

Beleidsagenda
Speerpunten van VWS

2003

Inhoudsopgave

1	INLEIDING	4
2	VOLKSGEZONDHEID EN VEILIGHEID	6
3	GEZONDHEIDSZORG	8
4	WELZIJN EN SPORT	11
5	FINANCIEEL BELEID OP HOOFDLIJNEN	14
	BELEIDSPROGRAMMA 2002–2006	18

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

1 Inleiding

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

Wat is het belangrijkste element in het Strategisch Akkoord?

Voor het eerst verankert een Strategisch Akkoord het recht op zorg. Zowel in de thuiszorg en de verpleeghuizen als bij ziekenhuis, apotheek en huisarts gelden de rechten van mensen op het verzekerde pakket het hele jaar. En natuurlijk hebben rijk en arm precies dezelfde rechten.

Een belangrijk uitgangspunt voor ons beleid is de sociale rechtvaardigheid. Deze vertalen wij ondermeer in het beschikbaar zijn van voldoende goede en betaalbare zorg gericht op preventie, genezing, verpleging en verzorging voor iedereen. Zorg is in Nederland een sociaal grondrecht. De overheid is daarom verantwoordelijk voor het tot stand komen van collectieve voorzieningen op basis van solidariteit.

Langer leven: kostenpost of groot goed?

Dat mensen langer leven ziet het kabinet vooral als een groot goed: steeds meer kinderen groeien op met meerdere grootouders. Meer geld zal nodig zijn voor pensioenen en medische voorzieningen voor ouderen, maar de hogere levensverwachting is toch vooral een reden tot vreugde.

Preventie, zorg en welzijn kosten dus niet alleen geld en inzet van personeel, maar leveren vooral ook veel baten op in termen van levensverwachting en kwaliteit van leven. Deze notie is een ander belangrijk

uitgangspunt voor ons beleid. Toenemende uitgaven aan kwalitatief goede zorg, preventie en welzijn kunnen worden gezien als indicatoren voor een positieve ontwikkeling in de samenleving. De zorgquote is gestegen met 3% in 30 jaar. Tegelijkertijd is de levensverwachting in die periode toegenomen met anderhalve maand per jaar. Ook is de kwaliteit van leven toegenomen. De toegenomen levensverwachting en verbeterde kwaliteit van leven dragen bij aan een sterk toegenomen welzijn. Door diverse economieën wordt de bijdrage even hoog geschat als de bijdrage van de traditioneel gemeten economische groei, dus exclusief de baten van de hogere levensverwachting en toegenomen kwaliteit van leven. Dit betekent dat investeringen in volksgezondheid en gezondheidszorg een substantiële bijdrage leveren aan het welzijn van de bevolking.

Levensloop

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

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

Wie is nu verantwoordelijk voor de gezondheidszorg?

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

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

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

Moet alles kunnen wat biotechnologie mogelijk maakt?

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

Drugs

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

Verdere opbouw van beleidsagenda

Volksgezondheid, gezondheidszorg, welzijn en sport kunnen gezien worden als afzonderlijke onderdelen, met veel samenhang. Ze dragen immers allemaal bij aan de levensverwachting en kwaliteit van leven van mensen. De onderdelen worden uitgewerkt in de paragrafen 2, 3 en 4 van deze beleidsagenda. Paragraaf 2 gaat in op het volksgezondheidsbeleid. Kern hiervan is het kennen, beheersen en zo veel mogelijk beperken van risico's voor mensen. Daarbij hebben mensen en de overheid ieder een eigen verantwoordelijkheid. Paragraaf 3 beschrijft het beleid voor behandeling, verpleging en verzorging van zieken, gehandicapten en ouderen: de gezondheidszorg. Gewerkt wordt aan een kwalitatief goede gezondheidszorg die voor iedereen toegankelijk is en betaalbaar blijft. In paragraaf 4 van deze beleidsagenda komt het beleid gericht op het welzijn van mensen aan de orde. Jeugd, ouderen en sport staan centraal bij onze verantwoordelijkheid. Tenslotte wordt in paragraaf 5 het financiële beleid op hoofdlijnen geschetst.

