit.

In de curatieve zorg wil het kabinet zorgdragen voor meer nabijheid en samenhang in de zorgverlening, het vergroten van de verantwoordelijkheid van verzekeraars en zorginstellingen en de versterking van de positie van cliënten en patiënten. Om dit te bereiken is een aantal stappen gezet. Zo zijn voor een deel van de zorgproducten vrije prijzen geïntroduceerd en wordt de kwaliteit van de geleverde zorg meer inzichtelijk gemaakt voor de cliënt en patiënt. Verder willen wij meer risico's bij de zorgverlener leggen door de kapitaallasten onder te brengen in de integrale tarieven van zorgproducten en de risicoverevening verder af te bouwen. Ten slotte willen wij werken aan de samenhang van de zorg door de introductie van functionele bekostiging in de ketenzorg.

De zorg voor kwetsbare mensen is een graadmeter voor de kwaliteit van de samenleving. Het bieden van zekerheid over de beschikbaarheid en kwaliteit van de langdurige zorg, nu en in de toekomst, is een belangrijke doelstelling. Daarom is in 2008 gewerkt aan het beleidsprogramma 'Zeker van zorg, nu en straks', waarmee de AWBZ meer solidariteit in de bekostiging van de langdurige zorg en onverzekerbare zorg krijgt. Goede zorg voor de kwetsbare mensen in onze samenleving dient te worden gegarandeerd. In 2009 zal aan dit beleidprogramma verdere uitwerking worden gegeven.

Het kabinet heeft 74 doelstellingen geformuleerd in het kabinetsprogramma 'Samen werken, samen leven'. Vijf doelstellingen hebben betrekking op het beleidsterrein van VWS. In 2008 hebben wij goede vooruitgang geboekt op alle doelstellingen. De verantwoording van de kabinetsdoelstellingen staat uitgewerkt binnen de thematische beleidsprioriteiten van VWS.

Doelstelling	Beleidsthema	Operationele Doelstelling
Substantiële uitbreiding van het aantal vrijwilligers en behoud van het aantal mantelzorgers in 2011 (doelstelling 35)	Participatie	44-3-2
Kwaliteit van de zorg zichtbaar verhogen in 2011 ten opzichte van 2006 (doelstelling 45):	Kwaliteit en veiligheid	
• De vermijdbare schade in de ziekenhuiszorg is in 2012 gehalveerd		42-3-2
• Burgers kunnen op kiesBeter.nl voor 80 aandoeningen zien welke kwaliteit de ziekenhuizen bieden		42-3-1
• Cliënten geven 90 procent van de zorgaanbieders in de AWBZ een voldoende voor de kwaliteit van de zorg		43-3-3
• De rechten en plichten van patiënten en cliënten zijn in 2011 wettelijk vastgelegd en de informatie hierover is voor iedereen toegankelijk		42-3-1 43-3-1
Meer patiëntgerichte zorg door vernieuwing zorgconcepten en innovatie (doelstelling 46)	Innovatie/Werken in de zorg	42-3-2 43-3-3
Betere hulp en opvang voor tienermoeders (doelstelling 47)	Participatie	44-3-4
Verbeteren en versterken palliatieve zorg (doelstelling 48)	Kwaliteit en veiligheid	42-3-2 43-3-3

# 1 Kwaliteit en Veiligheid



Mensen hebben recht op veilige, eigentijdse zorg van goede kwaliteit, met voldoende keuzevrijheid en met duidelijke rechten en plichten voor alle partijen. Bij veiligheid van patiënten en cliënten is geen ruimte meer voor vrijblijvendheid. Voor dit kabinet zijn kwaliteit en veiligheid in de zorg de hoogste prioriteiten. Veiligheid is een belangrijke kwaliteitsnorm. De onderlinge relatie komt tot uitdrukking in kabinetsdoelstelling 45.

In 2008 hebben wij in samenwerking met het veld op verschillende manieren de kwaliteit en veiligheid in de zorg verbeterd. Ten eerste is een groot aantal ziekenhuizen aangesloten op het veiligheidsmanagementsysteem. Ten tweede is het aanbod voor palliatieve zorg gestegen met bijna 14%. Ten slotte zijn belangrijke stappen gemaakt in het transparant maken van de kwaliteit van de zorg.

De zorgsector staat nooit stil. Nieuwe ontwikkelingen en innovaties geven meer mogelijkheden voor verbeteringen van de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Wij zetten daarom in op het stimuleren van innovaties in de zorg en het creëren van goede randvoorwaarden voor een optimale innovatiecultuur. Ook is goede zorg afhankelijk van goede afstemming tussen zorgverleners. In dit kader zijn wij bezig voor een aantal chronische ziekten goede ketenzorg op te zetten (zie paragraaf 1.3). We zijn op de goede weg, maar het is onze ambitie de zorg nog beter en veiliger te maken.

## 1.1 Kabinetsdoelstellingen

### **Kabinetsdoelstelling 45: ‘Kwaliteit van de zorg zichtbaar verhogen in 2011 ten opzichte van 2006:**

- a. de vermijdbare schade in de ziekenhuiszorg is in 2012 gehalveerd;
- b. burgers kunnen op [kiesBeter.nl](http://kiesBeter.nl) voor 80 aandoeningen zien welke kwaliteit de ziekenhuizen bieden;
- c. cliënten geven 90% van de zorgaanbieders in de AWBZ een voldoende voor de kwaliteit van de zorg;
- d. de rechten en plichten van patiënten en cliënten zijn in 2011 wettelijk vastgelegd en de informatie hierover is voor iedereen toegankelijk.

#### **45a. De vermijdbare schade in de ziekenhuiszorg is in 2012 gehalveerd**

Voor de verbetering van de kwaliteit en veiligheid in alle sectoren van de zorg zijn het afgelopen jaar 82 ziekenhuizen (incl. Universitair Medische Centra) aangesloten op het programma ‘Voorkom schade, werk veilig’. Deze ziekenhuizen participeren in het programma en hebben initiatieven genomen ter verbetering van de veiligheid van patiënten. Zo ontwikkelen ziekenhuizen onder andere interventies ter preventie van ziekenhuisinfecties na operaties, schade bij patiënten door bloedvergiftiging of medicatiegerelateerde fouten en het herkennen van patiënten met bedreigde vitale functies.

Nulwaarden van de vermijdbare incidenten en vermijdbare sterfte komen uit het dossieronderzoek van het EMGO/NIVEL van 2007 (‘Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen’). Dit dossieronderzoek zal in drie tranches herhaald worden. De eerste tranche gaat over dossiers uit 2009 en zal in de loop van 2010 bekend worden.

Ten slotte is aangevangen met de implementatie van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS). Doelstelling is dat in 2009 alle ziekenhuizen conform het veiligheidsmanagementsysteem werken. Hierdoor zullen ziekenhuizen continu bezig zijn met het vergroten van de veiligheid in de zorg. De IGZ meet in het eerste kwartaal van 2009 bij 24 ziekenhuizen of ze werken met een VMS. Hierover is nu nog geen informatie beschikbaar.

Prestatie-indicator	2007	2008	2012
Aantal ziekenhuizen dat op thema's van het veiligheidsprogramma 'voorkom schade, werk veilig' participeert of aantoonbare initiatieven ontplooit	0	82	alle zkh's
Deelname ziekenhuizen aan de Hospital Standardized Mortality Rate	0	69	alle zkh's

Bron: 1. IGZ 2. VWS

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

In 2008 is de basis gelegd voor het beschikbaar stellen van informatie over de kwaliteit van ziekenhuizen voor 80 aandoeningen. In 2008 heeft ruim 30% van de ziekenhuizen (tijdens de inlooperperiode) kwaliteitsgegevens aangeleverd over de eerste set van 10 aandoeningen. Tevens is voor 16 aandoeningen etalage+ informatie beschikbaar op kiesBeter.nl. De brede invoering bij ziekenhuizen start vanaf begin 2009. De kwaliteitsdata worden dan ook openbaar. Partijen werken ook hard aan ontwikkeling en implementatie van verschillende kwaliteits-indicatoren (o.a. veiligheidsindicatoren en IGZ-basissets). Daarnaast wordt een deel van de indicatoren weliswaar in een andere sector ontwikkeld (care, 1e lijn, GGZ), maar wordt deze ook uitgevraagd in ziekenhuizen. Om samenhang van deze diverse ontwikkelingen in de ziekenhuizen te bewerkstelligen wordt een Programma Advies Commissie (PAC) ingesteld, die de stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen inhoudelijk ondersteunt. In 2011 zal voor ruim 80 onderdelen van ziekenhuiszorg kwaliteitsinformatie op kiesBeter.nl beschikbaar zijn.

Prestatie-indicator	2007	2008	2011
Aantal aandoeningen waarvan kwaliteit zichtbaar is op <a href="http://kiesBeter.nl">kiesBeter.nl</a>	0	10	80

Bron: IGZ

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

Kwaliteitsverbeteringen beginnen met het transparant maken en het meten van de kwaliteit van de geleverde zorg. In dit kader zijn voor de caresector kwaliteitsindicatoren ontwikkeld, die in de sectoren verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT), gehandicaptenzorg (GZ) en langdurige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (deels) zijn geïmplementeerd. In deze kabinetsperiode willen wij doorgaan met het fasegewijs implementeren van de cliëntervaringsmetingen (CQ-indices) in de sectoren VVT, GZ en GGZ. Op basis van de cliëntervaringen willen wij op langere termijn verbeteringen aanbrengen en hiermee de tevredenheid van cliënten over de aan hen geleverde zorg en ondersteuning verhogen.

Prestatie-indicator	2007	2008	2011
Percentage implementatie kwaliteitskaders in de VVT, GZ en GGZ	0%	60%	100%

Bron: Kwaliteitskader Verantwoorde zorg

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

Wij streven naar een sterke centrale positie van patiënten, gehandicapten en ouderen (pgo) in de stelsels van zorg en ondersteuning, zodat hun mogelijkheden om de regie op het eigen leven te voeren en maatschappelijk te participeren worden vergroot. In dat kader worden de rechten en plichten van patiënten en cliënten wettelijk vastgelegd. Een wetsvoorstel daartoe is in voorbereiding genomen en willen wij in de loop van 2009 voorleggen aan de Tweede Kamer. Verder is een Geschillencommissie zorginstellingen in het leven geroepen. Die levert een bijdrage aan het recht op effectieve, laagdrempelige klacht- en geschillenbehandeling. Ten slotte zijn sterke pgo-organisaties nodig die hun werk namens hun achterban kunnen voortzetten én die zich tegelijkertijd verder kunnen ontwikkelen tot nog sterkere vertegenwoordigers. Vooruitlopend op de nieuwe subsidiesystematiek vanaf 2009, waartoe de Subsidieregeling PGO is gemaakt, hebben in 2008 182 organisaties een subsidie gekregen voor de verdere versterking en professionalisering van hun organisatie.

#### **Kabinetsdoelstelling 48: Verbeteren en versterken palliatieve zorg**

Het kabinet wil dat mensen in hun laatste levensfase goede zorg krijgen en met respect worden begeleid. Mensen moeten waardig kunnen sterven. Om dit te bereiken hebben wij afgelopen jaar palliatieve zorg een duidelijke positie gegeven in de nieuwe, nog te ontwikkelen zorgstandaarden voor chronische aandoeningen en de te ontwikkelen curatieve richtlijnen. De subsidieregeling Palliatieve Terminale Zorg draagt bij aan het verbeteren van de toegankelijkheid van palliatieve zorg. De regeling stimuleert het aantal zorgplaatsen en vergroot de landelijke dekking. In 2008 is het aantal zorgplaatsen palliatieve zorg met bijna 14% gestegen.