2 Volksgezondheid en veiligheid

Veiligheid en risicobeheersing

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

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

Op het gebied van gezondheidsbescherming richten we ons op de bescherming van de burger tegen onveilige voedingsmiddelen en producten, het stimuleren van goede voeding en het voorkómen van ongevallen in de privésfeer. Dit gebeurt onder andere door het vaststellen van wettelijke gezondheidsnormen of -systemen in iedere schakel van de productieketen. Ook voorlichting en preventie zijn belangrijke taken van ons. Het bedrijfsleven is verantwoordelijk voor de veiligheid van de producten, binnen de kaders die de overheid stelt. Ook het voorkómen van verontreinigingen en gebreken is een verantwoordelijkheid van producenten en leveranciers. De overheid houdt toezicht op de controle die door het bedrijfsleven wordt uitgeoefend.

Ons voedsel is veiliger dan ooit. Mensen moeten erop kunnen vertrouwen dat producten niet schadelijk zijn voor hun gezondheid. De verantwoordelijkheid van de overheid stopt echter op het moment dat het voedsel in de boodschappentas van de burger zit;

vanaf dan is de voedselveiligheid de verantwoordelijkheid van de burger zelf. Dit neemt niet weg dat de overheid middels voorlichting en informatieverstrekking de consument ondersteunt in het verantwoord omgaan met voedingsmiddelen. Door globalisering, nieuwe microbiologische risico's en de internationalisering van de diervoederproductie, is de kwetsbaarheid van het voedselveiligheidsstelsel aanzienlijk toegenomen. De recente verontreiniging van diervoeder met het MPA-hormoon kan als voorbeeld dienen. Mede daarom is in samenwerking met het ministerie van LNV in 2002 de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) opgericht. De VWA is onderdeel van VWS; de Keuringsdienst van Waren en de Rijksdienst voor de keuring van Vee en Vlees zijn in dit onderdeel ondergebracht. De VWA houdt zich bezig met toezicht op, onderzoek naar, en het beoordelen van risico's en communicatie over voedsel, non-foodproducten en de veiligheid en het versterken van de voedselketen. Samenwerking in Europees verband is daarbij voor de VWA essentieel.

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

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

Gezondheidsbevordering en ziektepreventie

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

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

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

Innovatie in de zorg en ethiek

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

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

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

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

We stimuleren het 'zinnig en zuinig' voorschrijven en gebruiken van geneesmiddelen. Dit is de verantwoordelijkheid van zowel individuele burgers als artsen. De zorgverzekeraars maken thans afspraken met artsen over voorschrijfgedrag.

Medische ethiek heeft vanzelfsprekend los van innovatie een zelfstandige betekenis. Nieuwe technische mogelijkheden om iemand te genezen rechtvaardigen veel, maar niet alles. Ethische aanvaardbaarheid is een onderwerp dat de samenleving als geheel voor vragen plaatst en een prominente plaats heeft gekregen in het Strategisch Akkoord. Daarom besteden we de komende jaren veel aandacht aan medische ethiek. Hierbij gaat het onder meer om biotechnologische mogelijkheden, maatschappelijke/ethische grenzen, Europese ontwikkelingen en de positie van werkenden in de gezondheidszorg. VWS houdt zich verantwoordelijk voor het opstellen van een integraal ethisch toetsingskader. Goede voorlichting

aan burgers en veldorganisaties is van groot belang. Daarom zal in 2003 het project 'Communicatie en voorlichting' op het terrein van de biotechnologie van start gaan, zo mogelijk samen met OCenW.

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

3 Gezondheidszorg

Inleiding

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

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

Toegankelijke zorg

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

blijvend kunnen worden geaccommodeerd en er wordt ook een deel van de middelen uit de zogenaamde enveloppe beschikbaar gesteld voor extra productie. Deze productie is gericht op het terugdringen van de wachttijden.

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

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

trappingsbelemmeringen weg te nemen en gezonde mededinging te bevorderen.

Om de personeelsvoorziening ook in de toekomst te waarborgen blijft het kabinet investeren in de uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen. Zo wordt de maximale instroom van eerstejaarsstudenten geneeskunde per september 2002 verhoogd tot 2.550, neemt de instroommogelijkheid voor de specialistenopleidingen toe met ruim 300 (een toename van circa 50% ten opzichte van 2001) en wordt ook de capaciteit van de huisartsopleiding met ruim 50% uitgebreid. Om de aantrekkelijkheid van het beroep van huisarts te vergroten zal het kabinet een plan van aanpak opstellen. Dit met het oog op de oplopende tekorten aan huisartsen. Tevens zijn er middelen beschikbaar voor extra opleidingsplaatsen voor IC-verpleegkundigen, dialyseverpleegkundigen, anesthesieassistenten, operatieassistenten en radio-diagnostisch laboranten.

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

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

Kwalitatief goede zorg

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

In de care-sector worden nieuwe combinaties van wonen en zorg ontwikkeld, zodat ouderen, lichamelijk en verstandelijk gehandicapt en psychiatrische patiënten over voldoende keuzemogelijkheden beschikken. Zij kiezen steeds vaker voor zelfstandig wonen in hun eigen woning, in een woonzorgcomplex of in een kleinschalige woonvorm waar privacy gewaarborgd wordt en waar ruimte is voor een individuele benadering. Omdat wonen en zorg steeds minder vaak in één instelling plaatsvinden, is bijzondere aandacht nodig voor de dienstverlening aan mensen met beperkingen die min of meer zelfstandig wonen. Met dienstverlening doelen we bijvoorbeeld op sociaal-culturele activiteiten, ondersteuning bij vrijetijdsbesteding, klussendienst, maaltijdverstrekking, wasservice en boodschappenservice.

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

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

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

Als sluitstuk van de wijziging in organisatie en financiering van de zorg wordt vanaf 2005 een nieuw verzekeringsstelsel ingevoerd. Naast de AWBZ komt er één verplichte verzekering voor iedereen, verzorgd door private uitvoerders die een standaardpakket van noodzakelijke zorg aanbieden dat qua dekking vrijwel vergelijkbaar is met het huidige ziekenfondspakket. Om solidariteit en toegankelijkheid te garanderen geldt voor verzekeraars een acceptatieplicht voor het standaardpakket met een verbod op premie-differentiatie naar gezondheid of leeftijd, samen met een systeem van risicoverevening. Door het nieuwe verzekeringsstelsel wordt de verzekeringsmarkt transparanter. De verschillen tussen verzekeraars worden duidelijker zichtbaar. Op basis van vergelijkende informatie kan een verzekerde daarmee beter kiezen tussen verzekeraars. Omdat de omslag naar een nieuw stelsel vele maatregelen vergt, zal het kabinet een plan van aanpak aan de Tweede Kamer voorleggen. De verzekering kent een nominale premie. De invoering daarvan mag niet leiden tot een onaanvaardbare hoge belasting van een individueel huishouden. Daarom ontvangen verzekerden een zorgtoeslag. Ten einde de algemene inkomenseffecten van een invoering van het zorgstelsel in het jaar van invoering te compenseren zal in hetzelfde jaar een afgewogen pakket maatregelen worden genomen (waaronder afschaffing van de OZB voor woningen, verhoging van de algemene heffingskorting en de invoering van een inkomensafhankelijke kinderkorting).

Betaalbare zorg

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

In Nederland zijn met name onder Paars I de uitgaven aan de gezondheidszorg sneller teruggelopen als percentage van het bruto binnenlands product dan elders in Europa. Deze kostenbeheersing in de zorg heeft in Nederland zijn neerslag gevonden in onder meer het ontstaan van wachtlijsten. Ook in andere landen waar het zorgstelsel is vormgegeven door

rantsuering van het aanbod (zoals Engeland en de Scandinavische landen) zijn wachtlijsten in de zorg te constateren. Ervaringen in het buitenland leren dat strengere budgetregels voor de zorg enige tijd door het systeem kunnen worden opgevangen. De lucht wordt als het ware uit het systeem geperst, maar na enkele jaren zal toch weer tegemoet moeten worden gekomen aan de daadwerkelijke vraag die gemiddeld in de OECD landen sneller stijgt dan het bruto binnenlands product. De zorguitgaven, uitgedrukt in percentage van het BBP zullen daarom tot 2006 substantieel toenemen. Deze stijging zal samen met een doelmatig stelsel een belangrijke bijdrage leveren voor een goede gezondheidszorg in Nederland.