	2007	2008
Zorgplaatsen via high-care hospices	1131	1753
Zorgplaatsen via bijna-thuis-huizen	1574	1969
Thuisplaatsen	4403	4375
Totaal	7108	8097

Bron: VWS

Daarnaast hebben wij in samenwerking met het veld het Platform Palliatieve Zorg (PPZ) opgericht. Het platform heeft tot doel uitwerking te geven aan het Plan van Aanpak Palliatieve Zorg. Dit plan van aanpak is gericht op betere samenwerking in het veld, het overdragen van kennis en het ontwikkelen van nieuwe zorgconcepten en richtlijnen binnen de palliatieve zorg door het uitwerken en financieel stimuleren van verschillende projecten. Inmiddels is een aantal projecten afgerond. Eén van de resultaten van deze projecten is dat het kwaliteitskader voor de verpleegkundigen in de palliatieve zorg verspreid is binnen het palliatieve veld. In de loop van deze kabinetsperiode zullen meerdere projecten worden opgestart.



## Beleidsconclusie

Voor kabinetsdoelstelling 45 liggen wij goeddeels op koers. Wij hebben voor alle opgenomen prestatie-indicatoren in 2008 bereikt wat wij hebben aangegeven. Voor kabinetsdoelstelling 45b hebben wij onze doelstelling bereikt om voor een tiental aandoeningen kwaliteitsinformatie van de ziekenhuiszorg op kiesBeter.nl te publiceren. Wel zullen wij een extra inzet moeten plegen om in de komende jaren voor de beoogde 80 aandoeningen kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen, te registreren en kwaliteitsinformatie op kiesBeter.nl in 2011 beschikbaar te stellen.

Wij zijn op koers wat betreft de uitwerking van het Plan van Aanpak Palliatieve Zorg samen met het veld. Het veld zal zich hier wel voor moeten blijven inzetten. De toetsing van de voortgang vindt plaats in het Platform Palliatieve Zorg. De subsidieregeling Palliatieve Terminale Zorg zal de komende jaren worden aangepast teneinde het aanbod verder uit te bereiden en de toegankelijkheid te waarborgen.

## 1.2 Samen zorgen voor beter

Kwaliteit van zowel de curatieve als de langdurige zorg is één van de speerpunten van ons beleid. De afgelopen jaren is een aantal programma's gestart in nauwe samenwerking met het veld. Dit zijn de programma's 'Sneller beter', 'Zorg voor beter', 'Kies beter' en 'Veilige zorg'.

In oktober 2004 is begonnen met het programma 'Sneller beter' bij 24 ziekenhuizen. Dit programma bestaat uit drie pijlers die tot doel hebben nieuwe normen voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg te ontwikkelen. De eerste twee pijlers zijn de invoering van de DBC-systematiek en de invoering van de gereguleerde marktwerking in de zorg. De derde pijler behelst het transparant maken van de kwaliteit van de zorg en het verbeteren van de patiëntveiligheid. De ambitieuze doelstellingen zijn deels behaald. Door middel van verschillende projecten is onder meer het percentage patiënten waarbij medicatiefouten worden gemaakt afgenomen van 49% in 2004 naar 27% in oktober 2008.

### Resultaten programma 'Sneller Beter'

	2004	2008
Decubitus	7,9%	5,4%
Vermindering van medicatiefouten	49%	27%
Postoperatieve wondinfecties	4,7%	3,8%
Invoering Blame Free Reporting system	0%	82%
Doorstroomtijd behandeling	69 dgn	39 dgn
Wachttijden poliklinieken	43,3 dgn	35,4 dgn

Bron: Nivel, *Evaluatie Sneller Beter pijler 3* (19 november 2008)

De resultaten van het programma 'Sneller beter' zijn bemoedigend en vormen de basis voor volgende stappen die wij momenteel nemen in het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Zo is begonnen met het programma 'Veilige zorg'. De partijen in de ziekenhuissector hebben het veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig' opgesteld, waarbij onder meer de invoering van het veiligheidsmanagementsysteem tot de ambities behoort. Dit doel is ook opgenomen in kabinetsdoelstelling 'de vermijdbare schade in ziekenhuizen te halveren' (45a). Daarnaast is per specifiek thema een aantal ambitieuze prestatie-indicatoren benoemd gericht op het voorkomen van schade, zoals het verlagen van het aantal ziekenhuisinfecties. Metingen van deze prestatie-indicatoren zullen in de komende periode aanvangen.

Voor verbeteringen van de kwaliteit en veiligheid in de langdurige zorg is het programma ‘Zorg voor beter’ gestart in samenwerking met het veld ([Plan van aanpak: TK 28439, nr. 22](#)). In 2008 is op de verbeterthema’s goede vooruitgang geboekt. Zo zijn normen verantwoorde zorg en kwaliteitskaders voor de VVT en GZ ontwikkeld. Ook zijn concrete verbetertrajecten bij instellingen gestart. Deze verbetertrajecten hebben tot doel een afname van medicijnincidenten met 50% en ondervoeding met 20% te realiseren. Verder is ten aanzien van valpreventie een mindering van 30% te behalen. Ten slotte zal het verbetertraject bijdragen aan een daling van de prevalentie van decubitus (doorligwonden) met 6% en is het doel geen nieuwe gevallen bijkomen. De deelnemers aan de verbetertrajecten presteren momenteel al op de genoemde indicatoren beter dan overige zorginstellingen. Dit zijn bemoedigende resultaten, die aangeven dat de wijze waarop het programma ‘Zorg voor beter’ is ingezet goed werkt.

Prestatie-indicator	2007	2008	2011
Prevalentie Decubitus	5,5%	3,6%	2%
Prevalentie voedingstoestand	7,5%	3,2%	2,5%

Bron: Kwaliteitskader Verantwoorde zorg

Behalve met de genoemde verbeteringen via de verschillende veiligheidsprogramma’s wordt de kwaliteit en veiligheid ook verbeterd door transparantie van de geleverde zorg. Inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg geeft inzicht in de verbetermogelijkheden voor de zorg. Hierbij speelt kiesBeter.nl een belangrijke rol. De ontwikkeling van kwaliteitsinformatie over de geleverde zorg in zowel de curatieve als de langdurige zorg is in volle gang. Verder waren in 2008 voor 1547 VVT instellingen, 78 instellingen in de gehandicaptenzorg en van alle ziekenhuizen kwaliteitsindicatoren van de IGZ beschikbaar op kiesBeter.nl. In de afgelopen periode zijn voor een aantal zorgsectoren en aandoeningen (CQ-) vragenlijsten ontwikkeld die bijdragen aan het inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg.

Ten slotte is de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2008 in opdracht van VWS begonnen met het programmabureau ‘Zichtbare zorg’. Als opvolger van het bureau Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit (ZbTK) is dit programmabureau gericht op het regisseren van de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren voor alle sectoren binnen de gezondheidszorg. Het afgelopen jaar zijn voor de GGZ, GZ, VVT en de ziekenhuizen uitkomstindicatoren ontwikkeld en zullen in de komende jaren fasegewijs worden geïmplementeerd (zie kabinetsdoelstelling 45c). Daarnaast is eind 2008 de ministeriële regeling ‘kwaliteit’ getekend ([Staatscourant nr. 2472, 24 december 2008](#)), waardoor vanaf 2010 alle instellingen die deze zorg bieden verplicht zijn kwaliteit van zorg over 2009 te meten met de vastgestelde indicatoren.

### Beleidsconclusie

In samenhang met kabinetsdoelstelling 45 zijn voor de curatieve en langdurige zorg in het afgelopen jaar verschillende trajecten gestart of voortgezet ter verbetering van de (transparantie van de) kwaliteit van de geleverde zorg. Voor een aantal prestatie-indicatoren liggen we op koers onze doelstelling voor 2011 te bereiken. Over 2009 zullen ook andere prestatie-indicatoren worden gemeten en gepubliceerd. De IGZ speelt hierin een belangrijke rol.

## 1.3 Curatieve zorg

In 2006 is de Zorgverzekeringswet (Zvw) ingevoerd. Doel van de Zvw is de toegankelijkheid van de zorg te waarborgen en de kwaliteit en veiligheid van de zorg te verbeteren. Een belangrijke onderdeel van de Zvw is de combinatie van de eigen verantwoordelijkheid en transparantie van de zorgkosten. Dit moet de zorgcliënt in staat stellen de juiste zorg te kiezen. In het afgelopen jaar is een aantal maatregelen genomen om de werking van de Zvw verder te verbeteren.

De basisgedachte van de Zvw is solidariteit. Om de solidariteit blijvend te kunnen opbrengen, is het essentieel dat iedereen zich inschrijft bij een verzekeraar én premie betaalt. Vanuit dit uitgangspunt hebben we dit jaar extra ingezet op doelgroepgerichte voorlichting aan onverzekerden en is het 'Plan van aanpak terugdringen onverzekerden' aan het parlement gestuurd (TK 29689, nr. 180). Ook is extra ingezet op het beter in beeld krijgen van wanbetalers. Wij hebben een wijzigingsvoorstel van de Zvw ingediend, waardoor zorgverzekeraars voor de inning van de zorgpremies ondersteund kunnen worden met bestuursrechtelijke middelen (TK 31736, nrs. 2, 3).

Prestatie-indicator	2007	2008	2011
Beheerste ontwikkeling van de Zvw-premie	€ 1.103	€ 1.053	
Beheerste ontwikkeling van de bruto schadelast	€ 26,0 mrd	€ 29,8 mrd	€ 34 mrd
Aantal wanbetalers	240.000	171.280	190.000
Aantal onverzekerden	231.000	279.520	<231.000

Bron: 1 & 2. VWS 3 & 4. CBS

Verder zijn wij in 2008 verder gegaan met het verhogen van de financiële risicodragendheid van ziekenhuizen en verzekeraars. Dit heeft tot gevolg dat ziekenhuizen en verzekeraars meer vrijheid en verantwoordelijkheid krijgen en daardoor meer ruimte en stimulansen om verschil te maken in kwaliteit en kosten van de geleverde zorg. Die ontwikkeling moet op termijn leiden tot een efficiëntere en goedkopere zorg van betere kwaliteit.

Risicoverevening is een voorwaarde voor het goed functioneren van de zorgverzekering en het bewaren van de solidariteit. Risicoverevening zorgt voor compensatie van de zorgverzekeraar van de extra kosten die patiënten met een hoog gezondheidsrisico met zich meebrengen. Hierdoor kan een verzekeraar zonder verliesgevendheid voldoen aan de verzekeringsverplichting van iedereen en daarmee zorgdragen voor gelijke uitgangsposities voor elke burger. In 2008 zijn voorbereidingen getroffen voor de invoering van wijzigingen in het risicovereveningssysteem per 1 januari 2009, waardoor meer financieringsrisico's worden gelegd bij de verzekeraars. Dit moet leiden tot een kwaliteitsverbetering van de geleverde zorg en een grotere financiële prikkel geven aan verzekeraars doelmatig in te kopen.

Naast de wijziging in de risicoverevening is met gepaste voorzichtigheid en goed overleg met het veld in 2008 besloten het B-segment per 2009 uit te breiden naar 34% van de ziekenhuiszorg. Hierdoor zijn meer financieringsrisico's gelegd bij de ziekenhuizen en worden ziekenhuizen beloond voor een efficiëntere, goedkopere en betere zorgverlening.