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

Ook in een zorgstelsel dat aansluit bij de zorgvraag van burgers, is beheersing van de macrokosten noodzakelijk. In het nieuwe zorgstelsel heeft de overheid verschillende instrumenten om de zorguitgaven te beheersen: de hoogte van de eigen betalingen, de omvang van het verzekerde pakket en aanpassingen van het systeem. Rechtstreekse ingrepen in prijzen en hoeveelheden liggen in een vraaggestuurd stelsel niet meer voor de hand. Prijzen en hoeveelheden in de zorg zullen uiteindelijk de uitkomst moeten worden van gereguleerde marktwerking. Naarmate er meer marktwerking is, kan de bemoeienis van de overheid met de zorg globaler worden. Er bestaan echter verschillen tussen de verschillende deelmarkten; de markt voor fysiotherapie is anders dan de markt voor ziekenhuiszorg. Daarom zal het terugtreden van de overheid steeds per deelmarkt worden gezien. Naarmate deelmarkten beter functioneren is het mogelijk om rechtstreekse kostenbeheersing door toepassing van aanbodregulering los te laten. In deze kabinetsperiode zullen belangrijke stappen op deze weg worden gezet. Niet alleen in het beoogde nieuwe zorgstelsel maar ook op korte termijn, op weg daar naartoe zullen vormen van prestatiebekostiging, gericht op het honoreren van geleverde prestaties en het stimuleren van extra zorgverlening, worden ingezet. Wij zullen in dit verband voorstellen doen voor vernieuwingen in de bestaande wijze van financiering van ziekenhuizen, medisch specialistische zorg en zelfstandige behandelcentra alsmede voor de bekostiging van de care-sectoren.

4 Welzijn en Sport

Inleiding

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

Welzijn is van iedereen

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

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

vorige kabinet naar de Tweede Kamer zond, als reactie op de voorstellen van de commissie-Albeda en het rapport 'Gezondheid in de stad' van het RIVM, zal hierbij een belangrijke rol spelen.

Opvoeden en Aanpakken

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

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

Daar waar jeugd toch in problemen komt of dreigt te komen, moet worden gewaakt voor versnippering. Opgroeien, opvoeden en tot ontplooiing komen gaat in de meeste gevallen bijna als vanzelfsprekend goed, maar niet altijd. Een relatief klein gedeelte van de jeugd veroorzaakt veel overlast en draagt daarmee bij aan een algemeen gevoel van onveiligheid. Ouders zijn als eersten aanspreekbaar op ongewenst gedrag van hun kinderen. Wanneer ouders die problemen zelf niet de baas kunnen, zal de overheid ondersteuning moeten bieden. Een aantal jongeren raakt tussen wal en schip omdat uitvoerders, mede door bureaucratische belemmeringen gebrekkig samenwerken.

Wij vinden het van het grootste belang dat problemen met jeugdigen tijdig gesignaleerd worden en dat er slagvaardig en adequaat op gereageerd wordt. Met preventief, curatief en repressief beleid willen we naar een werkzame, sluitende en effectieve jeugdketen. De nieuwe wet op de Jeugdzorg biedt hiervoor het instrumentarium. Snel ingrijpen bij ontsporing, minder probleemjongeren, minder schooluitval, effectievere jeugdzorg, minder onderwijsachterstanden en een sterkere opvoedingsstructuur rond ouders, dat staat ons voor ogen. Vanuit onze coördinerende taak voor de jeugd willen we werk maken van een sterk verbeterde samenhang in het op de volle breedte van de samenleving gevoerde beleid dat gericht is op jeugd.

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

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

Sport

Ook vanuit het sportbeleid bevorderen wij, dat sport wordt ingezet ter versterking van de sociale cohesie, een gezonde leefstijl, integratie, vrijetijdsbesteding en de ontplooiing van het individu. Naast gemeenten zijn daarbij ook sportorganisaties en -koepels onze partners. We hebben het dan allereerst over sport als belangrijk onderdeel van het beleid met betrekking tot de woonomgeving (ruimtelijke ordening), onderwijs en gezondheid. Sport neemt een belangrijke plaats in bij het vergroten van de leefbaarheid in wijken en de participatie van zowel jongeren als ouderen. Voor jongeren met verschillende problemen (crimineel gedrag, vroegtijdig schoolverlaten) blijkt sport een goed middel te zijn om hen weer bij de samenleving te betrekken. Bijbrengen van discipline en om leren gaan met winnen en verliezen, leveren

een waardevolle bijdrage aan het oplossen van problemen die sommige jongeren veroorzaken. Tevens heeft sport een belangrijke waarde voor het vergroten van sociale contacten (voor jong en oud) op wijk-niveau, de sportvereniging als ontmoetingsplaats. Daarnaast zetten wij het beleid voort met betrekking tot de breedtesport, het stimuleren van een gezonde leefstijl door sport. Algemeen is het besef dat bij een gezonde levensstijl voldoende bewegen essentieel is. Daarmee is sport een belangrijk onderdeel van het preventiebeleid op het terrein van de volksgezondheid. Om het belang van sportief en actief bewegen breed te stimuleren heeft het vorige kabinet de nota 'Sport, bewegen en gezondheid' uitgebracht. In gezondheidsopzicht heeft sport een belangrijke preventieve functie. Op basis van deze nota zullen wij meerjarig investeren (ook in financiële zin) in de sportinfrastructuur op gemeentelijk niveau. Daarnaast willen wij gemeenten stimuleren sport meer dan tot nu toe te benutten als middel om maatschappelijke problemen aan te pakken.