Bij een geïntegreerde marktprijs horen ook de kapitaallasten. Met ingang van 1 januari 2008 beslissen ziekenhuizen zelf over investeringen in gebouwen, en dragen daar zelf de risico's voor. Huisvestingskosten worden vanaf 2009 opgenomen in de DBC-tarieven. Voor een goede integratie van de kapitaallasten in de tarieven is in 2008 veel voorbereidend werk verricht. Inmiddels zijn

voor het B-segment de kapitaallasten opgenomen in de integrale prijzen. De wijziging van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) heeft tot gevolg dat het bouwregime is komen te vervallen en het toezicht op de kwaliteit van gebouwen is komen te liggen bij de IGZ.

Door de vergrijzing, het succes van de medisch technologische vooruitgang en de toename van ongezonde leefstijlgewoontes, stijgt het aantal mensen met een chronische ziekte en hebben mensen vaker meerdere aandoeningen tegelijk. De huidige zorg is veelal nog ingesteld op mensen met enkelvoudige en/of kortdurende aandoeningen. Meer chronische aandoeningen in absolute én relatieve zin maakt dat de zorgvraag groter én anders wordt.

Het kabinet heeft op 13 juni 2008 de brief 'Programmatische aanpak chronische ziekten' naar de Kamer gestuurd (TK 31200 XVI, nr. 155). Het kabinet wil de toename van het aantal mensen met een chronische aandoening beperken en de zorg voor chronisch zieken verbeteren. De nieuwe aanpak stelt de zorgvraag van de patiënt centraal. Naast de ontwikkeling van nieuwe zorgstandaarden en het versterken van de samenhang tussen preventie en curatie speelt zelfmanagement van de patiënt een belangrijke rol. Verder kenmerkt de aanpak zich door een sluitende keten van vroegtijdige onderkenning, preventie en kwalitatief goede zorg, verleend door een multidisciplinair team. De aanpak is gericht op zes ziekteclusters, te weten hart- en vaatziekten, kanker, astma en chronische longaandoeningen, diabetes, psychische klachten en klachten aan het bewegingsapparaat.

De ontwikkeling van ketenzorg voor de aanpak van chronisch aandoeningen betekent een - meer - nauwgezette afstemming tussen nulde- (o.a. mantelzorg), eerste- (o.a. huisarts) en tweedelijnszorg (o.a. ziekenhuis). Een adequate bekostigingsstructuur gericht op de zorgvraag van de patiënt is daarin cruciaal. Op 22 december heeft VWS daartoe de brief 'De patiënt centraal door omslag naar een functionele bekostiging' naar de Tweede Kamer gestuurd (TK 29247, nr. 84). In deze brief wordt het voornemen gemeld te komen tot een overgang naar een functionele bekostiging inclusief de fasering. Wij hebben een viertal prioritaire ziekten benoemd binnen de hierboven genoemde ziekteclusters waarop de functionele bekostiging zich in eerste instantie zal richten: diabetes, COPD, hartfalen en cardiovasculaire risicomangement.

Prestatie-indicator	2007	2011
Toename aantal multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de 1 <sup>e</sup> lijn	1.674	2.300

Bron: Nivel, monitor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn.

Voor verbetering van de kwaliteit, toegankelijkheid en kostenbeheersing van de zorg in de tweedelijnszorg is in 2008 doorgegaan met de ontwikkeling van een aantal prijsbeheersingsinstrumenten. In 2008 zijn ontwikkelingen gestart ter vereenvoudiging en verbetering van de DBC-systematiek. De nieuwe zorgproductstructuur vormt de ruggengraat van de DBC-systematiek. Fasegewijs zal de nieuwe structuur worden ingevoerd vanaf 2010. Verbeteringen zijn onder meer het verminderen van het aantal DBC's, het verbeteren van de medische herkenbaarheid en de uniformering van de registratie en declaratie. Verder is in 2008 het normatief uurtarief voor medisch specialisten ingevoerd.

De geneeskundige GGZ maakt met ingang van 1 januari 2008 onderdeel uit van het verzekerd pakket van de Zorgverzekeringswet. Tegelijkertijd is gestart met de digitale DBC declaratie. In dit eerste jaar is een vangnet ingericht voor de bestaande GGZ instellingen. Deze instellingen maken nog afspraken op basis van de AWBZ parameters en worden gefinancierd door middel van de DBC declaratie. Het eerste jaar kende de nodige kinderziektes, met name in het op gang krijgen van de digitale declaratie.

Ter oplossing van deze problemen zijn taskforces en helpteams opgericht en zijn de knelpunten in het technisch declaratieverkeer weggenomen. Zorgverzekeraars zijn daarnaast opgeroepen en bereid gevonden aanbieders te bevoorschotten ter voorkoming van grote liquiditeitsproblemen. Eind 2008 is afgesproken dat deze bevoorschottingsafspraken ook voor 2009 zullen gelden.

In 2008 zijn de wettelijke voorbereidingen getroffen voor een nieuwe wettelijke regeling voor de zorg voor illegalen, die in plaats komt van de verschillende bestaande financieringsregelingen. De nieuwe regeling is per 1 januari 2009 ingegaan. Uitgangspunt van de nieuwe regeling is dat illegalen in de eerste plaats zelf hun zorgkosten moeten betalen. Indien dit niet mogelijk blijkt, kan door de zorgaanbieder beroep worden gedaan op de regeling. Verder voorziet de regeling in het dichten van een verzekeringsgat dat bestond voor bepaalde groepen minderjarige vreemdelingen.

### Beleidsconclusie

Op verschillende terreinen zijn in het afgelopen jaar maatregelen getroffen de werking van het nieuwe zorgstelsel te verbeteren. Ook in de komende jaren zullen verschillende verbeteringen door worden doorgevoerd. Dit betreft onder meer uitbreiding van het B-segment, versterking van de ketenzorg en vergroten van de transparantie in de zorg.

## 1.4 Langdurige zorg

In 2008 heeft de Sociaal Economische Raad (SER) op verzoek van het kabinet een advies uitgebracht over de toekomst van de AWBZ. Op basis van dit advies hebben wij in de brief 'Zeker van zorg, nu en straks' onze visie op de toekomst van de AWBZ verwoord (TK 30597, nr. 15). We willen de AWBZ weer terugbrengen 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.

Prestatie-indicator	2007	2008	2011
Beheerste ontwikkeling AWBZ-uitgaven langdurige zorg	€ 22,4 mrd	€ 21,1 mrd	€ 22,5 mrd

Bron: VWS

Kwaliteit van het leven is voor ons een belangrijk uitgangspunt. Hierbij gaat het onder meer om een verzorgd lichaam, comfortabele leefomstandigheden, (sociale) participatie en mentaal welbevinden. Onze ambities zijn aan de Kamer kenbaar gemaakt in de brief van 31 mei 2007 (TK 30800 XVI, nr. 146). Concreet verstaan wij hieronder meer patiëntgerichte zorg door meer handen aan het bed te krijgen (zie ook paragraaf 5), kwaliteitsverbeteringen in de zorg doorvoeren, de bijbehorende transparantie daarover geven en het afschaffen van kamers voor meer dan twee personen. Wij willen het functioneren van de AWBZ geleidelijk langs vier lijnen verbeteren.

### 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. De essentie van deze zogenoemde zorgzwaartebekostiging is dat het geld de cliënt volgt naar de instelling van zijn keuze. In 2008 zijn de randvoorwaarden geschapen voor de geleidelijke invoering van de zorgzwaartebekostiging vanaf 1 januari 2009 ([zie TK 26631, nr. 282](#)). Zorgvuldigheid staat hierbij voorop, zodat partijen zich goed kunnen voorbereiden op deze stap. Het afgelopen jaar is daarom veelvuldig overleg gevoerd met de partijen over de invoering en vormgeving van de zorgzwaartepakketten. Alle maatregelen en voorzieningen zijn getroffen voor een zorgvuldige en geleidelijke invoering, waarbij de continuïteit van de zorg voor cliënten is gewaarborgd.

### 2. Keuzevrijheid en diversiteit in wonen

Het is belangrijk dat mensen in de langdurige zorg echt kunnen kiezen hoe ze willen wonen. In 2008 is gewerkt aan uitbreiding van de regeling 'Volledig Pakket Thuis' voor mensen met behoefte aan verblijf (24-uurs toezicht, beschermde woonomgeving) vanaf 2009. 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. Voorwaarde is wel dat de zorg op een goede en doelmatige manier kan worden geleverd.

Daarnaast zijn voorbereidingen getroffen om het bouwregime per 2009 af te schaffen, vooruitlopend op invoering van integrale tarieven in 2011. Door afschaffing van het bouwregime hebben instellingen meer vrijheid om te bouwen. De administratieve lasten worden hiermee verminderd.

Het aantal plaatsen voor kleinschalig wonen op kleinschalige locaties ligt op dit moment op ongeveer 1.500 ([TK 25424, nr. 77](#)). Als kleinschalig wonen op grootschalige locaties wordt meegerekend zijn er ongeveer 4.500 plaatsen. Dit betekent een toename van kleinschalige locaties ten opzichte van 2007. Om kleinschalig wonen als een serieuze keuzemogelijkheid aan te bieden, dient van het totale aanbod een redelijke hoeveelheid als kleinschalig beschikbaar te zijn. Hiervoor zijn inmiddels normen voor kleinschalig wonen verspreid en versoepeld. Binnen de nieuwe normering zijn locaties waar zware zorg wordt geleverd aan maximaal 24 cliënten en locaties waar lichte zorg wordt geleverd aan maximaal 50 cliënten vrijgesteld van de toetsing van hun bouwplannen aan het bouwregime. Bovendien kunnen deze kleinschalige locaties gebruik maken van de beleidsregel kleinschalig wonen, waaruit normatieve kapitaalslasten en huisvestingskosten worden toegekend. Uiteindelijk moet een goede verhouding tussen de verschillende woonvormen ontstaan.

In de brief aan de Kamer van 14 februari 2008 is onze voortgang en ambitie geschetst ten aanzien van kamers voor meer dan twee personen in de langdurige zorg ([TK 31200 XVI, nr. 122](#)). In 2008 heeft de afbouw van deze kamers verder gestalte gekregen. De afbouw zal voor 1 januari 2011 moeten zijn voltooid.

Prestatie-indicator	2007	2008	2011
Aantal kamers voor meer dan twee personen	14.153	9.853	0

Bron: College bouw zorginstellingen

### **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. In 2008 zijn belangrijke verbeteringen voorbereid om de AWBZ weer toekomstbestendig maken, waarvan een deel op 1 januari 2009 is ingegaan:

- a. Ondersteunende, activerende begeleiding en behandeling zijn omgevormd tot twee functies: begeleiding en behandeling. De aanspraak begeleiding geldt sinds 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.
- b. De grondslag psychosociaal is uit de AWBZ verdwenen. De gemeenten worden hiervoor gecompenseerd. De indicatiestelling door bureaus jeugdzorg en het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) is daarnaast verbeterd om ongewenste instroom in de AWBZ en jeugdzorg tegen te gaan.

Per 1 januari 2009 is een nieuwe subsidieregeling ingegaan die het persoonsgebonden budget (pgb) toekomstbestendig moet maken. Hiervoor zijn in 2008 de voorbereidingen getroffen. Doel van de nieuwe subsidieregeling is de aanspraak op het pgb alleen te laten bestemmen voor het inkopen van noodzakelijke zorg én fraude met pgb-gelden te voorkomen. Concreet zal in samenwerking met het CIZ nauwlettend worden gekeken naar de indicatiestelling. Verder zal meer controle worden uitgevoerd naar de besteding van de middelen.

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

In 2008 is de ingeslagen weg voortgezet de uitvoering van de AWBZ te vereenvoudigen en de bureaucratie te verminderen. Goede zorg wordt in de eerste plaats vormgegeven in de relatie tussen cliënt en zorgverlener. Regels en protocollen zijn hierbij noodzakelijk, maar onnodige bureaucratie moet worden vermeden.

Tenslotte is in 2008 het groot project modernisering AWBZ afgerond. In de brief van 10 november zijn de resultaten voorgelegd aan de Tweede Kamer ([TK 30597, nr. 37](#)). Belangrijke doelstellingen in de modernisering van het AWBZ-stelsel waren het centraal stellen van de cliënt en een omslag maken van aanbod- naar vraagsturing. Geconcludeerd kan worden dat het AWBZ-stelsel in essentie die omslag heeft gemaakt. Zo is fasegewijs de contracteverplichting afgeschaft, is de pgb-financiering versimpeld en uitgebreid en zijn in het afgelopen jaar goede stappen gezet voor de invoering van de zorgbekostiging op basis van zorgzwaartepakketten. Met deze maatregelen wordt een cliëntgebonden zorg bewerkstelligd, waarbij meer keuzemogelijkheden zijn en betere afstemming bestaat tussen de gevraagde zorg en het aanbod (zoals o.a. vastgelegd in de individuele zorg- en/of ondersteuningsplannen).

### **Beleidsconclusie**

In de brief 'Zeker van zorg, nu en straks' is onze visie op de AWBZ neergelegd ([TK 30597, nr. 15](#)). Met de beleidsvoornemens uit deze brief zijn maatregelen genomen die deels gericht zijn op verbetering op korte termijn, maar waarmee ook stappen zijn gezet kwalitatief goede en betaalbare zorg in de toekomst te kunnen garanderen.



# 2 Preventie





Voorkomen is beter dan genezen. De volwassen Nederlander is in de eerste plaats verantwoordelijk voor de eigen gezondheid en ook voor zijn leefstijl. Dit kabinet wil een gezonde leefstijl bij onder meer burgers, bedrijven, onderwijs en gezinnen faciliteren en stimuleren. Een gezonde leefstijl voorkomt gezondheidsschade en een extra beroep op de financiële solidariteit van anderen. Ook andere partijen, zoals bedrijven, onderwijs en lokaal bestuur, kunnen een bijdrage leveren op basis van hun parallelle belangen bij gezonde werknemers en burgers.

Prestatie-indicator	2007	2010
Absolute levensverwachting in jaren		
• mannen	78,0	≥ 78
• vrouwen	82,3	≥ 82
Waarvan in goede gezondheid		
• mannen	64,7	≥ 63,5
• vrouwen	63,4	≥ 62,7

Bron: www.statline.nl (Gezondheid, leefstijl en gezondheidszorg; vanaf 1900.  
Gewijzigd op 12 februari 2009. Verschijningsfrequentie: per jaar)

## 2.1 Leefstijl

Jaarlijks sterven ongeveer 19.000 mensen in Nederland aan aandoeningen die gerelateerd zijn aan roken en enkele duizenden als gevolg van meer roken. Ook de gezondheidsschade door alcohol, zeker bij de jeugd, is zorgwekkend. Een verbetering van de leefstijl (roken, alcohol, beweging en voeding) kan bijdragen aan vermindering van de sterk stijgende ziektelast en zorgkosten door chronische ziekten. Ter stimulering van een gezonde leefstijl heeft dit kabinet een aantal maatregelen genomen in 2008. Zo is op 1 juli 2008 een algeheel rookverbod ingegaan, waardoor de sectoren horeca, sport en kunst/cultuur rookvrij zijn geworden. Hiermee zijn de werknemers in deze sectoren, net als werknemers in andere sectoren, beschermd tegen tabaksrook. Begin 2009 hield circa 90% van de horeca zich aan het rookverbod. Het percentage rokers is in 2008 ten opzichte van 2007 met één procentpunt gedaald naar 27%. Ook is een wijziging van de Drank- en Horecawet voorbereid, waarmee zowel het alcoholgebruik onder jongeren wordt tegengaan, als de administratieve lasten voor ondernemers en vrijwilligers worden verlicht. Het wetsvoorstel wordt medio 2009 aan de Tweede Kamer toegezonden.

Verder is het eerste deel van de pakketrapportage 'Stoppen met roken' gepubliceerd door het CVZ. Het CVZ heeft daarin aangegeven dat ondersteuning bij het stoppen met roken kosteneffectief is. Het voornemen is in 2009 een beslissing te nemen over de opname van integrale stopondersteuning voor rokers in het Zvw-pakket, indien budgettair inpasbaar.

Prestatie-indicator	2007	2008	2009
Percentage niet-rokers ouder dan 15 jaar	72%	73%	> 72%

Bron: Stivoro

Prestatie-indicator	2007	2008	2011
Percentage mensen in algemene bevolking (12+), dat niet zwaar drinkt	89,3%	90%	91,1%

Bron: CBS/POLS

In 2008 zijn voorbereidingen getroffen voor een aantal programma's gericht op een gezondere leefstijl. Zo zijn pilots voor de 'beweegkuur' gestart en is onderzoek gedaan naar de kosten-effectiviteit van de kuur. In de komende periode zal nader onderzocht worden in hoeverre de 'beweegkuur' opgenomen kan worden in het Zvw-pakket.

Prestatie-indicator	2007	2011
Percentage van de Nederlandse bevolking (18+) dat voldoet aan de beweegnorm	64%	70%

Bron: Standaardonderzoek Ongevallen en Bewegen in Nederland (OBIN)

Ten slotte is onderzoek gedaan naar sociaal-economische gezondheidsverschillen. Hieruit is gebleken dat een integrale aanpak van de overheid kan bijdragen aan het verbeteren van de gezondheidspositie van laagopgeleiden. In 2009 zal een besluit worden genomen over een concrete doelstelling en de te nemen acties in dit kader.

### Beleidsconclusie

De voorgenomen maatregelen zijn in 2008 uitgevoerd, wat er toe heeft geleid dat het percentage niet-rokers is gestegen. Doordat de stijging van het aantal niet-rokers minder is dan was geraamd, is de streefwaarde 2009 bijgesteld.

In 2008 is grote voortgang geboekt met betrekking tot het wetsvoorstel Drank- en Horecawet. De inschatting is dat we op koers liggen met betrekking tot het streefcijfer voor het 'percentage mensen in de algemene bevolking, dat niet zwaar drinkt' voor 2011.

## 2.2 Infectieziektebestrijding

Per 2008 is de leeftijd waarop burgers in aanmerking komen voor een griepvaccinatie via het Nationaal programma grieppreventie verlaagd van 65 naar 60 jaar. In het griepseizoen van 2008 is voor het eerst de groep gezonde 60 t/m 64-jarigen gevaccineerd tegen het griepvirus. In 2008 is het besluit genomen om vaccinatie tegen het Humaan Papillomavirus (HPV) op te nemen in het Rijksvaccinatieprogramma. Het programma wordt in maart 2009 ingevoerd. Meisjes die zijn geboren op of na 1 januari 1997 worden vanaf dat moment worden ingeënt tegen HPV. Tevens is besloten tot het uitvoeren van een inhaalprogramma bestemd voor alle meisjes die zijn geboren tussen 1993 en 1996.

Per 1 december 2008 is de Wet publieke gezondheid in werking getreden. Deze wet is een samenvoeging van de oude Infectieziektenwet, de Wet collectieve preventie volksgezondheid en de Quarantainewet. De wet maakt het mogelijk sneller in te grijpen bij mondiale bedreigingen door infectieziekten en regelt onder andere dat er voldoende voorzieningen komen om infectieziekten snel te kunnen opsporen en te bestrijden.

Prestatie-indicator	2007	2009
Percentage deelname aan Rijksvaccinatieprogramma	> 95%	≥ 95%
Percentage deelname aan Griepvaccinatieprogramma	73,5%	≥ 75%

Bron: VWS

**Beleidsconclusie**

Het deelnamepercentage aan het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) is onverminderd hoog. Ruim 95% van alle kinderen wordt als zuigeling gevaccineerd, meer dan 90 procent van alle kinderen doorloopt het volledige RVP (tot en met het 9e levensjaar). Dit is binnen de normen die de WHO daaraan stelt.

In 2008 zijn alle voorbereiding met betrekking tot de HPV (inhaal)campagne succesvol afgerond. De HPV inhaalcampagne is inmiddels gestart, de RVP vaccinatie met HPV zal in september 2009 van start gaan.

# 3 Innovatie



Innovatie is één van de zes pijlers van dit kabinet en is voor VWS onder andere uitgewerkt in kabinetsdoelstelling 46. Kennis en innovatie zijn nodig bij het oplossen van knelpunten in de zorg. Vernieuwende producten kunnen bijdragen aan het verlichten van de werkdruk en het vergroten van de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Dit geldt voor de preventieve, curatieve en langdurige zorg. Het beleid van dit kabinet is gericht op het ontwikkelen van gunstige innovatiecultuur, dat uiteindelijk moet leiden tot ‘meer handen aan het bed’.

Prestatie-indicator	2007	2008	2011
Percentage deelname aan Verantwoording Maatschappelijk Jaardocument	0%	80%	100%
Administratieve lastenvermindering in mln	0 mln	1,49 mln	106,2 mln
Aansluiting huisartsenpraktijken/-posten, ziekenhuizen en apotheken op het EPD	0	100	Alle groepen

Bron: VWS

## 3.1 Kabinetsdoelstellingen

### Kabinetsdoelstelling 46: Meer patiëntgerichte zorg door vernieuwing zorgconcepten en innovatie

Het kabinet heeft tot doel het vergroten van de zorgcapaciteit en het aantrekkelijk houden van het werken in de zorg. Belangrijke aspecten hierbij zijn het verminderen van de bureaucratie, het stimuleren van zorginnovaties en vernieuwende zorgprocessen, zorgdragen voor voldoende zorgpersoneel (zie paragraaf 5), het toepassen van ICT in de zorg ter verlaging van de werkdruk en ten slotte het invoeren van het Elektronisch patiëntendossier (EPD).

Het verminderen van de administratieve lasten en bureaucratie en het verbeteren van het imago van werken in de zorg is een prioriteit van dit kabinet. Afgelopen jaar is het concrete kabinetsplan ontwikkeld en in november gepresenteerd aan de Tweede Kamer ([TK 29515, nr. 271](#)). Het uiteindelijke doel is een lastenvermindering bewerkstelligen van 25% op een totaal van circa € 452 mln gemeten administratieve lasten in 2007. In 2008 is een eerste aanzet gemaakt, maar de belangrijkste maatregelen zullen in 2009 vorm krijgen. Dit zijn onder meer de volledige invoering van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording en de afschaffing van de kaderregeling Administratieve Organisatie/Interne Controle (AO/IC).

Daarnaast hebben 1084 zorginstellingen het jaardocument maatschappelijke verantwoording ingevuld, waarvan de gegevens beschikbaar zijn op de website [www.jaarverslagenzorg.nl](http://www.jaarverslagenzorg.nl). Het jaardocument maatschappelijke verantwoording draagt bij aan een eenduidige en versimpelde uitvraag door de overheid en vermindert daarmee de lasten voor zorginstellingen.

Het afgelopen jaar is het ZorgInnovatieplatform (ZIP) opgericht ([TK 31200, nr 116](#)). Het ZIP bestaat uit vertegenwoordigers van de zorg, overheid, wetenschap en bedrijfsleven. Het ZIP heeft tot doel het innovatieklimaat in de Nederlandse zorg te verstevigen. In 2008 is een groot aantal innovatieve concepten aangemeld via het ZIP die te vinden zijn op de website [www.zorginnovatieplatform.nl](http://www.zorginnovatieplatform.nl). Om ook in te zetten op zorginnovatie vanuit andere maatschappelijke sectoren, is in 2008 de Maatschappelijke Innovatie Agenda Gezondheid opgesteld. Deze agenda wordt momenteel omgezet naar een werkprogramma dat aansluit op de activiteiten en instrumenten van het ZIP.