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

Zorg voor een veilige samenleving

Zorgsectoren leveren een belangrijke bijdrage aan een veilige samenleving. Het gaat hierbij om de zorg voor specifieke groepen die door hun gedrag en vaak complexe problematiek van verslaving, dak- en thuisloosheid of psychiatrische achtergrond, overlast en onveiligheid voor henzelf en anderen veroorzaken. Een tijdige en adequate inzet van verslavingszorg, maatschappelijke opvang en (openbare) geestelijke gezondheidszorg zijn effectieve en verhoudingsgewijs goedkopere instrumenten om zowel het individu te helpen als de openbare veiligheid te bevorderen. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de regie van een sluitende hulpverleningsketen voor mensen in acute crisis. Zij zorgen voor een goede samenwerking tussen zorginstellingen, woningbouwcorporaties, politie en justitie. Dit maakt onderdeel uit het landelijk convenant openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ). In 2002 is dit convenant geëvalueerd. Op basis van de uitkomsten hiervan zal VWS stimuleren dat het OGGZ-beleid op lokaal niveau verder versterkt wordt. Effectieve opvang van en hulp aan dak- en

thuislozen, verslaafden en (zwerf)jongeren kan een belangrijke bijdrage leveren aan het voorkomen van overlast. Centrumgemeenten zijn hiervoor primair verantwoordelijk. Wij zullen centrumgemeenten hierbij ondersteunen. Allereerst wordt een onderzoek gestart naar de kostenstructuur in de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang. Doel hiervan is om de kerntaken en kosten van de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang helder te krijgen zodat de (rijks)middelen efficiënt en effectief kunnen worden ingezet. Preventie speelt een belangrijke rol bij het voorkomen dat (jonge) mensen drugs gaan gebruiken. Daarom zullen wij, om het softdruggebruik te verminderen, het ontmoedigingsbeleid onverkort voortzetten. Naast preventie is ook een gerichte aanpak van overlast door drugsgebruik onderdeel van het beleid op het terrein van de verslavingszorg. Voor verslaafden die veelvuldig misdrijven begaan zal, in samenwerking met Justitie, de mogelijkheid tot ontwenning onder drang verder worden uitgebreid.

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

Wonen, zorg en dienstverlening

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

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

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

Wet Voorzieningen Gehandicapten

In het Strategisch Akkoord is bepaald dat de WVG zal worden ondergebracht bij VWS. Voor een aantal voorzieningen uit de WVG zal worden bekeken of het voor de hand ligt deze bij VWS te positioneren. Daarbij kan gedacht worden aan de verantwoordelijkheid voor het bovenregionaal vervoer en aan voorzieningen en aanpassingen op het gebied van huisvesting. Een en ander is nader beschreven in de 'Bouwstenennotitie' die de Minister van SZW op 19 juli 2002 aan de Tweede Kamer heeft gezonden. In het voorjaar 2003 zal een uitgewerkt plan gepresenteerd worden.

5 Financieel beleid op hoofdlijnen

In de volgende tabellen staat het financieel beleid op hoofdlijnen. Voor zowel de begroting als de Zorgnota presenteren we de uitgavenontwikkeling voor de jaren 2003–2006. In de stand Voorjaarsnota 2002 is tevens het lopende jaar gepresenteerd, aangezien dit laatste besluitvormingsmoment van het vorig kabinet het uitgangspunt vormde voor het Strategisch Akkoord (zie aanwending netto-BKZ). Meer

gedetailleerde cijfers staan in respectievelijk deel C en bijlage 1 van de Zorgnota 2003 en de toelichting op de beleidsartikelen en de verdiepingsbijlage van de Begroting VWS 2003.

Het bovenste deel van tabel 1 geeft aan hoe het Budgettair Kader Zorg (BKZ) voor deze regeerperiode is samengesteld, uitgaande van de geraamde netto-BKZ-uitgaven in de Zorgnota 2002. Ten eerste is nog tot een aantal intensiveringen besloten in het kader van de Voorjaarsnota 2002, onder andere op het gebied van extra productie, agio's en onderzoek voor weesgeneesmiddelen. Hierover bent u reeds uitvoeriger geïnformeerd bij Voorjaarsbrief Zorg 2002 en de Eerste suppletore wet 2002.