2008 was een belangrijk jaar voor de invoering van het EPD. De pilots zijn afgerond en hebben inzichten gegeven in noodzakelijke verbeteringen die ter hand zijn genomen. In 2008 zijn bijna 100 zorgaanbieders aangesloten op het landelijk schakelpunt (LSP) en hebben daarmee toegang tot het EPD. In 2009 zullen meer dan 3300 zorgaanbieders aangesloten worden op het LSP ([TK 31466, nr. 21](#)). In 2010 zullen alle huisartsenpraktijken/-posten, apotheken en ziekenhuizen zijn aangesloten op het LSP.

#### **Beleidsconclusie**

Voor onze ambities met betrekking tot kabinetsdoelstelling 46 liggen we goed op koers. Na een voorzichtige start ligt het ZIP nu vol op koers. In 2009 wordt gelijk met de lange termijn visie van het ZIP het financieel instrumentarium open gesteld.

## **3.2 Overige innovatieprojecten**

In 2008 heeft dit kabinet zich ingezet voor het vereenvoudigen van de uitvoering en daarmee het verminderen van de bureaucratische lasten voor de zorgmedewerkers. Het gebruik van de AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR) is in 2008 sterk toegenomen tot bijna 90% in de gehandicaptenzorg en Verpleging en verzorging. Het gevolg is dat de kwaliteit en tijdigheid van de informatie over de te leveren zorg is toegenomen.

Het programma Ambient Assisted Living (AAL), een Europees programma gericht op het verbeteren van de levenskwaliteit van ouderen met behulp van ICT, is in 2008 van start gegaan. Nederland neemt deel aan vijf programmaprojecten die betrekking hebben op het thema 'ICT based solutions for prevention and management of chronisch conditions'. Uitkomsten moeten ouderen in staat stellen langer thuis te blijven wonen.



# 4 Werken in de Zorg

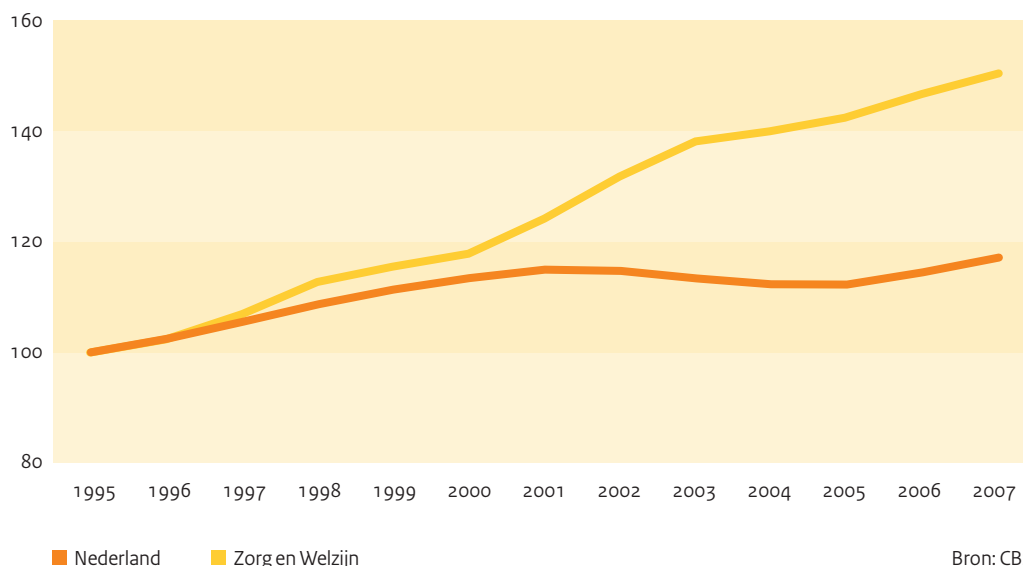


De zorgsector is met ruim 1,2 miljoen arbeidsplaatsen in 2008 de grootste werkgever van Nederland. De groei in de vraag naar zorg wordt onder meer veroorzaakt door technologische ontwikkelingen en demografische veranderingen. Daarnaast was afgelopen jaar sprake van krapte op de arbeidsmarkt, waardoor het voorzien in voldoende en gekwalificeerd zorgpersoneel bemoeilijkt werd. Deze ontwikkelingen leggen een grote druk op het huidige hoge niveau van de zorg in Nederland.

Prestatie-indicator	2007	2008	2011
Beroepsbevolking werkzaam in de AWBZ-zorg	7,5%	7,6%	< 8%

Bron: CBS-statline en het Prismant rapport 'Arbeid in zorg en welzijn 2008'.

### Ontwikkeling werkgelegenheid en zorg en welzijn in Nederland (1995 = 100)



Voor VWS ligt in die veranderingen een grote uitdaging. In het afgelopen jaar is op tal van terreinen gewerkt aan het vergroten van het aantal arbeidsplaatsen, het uitwerken van innovatieve zorgconcepten, het verminderen van de administratieve lasten en is geïnvesteerd in betere opleidingen voor het personeel. In onze arbeidsmarktbrief 2008 is een uitgebreid overzicht gegeven van onze inzet op gebied van 'werken in de zorg' (TK 29282, nr. 79).

In het kader van kabinetsdoelstelling 46 zet VWS in op voldoende zorgpersoneel, zodat meer handen aan het bed komen. In de arbeidsmarktbrief 2007 heeft VWS een aantal doelstellingen geformuleerd (TK 29282, nr. 46). Vanaf 2008 investeren wij € 248 miljoen structureel met het doel extra personeelsuitbreiding voor de zorg te bestendigen met het doel de kwaliteit van de zorg te bevorderen door 'meer handen aan het bed' te krijgen. Dat heeft geleid tot ruim 6000 extra verplegend, verzorgend en agogisch personeel in 2008. Deze groei is bovenop de normale groei als gevolg van de toenemende zorgvraag. Daarnaast heeft VWS maatregelen getroffen met als doel ondervertegenwoordigde groepen te activeren, zoals allochtone vrouwen en vijftigplussers.



De sector zorg is populair als werkgever onder alle opleidingniveaus, maar kent wel verschillende knelpunten. De vergrijzing in Nederland dwingt ertoe extra in te zetten op het aantrekken van gekwalificeerd en kwalitatief goed personeel, zodat de toestroom van nieuwe zorgverleners niet zal stagneren. Het verbeteren van het imago van de zorgsector is dus noodzakelijk. Een ander knelpunt betreft de aansluiting tussen de zorgopleidingen en de arbeidsmarkt. Het aantal deelnemers aan zorgopleidingen blijft stijgen. Voor het vergroten van het aantal stageplaatsen en het verhogen van de kwaliteit van de stageplaatsen heeft dit kabinet het stagefonds opgericht in 2008. Blijkens de grote hoeveelheid aanvragen (circa 28.000 volledige stageplaatsen, dat goed is voor 75.000 stages) is met het stagefonds voorzien in een grote behoefte.

Werknemers van allochtone afkomst zijn ondervertegenwoordigd in de zorg. Daarom hebben wij ingezet op het vergroten van de diversiteit in het personeelsbestand in de zorg. Via diverse projecten is het werven van allochtonen door zorginstellingen ondersteund. Ook stimuleren wij allochtone leerlingen te kiezen voor de zorg en welzijn.

Het blijft noodzakelijk te investeren in de aantrekkelijkheid van de sector als werkgever. Uit onderzoek is gebleken dat het verplegend en verzorgend personeel relatief vaak te maken heeft met lichamelijk belastende werkzaamheden. Deze uitkomst heeft geleid tot diverse maatregelen gericht op het reduceren van de fysieke belasting, onder meer middels het programma 'Ergocoaches' samen met het ministerie van SZW. Ook de sector zelf heeft het afgelopen jaar veel gedaan ter verbetering van de arbeidsomstandigheden in de zorg, blijkens de verschillende nieuwe projecten binnen het programma 'Veilige zorg'. Een voorbeeld hiervan is de aanschaf van tilliften en bedmatten door werkgevers en het omgaan met agressie en geweld in het programma 'Veilige zorg'.

In 2008 was € 40 mln beschikbaar voor de arbeidsmarktgevolgen Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Een tweetal subsidieregelingen is in werking getreden, waarin voor drie doelen subsidie kon worden gekregen door thuiszorginstellingen. Vooral van de mogelijkheid om subsidie aan te vragen voor om-, her- en bijscholing is veel gebruik gemaakt. Voor dit doel is € 6,7 mln subsidie verleend aan 59 thuiszorgorganisaties. Daarbij gaat het om meer dan 9.000 medewerkers. Ook van de mogelijkheid tariefcompensatie aan te vragen, is veel gebruik gemaakt. In totaal hebben hiervoor 80 thuiszorgorganisaties een subsidie gekregen voor in totaal bijna € 15 mln. Van de mogelijkheid subsidie aan te vragen voor het in dienst nemen van alfa hulpen is € 0,5 mln verleend aan 13 thuiszorgorganisaties voor 347 medewerkers. Daarnaast is uit het beschikbare budget éénmalig € 9 mln toegevoegd aan het stagefonds.

### **Beleidsconclusie**

In het afgelopen jaar hebben wij op arbeidsmarktbeleid onze doelstellingen behaald en invulling kunnen geven aan ons voorgenomen beleid, zoals verwoord in de arbeidsmarktbrief 2007 (TK 29282, nr. 46). Daarnaast hebben we nieuwe accenten gelegd voor de komende periode in de arbeidsmarktbrief 2008 (TK 29282, nr. 79). Hiermee willen wij de toestroom van nieuwe werknemers in de zorg waarborgen.

# 5 Participatie



Meedoen is belangrijk, ook voor mensen met beperkingen. Dit kabinet wil mensen met elkaar verbinden en maatschappelijk actief maken en houden. Maar participatie betekent ook bescherming van mensen die door omstandigheden thuis niet meer terecht kunnen. Via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de uitbreiding op de Wet gelijke behandeling en het programma 'Beschermd en Weerbaar' zijn in 2008 veel maatregelen getroffen mensen in staat te stellen te participeren in de maatschappij.

## 5.1 Kabinetsdoelstellingen

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

Deze kabinetsperiode willen we het aantal vrijwilligers van 18 jaar of ouder vergroten (>42% is circa 5,5 miljoen mensen). Ook willen we zorgen voor een behoud van het aantal mantelzorgers (2,4 miljoen). Bij de presentatie van het kabinetsprogramma 'Samen werken, samen leven' was de ambitie het aantal mantelzorgers uit te breiden. Echter, mantelzorg is vaak een intensief en langdurig proces. Het verlenen van mantelzorg is voor veel mensen geen keuze, maar iets wat iemand overkomt. "Vraag" en "aanbod" moeten goed in balans zijn en mantelzorgers moeten niet overbelast raken.

Gemeenten zijn op de eerste plaats verantwoordelijk voor de lokale ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers. In 2008 hebben wij gemeenten hierin ondersteund door een aantal basisfuncties te formuleren. Gemeenten krijgen met de basisfuncties een houvast hun lokale ondersteuning effectief in te richten. Hiermee wordt bewerkstelligd dat vrijwilligers en mantelzorgers overall kunnen rekenen op goede ondersteuning. Eén van de beschreven basisfuncties is respijtzorg. Met respijtzorg kunnen mantelzorgers zo nu en dan aan de dagelijkse zorgplicht ontsnappen. Daarmee willen we voorkomen dat mantelzorgers overbelast raken.

Met het amendement Van der Vlies ([TK 30306, nr. 30](#)) ontvangen mantelzorgers sinds 2007 een financieel blijk van waardering. Het zogenaamde mantelzorgcompliment bestaat per mantelzorger uit een jaarlijks bedrag van maximaal € 250,-. In 2008 is de uitvoering van het mantelzorgcompliment geëvalueerd ([TK 30169, nr. 17](#)). Het is plezierig te constateren dat het compliment positief wordt gewaardeerd door de mantelzorgers. Met een verbeterde uitvoering van het compliment en een verruiming van de regeling willen we het compliment een grotere groep mantelzorgers laten bereiken. Met deze maatregelen liggen wij op koers bij het realiseren van een substantiële uitbreiding van het aantal vrijwilligers en behoud van het aantal mantelzorgers in 2011. De middelen van het mantelzorgcompliment zijn in 2008 echter niet allemaal besteed. Daarom is in 2008 incidenteel € 32 mln extra naar gemeenten gegaan voor mantelzorg. Dit geld kwam bovenop de structurele middelen die reeds in het Wmo-budget zaten voor mantelzorg.

Ten slotte is een aantal projecten gestart in 2008 ten behoeve van mantelzorg en vrijwilligerswerk. Zo is in samenwerking met OCW het project '1001-Kracht' uitgevoerd ter bevordering van vrijwilligerswerk door allochtone vrouwen. Ook helpt VWS met Mezzo bedrijven een mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid te voeren. Ten slotte is het afgelopen jaar door ons geïnvesteerd in de basisfunctie van makelaar binnen de Wmo, met als doel potentiële vrijwilligers te koppelen aan leuke en uitdagende werkzaamheden.

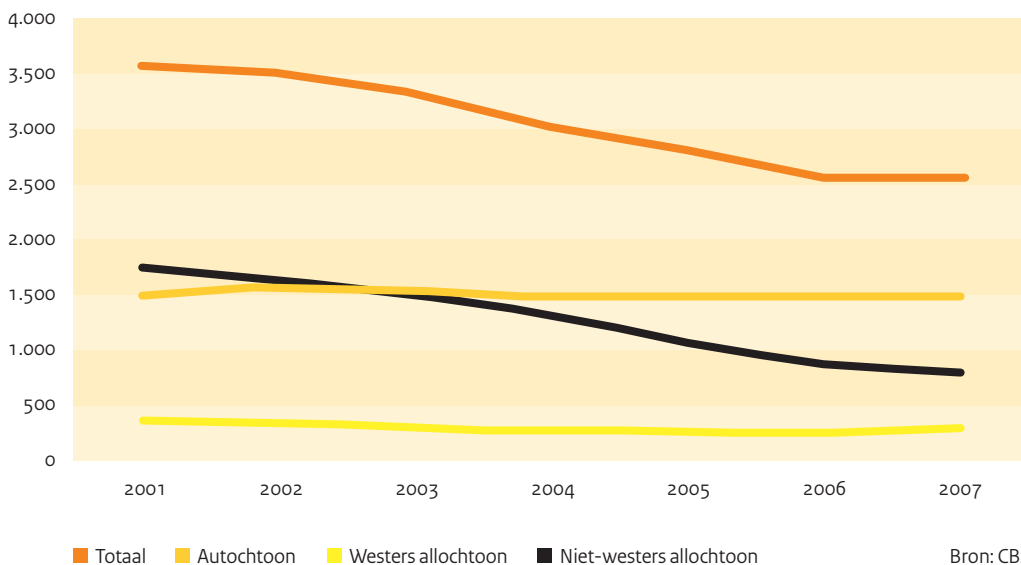
Prestatie-indicatoren	Streefwaarde 2008	Streefwaarde 2011
Aantal mantelzorgers	2,4 miljoen	2,4 miljoen
Aantal vrijwilligers	42%	> 42%

Bron: SCP

### Kabinetsdoelstelling 47: Betere hulp en opvang voor tienermoeders

Onbedoeld zwangere meisjes en tienermoeders worden soms verstoten door het gezin waarin zij zijn opgegroeid vanwege schaamte en eergevoel. Deze meisjes hebben specifieke hulp en opvang nodig om hen voor te bereiden op een zelfstandig bestaan met kind (en eventueel partner). Daarom wordt aan de hulpverlening en opvang van onbedoeld zwangere meisjes en tienermoeders een extra impuls gegeven. Overigens, het is positief dat het aantal tienermoeders sinds 2001 daalt (zie grafiek). Het overgrote deel van de daling is toe te schrijven aan niet-westerse allochtonen. Het aantal niet-westers allochtone tienermoeders is tussen 2001 en 2007 fors afgenomen, van 1.736 naar 779.

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



Vanaf 2008 is jaarlijks € 1 mln beschikbaar voor hulp en opvang aan onbedoeld zwangere meisjes en tienermoeders. Dit bedrag is in 2008 toegevoegd aan de middelen in het kader van het programma 'Beschermd en Weerbaar' (TK 28345, nr. 51). Met het amendement Wiegman-van Meppelen Scheppink (TK 31474 XVI, nr. 7) is verspreid over 2008 en 2009 eenmalig € 10 mln extra beschikbaar gekomen voor tienermoeders. Van deze middelen zijn onder andere projecten georganiseerd bij stichting FIOM en de VBOK. Daarnaast hebben gemeenten via de specifieke uitkering een eenmalige stimulans van € 6 mln ontvangen via de specifieke uitkering vrouwenopvang. Met deze maatregelen liggen we op koers bij het realiseren van een betere hulp en opvang voor tienermoeders.

### Beleidsconclusie

Voor beide kabinetsdoelstellingen liggen wij op koers. Met betrekking tot het mantelzorgcompliment hopen wij door een in 2008 doorgevoerde verbetering van de uitvoering meer mantelzorgers te bereiken.

## 5.2 Aanpak geweld in afhankelijkheidsrelaties

Meer dan veertig procent van de Nederlandse bevolking heeft ooit in haar of zijn leven te maken gehad met huiselijk geweld. Daarnaast worden vele mensen jaarlijks slachtoffer van eengerelateerd geweld, mensenhandel en vrouwelijke genitale verminking (VGV). We willen dat slachtoffers van geweld in afhankelijkheidsrelaties tijdig goede opvang en hulp krijgen. Het gaat hierbij niet alleen om een dak boven het hoofd, maar ook om de juiste zorg, het opbouwen van een sociaal netwerk, een baan, enzovoorts. Slachtoffers moeten weer perspectief op hun eigen leven kunnen krijgen. In 2008 is begonnen met het actieprogramma 'Beschermd en Weerbaar', waarmee een brede hulpverlening wordt georganiseerd voor slachtoffers van geweld in een afhankelijkheidsrelatie.

Begin 2008 heeft de IGZ middels een richtlijn aangegeven dat besnijdenis niet is toegestaan, noch bij meisjes noch bij volwassen vrouwen. In de conceptrichtlijn 'Secundaire preventie kindermishandeling' van de jeugdgezondheidszorg is het gespreksprotocol meisjesbesnijdenis integraal opgenomen. Deze richtlijn is in 2008 in enkele regio's getest en in 2009 landelijk ingevoerd. Betrokken beroepsgroepen zijn afgelopen jaar getraind op het signaleren en bespreekbaar maken van (risico's op) vrouwenbesnijdenis. Ten slotte zijn met Frankrijk afspraken gemaakt voor intensieve samenwerking en een gezamenlijke Europese aanpak van VGV.

Vanaf 2008 investeren wij extra in het stelsel van opvang en hulpverlening. In 2008 zijn wij gestart met het creëren van extra opvangplaatsen voor slachtoffers van huiselijk geweld. Van 2008 tot en met 2012 komen er honderd plaatsen per jaar structureel bij. Doel is in 2012 een landelijk dekkend netwerk van opvangplaatsen voor (jonge) mannen en vrouwen te hebben. Van juli 2008 tot en met december 2009 loopt in dit kader ook een pilot opvang voor mannen via de G4-gemeenten. Eind 2008 hadden de reeds beschikbare 20 plekken een bezettingsgraad van ruim 90%. De pilot mannenopvang duurt tot eind 2010.

In 2008 hebben wij ook de specifieke uitkering voor vrouwenopvang verhoogd met € 5 mln. Deze middelen zijn bestemd voor een verdere versterking van de advies- en steunpunten huiselijk geweld. Deze steunpunten hebben een centrale rol in de preventie van en laagdrempelige hulpverlening bij huiselijk geweld.

Prestatie-indicator	Streefwaarde	
	2008	2011
Uitbreiding van het aantal opvangplaatsen (alle doelgroepen)	+ 100	+ 500

Bron: VWS

Prestatie-indicator	2008	2011
	Aantal centrumgemeenten met een Plan van Aanpak maatschappelijke opvang	41

Bron: VWS

In 2008 zijn de minister voor Jeugd en Gezin, de minister van Justitie en de staatssecretaris van VWS overeengekomen een meldcode huiselijk geweld, eengerelateerd geweld, kindermishandeling en vrouwelijke genitale verminking verplicht te stellen voor instellingen. Deze verplichting zal gelden voor onder meer de sectoren van de gezondheidszorg, jeugdgezondheidszorg, jeugdzorg, onderwijs en kinderopvang. Op 20 november jl. zijn de contouren van voorgenomen Wet meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling naar de Kamer verzonden (TK 28345, nrs. 71, 72). In het najaar van 2009 zal het wetsvoorstel ter advisering aan de Raad van State worden aangeboden. Parallel hieraan lopen de voorbereidingen voor het implementatietraject.

In het najaar van 2008 is de Wet tijdelijk huisverbod aangenomen door de Eerste Kamer. Deze wet is sinds 1 januari 2009 van kracht. Door deze wet, die de burgemeester de bevoegdheid geeft een huisverbod op te leggen, wordt het mogelijk preventief in te grijpen in situaties van huiselijk geweld. Tot nu toe was dit alleen mogelijk indien aantoonbare strafbare feiten waren gepleegd. Indien wél strafbare feiten waren gepleegd, zijn slachtoffers van huiselijk geweld vaak niet bereid aangifte te doen. De wet doorbreekt deze impasse en maakt het mogelijk snel een daadkrachtig op te treden. Ook wordt het mogelijk sneller een hulpverleningstraject in gang te zetten om het leven van slachtoffers weer op de rails te krijgen. In dat kader is voor onder meer crisisinterventie en opvang uithuisgeplaatste € 6 mln toegevoegd aan de specifieke uitkering vrouwenopvang.

In het kader van de bestrijding van mensenhandel heeft het kabinet in 2008 besloten een pilot te starten voor de opvang van slachtoffers van mensenhandel. De pilot start in 2009 en heeft een looptijd van twee jaar.

#### **Beleidsconclusie**

Voor de aanpak van geweld in afhankelijkheidsrelaties liggen wij op koers een zo breed mogelijke aanpak te realiseren. Via het programma 'Beschermd en Weerbaar' zijn verschillende trajecten gestart. Ons beleid wordt conform de ingezette lijn voortgezet.

## 5.3 Gelijke behandeling mensen met een handicap

Mensen met een handicap hebben dezelfde rechten en plichten als alle burgers. Een van de belangrijkste uitgangspunten van het gehandicaptenbeleid is dan ook gelijke behandeling. Mensen met een beperking moeten op dezelfde manier kunnen participeren in de samenleving als mensen zonder beperking. De Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte biedt rechtsbescherming aan mensen met een beperking wanneer zij ongelijk worden behandeld in werk of het beroepsonderwijs.

De Wet gelijke behandeling omvat ook het openbaar vervoer. Mensen met een mobiliteitsbeperking kunnen gebruik maken van Valys-vervoer voor bovenregionale reizen met een sociaal-recreatief karakter. Met vervoerder Connexxion zijn het afgelopen jaar afspraken gemaakt tot verbetering van de kwaliteit van het valys-vervoer. Dit heeft geleid tot minder klachten.



Prestatie-indicator	2007	2008	2011
Klanttevredenheid over Valys	7,1	8,03	> 8,1
Aantal Valyspashouders dat daadwerkelijk reist	63,5%	129.077 (55,6% van het totaal aantal pashouders)	> 70%

Bron: 1. Jaarlijks tevredenheidsonderzoek Valys. 2. Managementinformatie Valys

In 2008 is een wetsvoorstel naar de Tweede Kamer verstuurd om de Wet gelijke behandeling uit te breiden naar het hele onderwijs en wonen ([TK 30859](#)) en is door de Kamer goedgekeurd. Dit hebben wij in nauwe samenwerking met het ministerie van OCW en het ministerie van VROM ondernomen.

#### Beleidsconclusie

Wij liggen op koers de gelijke behandeling van mensen met een handicap goed vorm te geven in onze maatschappij. Wel is een goede continuering van het beleid noodzakelijk.

## 5.4 Evaluatie Wet maatschappelijke ondersteuning

Op 1 januari 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) van kracht geworden. Op dit moment wordt de Wmo geëvalueerd door het Sociaal en Cultureel Planbureau. In oktober 2008 hebben wij een tussenrapportage van deze evaluatie naar de Tweede Kamer gestuurd ([TK 29538, nr. 89](#)). Uit deze tussenrapportage blijkt dat de Wmo in veel gemeenten een stevig effect heeft gehad op de beleidsontwikkeling. Veel gemeenten proberen in de opgestelde beleidsplannen relaties te leggen tussen de verschillende prestatievelden van de Wmo. Circa één op de zes gemeenten heeft gekozen voor een vergaande herziening van het bestaande beleid. De eindevaluatie van de Wmo zal begin 2010 aan de Tweede Kamer worden aangeboden. Tevens is in 2008 een wetswijziging ingediend met als doel de positie van de cliënt bij de huishoudelijke vervanging in de Wmo te versterken en de thuiszorg aantrekkelijker te maken voor zorgverleners ([TK 31795, nr. 2](#)).

Prestatie-indicator	2007	2008	2011
% gemeenten waar één of meerdere Wmo beleidsplannen zijn vastgesteld	-	94%	100%

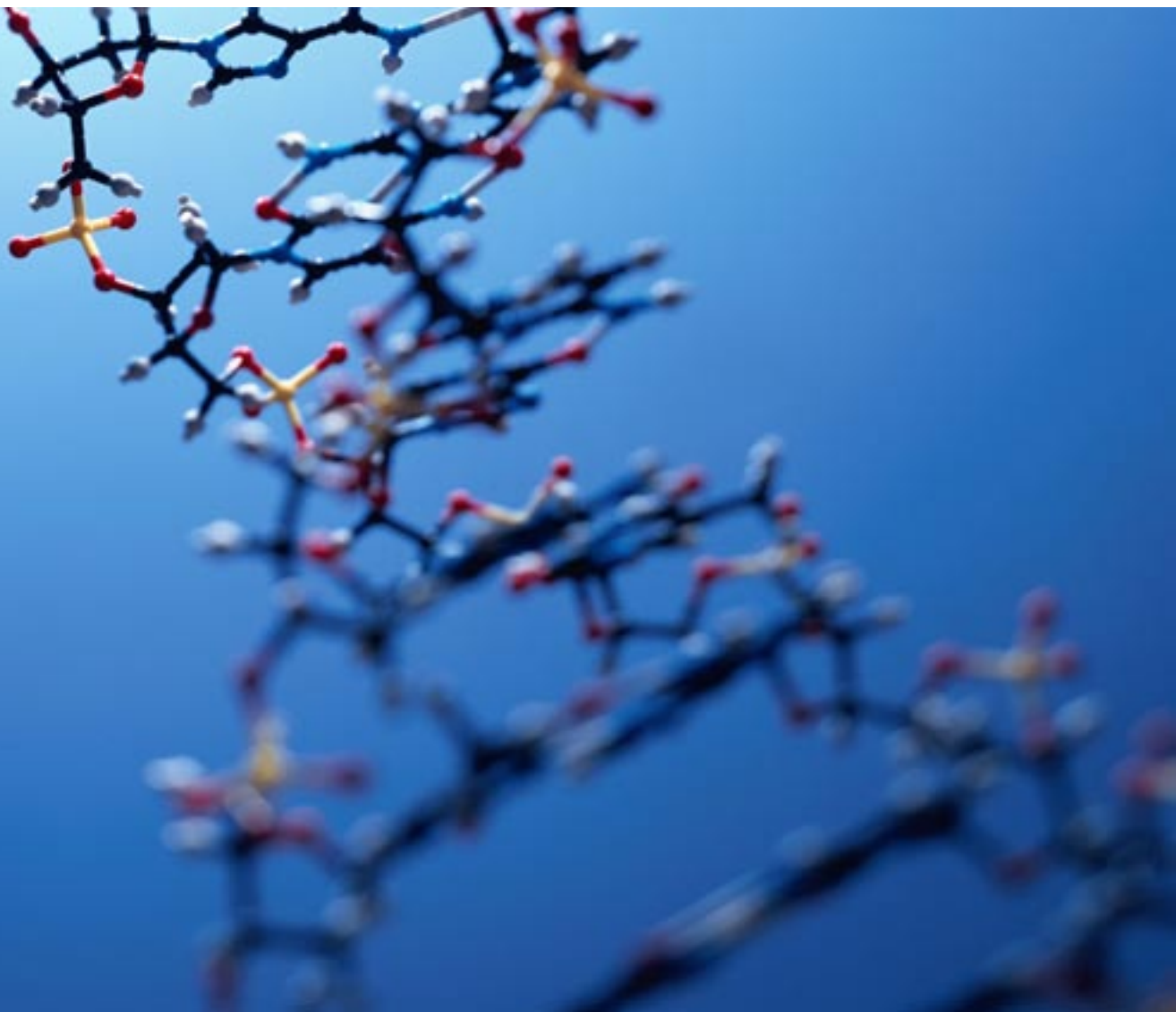
Bron: SCP

#### Beleidsconclusie

In 2008 zijn tussenrapportages verschenen over de Wmo waaruit lessen getrokken kunnen worden door gemeenten voor de uitvoering van de Wmo. De evaluatie van de Wmo vindt in 2009 plaats. Tevens is in 2008 een wetswijziging ingediend met als doel de positie van de cliënt bij de bij het huishouden in de Wmo te versterken en de thuiszorg aantrekkelijker te maken voor zorgverleners ([TK 31795, nr. 2](#)).

# 6

# Ethiek





Medio 2008 is het kabinetsstandpunt preïmplantatie genetische diagnostiek (PGD) bekend gemaakt. Binnen de door VWS gestelde kaders kan een verzoek tot behandeling worden uitgevoerd bij paren die PGD als mogelijkheid zien een kind te krijgen zonder (zeer) ernstige genetische ziekte of aandoening die in hun familie voorkomt. Bij erfelijke ziekten of aandoeningen vindt een individuele beoordeling plaats binnen het vastgestelde afwegingskader door betrokkenen en professionals in het ziekenhuis. Voor erfelijke ziekten en aandoeningen waarvan niet vast staat dat de drager de ziekte of aandoening ook werkelijk krijgt (onvolledige penetrantie) moet op individueel niveau vastgesteld worden dat sprake is van vergelijkbare risico en ernst met de ziekten en aandoeningen met nagenoeg volledige penetrantie. Door het stellen van kaders wil het kabinet voorkomen dat het toepassingsgebied ongewild en ongewenst kan verschuiven naar patiënten bij wie geen hoog individueel risico bestaat op het daadwerkelijk krijgen van de erfelijke ziekte of aandoening. Inmiddels is de regeling PGD vastgesteld en in werking getreden (TK 29323, nr. 60).

Nederland heeft een groot tekort aan donoren. De wachtlijsten voor een donor zullen de komende periode verder toenemen. Wij hebben afgelopen jaar in intensieve samenwerking met alle betrokken veldpartijen in de Coördinatiegroep Orgaandonatie het Masterplan Orgaandonatie opgesteld, waarin aanbevelingen staan om het aantal donoren te vergroten. Het kabinet heeft naar aanleiding van het Masterplan voorgesteld de Wet op de Orgaandonatie te wijzigen (TK 28140, nr. 48). Op verzoek van de Tweede Kamer worden de effecten van deze wijziging nader onderzocht, in samenspraak met de Coördinatiegroep Orgaandonatie. Daarnaast is een start gemaakt de voorgestelde aanpak, die gericht is op goede informatievoorziening, een gewijzigd registratiesysteem en een verbeterde aanpak bij ziekenhuizen. Daarmee hebben wij de ambitie een toename van het aantal postmortale transplantaties te bewerkstelligen van minstens 25%.

Prestatie-indicator	2007	2008	2015
Aantal donoren (exclusief levende nierdonoren)	257	201	280

Bron: Nederlandse Transplantatie Stichting

Namens het kabinet heeft de minister van BZK in 2008 de ‘Wet Normering topinkomens in de semi-publieke sector’ aangekondigd. Hiermee worden de topinkomens in de semipublieke sector genormeerd dan wel gemaximeerd conform de in het coalitieakkoord opgenomen inzet. Voor VWS geldt dat de beloningen in de zorgsector worden genormeerd met behulp van een sectorbrede bindende normregeling, waarvan de normbedragen door de betreffende vakminister wordt vastgesteld. Naar verwachting zal het wetsvoorstel in het najaar van 2009 worden ingediend.

# 7 Oorlogs- getroffenen



Het programma 'Erfgoed van de oorlog' is gericht op behoud, toegankelijkheid en publieksgerichte toepassing van bijzonder en kwetsbaar erfgoedmateriaal met betrekking tot de Tweede Wereldoorlog. Het programma streeft ernaar toekomstige generaties goed in staat te stellen te reflecteren op de Tweede Wereldoorlog op basis van bronmateriaal. Het programma is gestart in 2007 en loopt tot 2010. In 2008 zijn circa 70 organisaties gesubsidieerd voor activiteiten gericht op behoud, toegankelijkheid en publieksgerichte toepassing van erfgoedmateriaal. Hierbij is prioriteit gegeven aan activiteiten gericht op behoud, waaronder het vastleggen van getuigenissen (oral history) en toegankelijkheid van materiaal.

Naast de activiteiten die met subsidiëring zijn geëntameerd, wordt door het programma een aantal activiteiten met een meer overkoepelend karakter ondersteund. Zo is in 2008 gestart met de uitvoering van het project 'Oorlog in blik', een inventarisatieproject gericht op het in kaart brengen van zoveel mogelijk film- en geluidsopnamen gemaakt tussen 1933 en 1950 en gerelateerd aan de Tweede Wereldoorlog in het voormalige Koninkrijk der Nederlanden. Ook is in 2008 gestart met het creëren van een 'Indische webportal', een project gericht op het digitaal verzamelen van zoveel mogelijk informatie over (vindplaatsen van) Indisch erfgoed van de Tweede Wereldoorlog.

Ten slotte zijn in 2008 de contouren van de voorgenomen samenwerking tussen de Pensioen- en Uitkeringsraad (PUR) en de Sociale Verzekeringsbank (SVB) verder uitgewerkt ([TK 20454, nr. 90](#)). Doelstelling is in 2011 het cliëntenbeheer van de PUR door de SVB te laten uitvoeren.

# 8 Sport



2008 was een bewogen jaar voor (top)sport. Veel media-aandacht ging uit naar de prestaties van de Nederlandse sporters en teams tijdens de grote evenementen, zoals het Europees Kampioenschap voetbal en de Olympische en Paralympische Spelen. Ook op andere terreinen is flink aan de weg getimmerd.

Om jongeren te stimuleren meer te sporten en te bewegen heeft VWS, samen met het ministerie van OCW, de Impuls Brede Scholen, Sport en Cultuur opgesteld. Het doel van deze impuls is onder meer sportverenigingen te versterken door het aanstellen van combinatiefunctionarissen. In 2008 is de Impuls gestart in 30 gemeenten uit de G31. Eind 2008 zijn 184 fte combinatiefuncties gerealiseerd.

Ook de Impuls Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (NASB) is in 2008 van start gegaan in 44 gemeenten met een lage Sociaal-Economische status. In het kader van de setting Sport van het NASB hebben 10 sportbonden hun pilotproject uit 2007 omgezet in een meerjarenaanpak binnen hun tak van sport. In 2008 zijn ook de eerste pilots uitgevoerd van de leefstijlinterventie 'Beweegkuur'.

Prestatie-indicator	2007	2012
Percentage van de Nederlandse bevolking (vanaf 18 jaar) dat voldoet aan de beweegnorm	64%	70%

Bron: Standaardonderzoek Ongevallen en Bewegen in Nederland (OBiN)

Als onderdeel van het programma 'Sportiviteit en Respect' is het 'Masterplan Arbitrage' in 2008 uitgebreid met jurysporten en individuele (contact-)sporten. Op het gebied van homo-emancipatie is de Alliantie 'Gelijkspel, gewoon homo zijn, ook in de sport' van start gegaan. Door de stichting 'Meer dan Voetbal' is een meerjarenplan op het gebied van maatschappelijk verantwoord ondernemen in uitvoering genomen. In september 2008 is het SCP-rapport 'Weinig over de schreef' verschenen. Op basis daarvan is een start gemaakt met het opstellen van een meerjarenplan voor sportiviteit en respect.

Om te kunnen concurreren met en te presteren in de internationale top is de pilot 'Talentcoaches' in 2008 uitgebreid met 9 sportbonden. Om de topsport verder te stimuleren is VWS in overleg met veldpartijen getreden om het clusteren van onderwijs, training, huisvesting en andere voorzieningen in Centra voor Topsport en Onderwijs (CTO's) mogelijk te maken. In 2008 zijn de eerste 4 CTO's aangewezen en is op lokaal niveau gestart met de uitvoering. Ook is bijgedragen aan het hoogwaardig internationaal trainings- en wedstrijdprogramma. Dit zowel ter voorbereiding op de Olympische en Paralympische Spelen van Beijing, als in aanloop naar de winterspelen van 2010 in Vancouver en de zomerspelen van 2012 in Londen.

Prestatie-indicator	2007	2008	2011
Positie van Nederland in de topsport landenklassering	-	9 (per 1-7-2008)	Positie bij de eerste tien (2010)

Bron: World Sports Nations Index (NOC\*NSF)

## Beleidsconclusie

Uit de Tussenrapportage Monitor/evaluatie sportbeleid ministerie VWS van het Mulier Instituut, blijkt dat de uitvoering van het sportbeleid op schema ligt (TK 30 234, nr. 23). Alleen het achterblijvende aantal combinatiefuncties baart enige zorg. Met de betrokken gemeenten worden afspraken gemaakt over het inlopen van de achterstand.





# 9 Financieel overzicht kabinetsdoelstellingen

Nr. kabinetsdoelstelling	Omschrijving	Nr. Beleidsartikel/ Operationele doelstelling	Financieel belang 2008 (x € 1.000)	Relevante beleidsnota's
35	Substantiële uitbreiding van het aantal vrijwilligers en behoud van het aantal mantelzorgers in 2011	44.3.2	16.789	Kamerstuk <a href="#">30 169, nr. 11</a>
45a	De vermijdbare schade in de ziekenhuiszorg is in 2012 gehalveerd	42.3.2 98.3.4	3.023	Kamerstukken <a href="#">31 016, nr. 8</a> en <a href="#">28 439, nr. 18</a>
45b	Burgers kunnen op KiesBeter.nl voor 80 aandoeningen zien welke kwaliteit de ziekenhuizen bieden	42.3.1 43.3.1	14.142	Kamerstuk <a href="#">28 439, nr. 98</a>
45c	Cliënten geven 90 procent van de zorgaanbieders in de AWBZ een voldoende voor de kwaliteit van de zorg	Doelstellingen 45b en 45c worden bekostigd via het Project Zichtbare Zorg, het ontwikkelen van de CQ-index en het kwaliteitskader Verantwoorde zorg, inclusief portal KiesBeter.nl		
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	39.868	Kamerstuk <a href="#">31 476, nr. 1</a>
46	Meer patiëntgerichte zorg door vernieuwing zorgconcepten en innovatie	42.3.2 43.3.3	362.002	Kamerstukken <a href="#">29 282, nr. 79</a> (arbeidsmarktbeleid), <a href="#">29 515 nr. 271</a> (administratieve lasten) en <a href="#">31 466, nr. 21</a> (EPD)
47	Betere hulp en opvang voor tienermoeders	44.3.4	7.000	Kamerstukken <a href="#">28 345, nr. 51</a> en <a href="#">31 474 XVI, nr. 7</a>
48	Verbeteren en versterken palliatieve zorg	43.3.3	18.568	Actieplan Palliatieve zorg 2008-2010, <a href="#">kamerstuk 29 509, nr. 19</a>

# 10 Financieel Beeld op Hoofdlijnen

## Algemeen beeld

Het afgelopen jaar is gekenmerkt door de opkomst van de financiële crisis en effecten daarvan op onze economie. De zorg heeft een aandeel van ongeveer tien procent in de Nederlandse economie.

Bij aanvang van deze kabinetsperiode is de zorg geconfronteerd met forse, structurele overschrijdingen oplopend tot € 1,7 mld, die in 2007 al hebben geleid tot een omvangrijk bezuinigingspakket. Met name zijn in de AWBZ pijnlijke, direct door de burger voelbare maatregelen nodig geweest. In 2008 bedroeg de extra structurele overschrijding € 1,6 mld. Deze overschrijding is voornamelijk veroorzaakt in de curatieve zorg, waar de medisch specialisten, zelfstandig behandelcentra en geneeskundige GGZ verantwoordelijk zijn voor een kostengroei van bijna € 570 mln structureel.

In de AWBZ is in 2008 een overschrijding geconstateerd van ruim € 211 mln. De oorzaak ligt in de groeiende vraag naar langdurige zorg. Het Centraal Plan Bureau (CPB) verwacht dat in 2010 de stijging van de collectief gefinancierde zorguitgaven met € 0,5 mld afneemt. Deze afname is mede een gevolg van de ingrijpende, maar noodzakelijke bezuinigingen uit 2007 in met name de AWBZ.

## Regeling voor chronisch zieken en gehandicapten

Per 1 januari 2009 is een nieuwe regeling ingegaan voor de tegemoetkoming van meerkosten die chronisch zieken en gehandicapten maken voor zorg. Vanaf deze datum is de vorige regeling buitengewone uitgaven vervallen. Omdat chronisch zieken en gehandicapten extra kosten maken in vergelijking met andere groepen vinden we inkomensondersteuning van belang. De oude regeling werd niet gebruikt door velen voor wie de regeling wel bedoeld was en wel gebruikt door velen voor wie de regeling niet bedoeld was. Met de nieuwe regeling gaat het kabinet gericht chronisch zieken en gehandicapten compenseren voor hun meerkosten. Voor de nieuwe regeling is € 2,3 mld euro beschikbaar. Hiervan is € 1,3 mld euro speciaal bedoeld voor chronisch zieken en gehandicapten. Dit bedrag bestaat uit de forfaitaire tegemoetkoming (€ 0,5 mld euro), verlaging eigen bijdragen AWBZ/Wmo (€ 0,3 mld euro) en de nieuwe fiscale regeling (€ 0,5 mld euro).

Daarnaast heeft het kabinet generieke inkomensmaatregelen voor ouderen en arbeidsongeschikten getroffen ter compensatie van het vervallen van het ouderenforfait en arbeidsongeschiktheidsforfait in de buitengewone uitgavenregeling.

Het kabinet is zich bewust dat de afbakening van de hiervoor genoemde forfaitaire regeling verder verbeterd kan worden. Een taskforce heeft de beoogde verbetering van de afbakening inmiddels ter hand genomen.



## Tabellen financieel beeld op hoofdlijnen

### Begroting

In deze tabel zijn de geraamde begrotingsuitgaven en het financieel belang bij de belangrijkste onderwerpen in het beleidsverslag 2008 opgenomen. Financieel belang bestaat enerzijds uit de gerealiseerde begrotingsuitgaven en anderzijds uit begrotingsmutaties (overboekingen).

Prioriteit (bedragen x 1.000)	Nummer artikel / OD	Geraamd 2008	Financieel belang 2008
<b>Curatieve zorg</b>			
Versterken positie van de burger in het zorgstelsel	42.3.1	3.332	2.893
Plan van aanpak terugdringen onverzekerden/wanbetalers	42.3.3	0	1.006
Prestatiebesteding in de ziekenhuiszorg	42.3.3	13.317	14.068
Aanpassing systeem van risicoverevening	42.3.3	1.203	1.071
<b>Langdurige zorg</b>			
Invoeren zorgzwaartebesteding	43.3.1	6.250	6.000
<b>Preventie</b>			
Meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl	41.3.1	50.322	45.977
Bescherming tegen infectie- en chronische ziekten	41.3.4	279.551	290.412
<b>Kwaliteit &amp; veiligheid</b>			
Actieprogramma Veilige Zorg	42.3.2	1.450	660
<b>Participatie</b>			
Betere opvang en hulpverlening van slachtoffers van eerge relateerd geweld, genitale verminking en huiselijk geweld	44.3.4	17.900	15.000
<b>Ethiek</b>			
Ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg	41.3.6	14.528	14.459
Orgaandonatie	42.3.2	14.861	11.856
<b>Sport</b>			
Nationaal Actieplan Sport en Bewegen	46.3.1	10.326	10.137
<b>Oorlogsgetroffenen</b>			
Programma Erfgoed van de oorlog	47.3.2	7.861	6.907

## Budgettair Kader Zorg

Premiegefinancierde beleidsprioriteiten (bedragen x € 1.000.000)	Financieel belang 2008
<b>Curatieve zorg</b>	
Pakketuitbreiding	204,0
Maatregel uurtarief medisch specialisten	-175,0
Uitgavenbeperking ziekenhuizen	-160,0
Geneesmiddelen	-340,0
Maatregelen huisartsen	-57,4
Invoering eigen risico	761,4
<b>Langdurige zorg</b>	
Envelope Zorg	230,0
Schrappen grondslag somatisch/prijismaatregel	-120,0
Best practices/efficiencykorting	-115,0
Bonus/malus regeling	-115,0
PGB's	56,0
Best practices	-35,0

Deze tabel wordt toegelicht in het Financieel Beeld Zorg.

**Uitgave**

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

**Bezoekadres**

**Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

Parnassusplein 5 | 2511 vx Den Haag

**Postadres**

**Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag

**Internet**

[www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

mei 2009