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

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

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

Bij de aanwending van het netto-BKZ, stand Strategisch Akkoord (tweede deel van de tabel), is allereerst uitgegaan van een autonoom voorziene volumegroei van 2,5% per jaar. De volumegroei is bedoeld om het zorgaanbod gelijke tred te laten houden met

TABEL 1

Uitgavenontwikkeling Zorgnota 2003

in € mln

<i>samenstelling netto BKZ</i>	2002	2003	2004	2005	2006
stand Zorgnota 2002	36.680,3	38.896,5	40.885,5	42.917,1	44.952,7
mutaties Voorjaarsnota 2002	628,4	500,2	508,6	511,1	518,9
stand Voorjaarsnota 2002	37.308,8	39.396,7	41.394,1	43.428,2	45.471,6
mutaties basisstand Strategisch Akkoord	--	554,0	848,4	1.342,9	2.390,4
basisstand Strategisch Akkoord	--	39.950,7	42.242,5	44.771,1	47.862,0
CPB doorrekening Strategisch Akkoord	--	105,0	-60,5	-340,2	-968,0
intensivering Strategisch Akkoord	--	708,0	884,0	1.064,0	1.234,0
<i>waarvan:</i>	--	708,0	714,0	714,0	714,0
- <i>extra productie 2001 en 2002</i>	--	708,0	714,0	714,0	714,0
- <i>enveloppe</i>	--	0,0	170,0	350,0	520,0
ombuigingen Strategisch Akkoord	--	-288,5	-292,8	-496,9	-551,1
<i>waarvan:</i>	--	-280,0	-280,0	-280,0	-280,0
- <i>genesmiddelen</i>	--	-280,0	-280,0	-280,0	-280,0
- <i>efficiencykorting</i>	--	0,0	0,0	-50,0	-100,0
- <i>eigen risico</i>	--	0,0	0,0	-150,0	-150,0
- <i>overig</i>	--	-8,5	-12,8	-16,9	-21,1
stand Strategisch Akkoord	--	40.475,3	42.773,3	44.998,1	47.576,9
mutaties na Strategisch Akkoord	--	-241,0	-264,3	-184,0	-11,5
<i>waarvan:</i>	--	-205,8	-224,9	-139,1	31,8
- <i>mutaties MEV</i>	--	-205,8	-224,9	-139,1	31,8
- <i>technische mutaties</i>	--	-26,8	-26,7	-28,0	-26,4
- <i>versnelde invoering en verhoging</i>	--	-26,8	-26,7	-28,0	-26,4
- <i>subsidietaakstelling</i>	--	-8,4	-12,7	-16,9	-16,9
stand Zorgnota 2003	--	40.234,3	42.509,0	44.814,1	47.565,4
technische mutaties (opschoning overheidsuitgaven VWS)	--	-1.171,2	-1.180,0	-1.170,1	-1.198,2
technische mutaties (nieuw BKZ op financieringsbasis)	--	195,5	--	--	--
netto-BKZ uitgaven (nieuwe definitie)	--	39.258,6	41.329,0	43.644,0	46.367,2
aanwending netto-BKZ stand SA					
beginstand SA	-37.308,8	37.308,8	37.308,8	37.308,8	37.308,8
geactualiseerde basisgroei	--	2.715,2	5.045,8	7.292,4	9.640,8
<i>waarvan:</i>	--	865,3	1.900,1	2.989,2	4.179,4
- <i>volume bruto-BKZ</i>	--	865,3	1.900,1	2.989,2	4.179,4
- <i>nominaal bruto BKZ</i>	--	2.013,0	3.394,9	4.633,3	5.862,9
- <i>eigen betalingen</i>	--	-163,1	-249,2	-330,1	-401,5
intensivering Strategisch Akkoord	--	708,0	714,0	714,0	714,0
<i>productie 2001</i>	--	370,0	370,0	370,0	370,0
<i>extra productie 2002</i>	--	291,0	291,0	291,0	291,0
<i>overig</i>	--	47,0	53,0	53,0	53,0
ombuigingen Strategisch Akkoord	--	-288,5	-292,8	-496,9	-551,1
<i>waarvan:</i>	--	-280,0	-280,0	-280,0	-280,0
- <i>genesmiddelen</i>	--	-280,0	-280,0	-280,0	-280,0
- <i>efficiencykorting</i>	--	0,0	0,0	-50,0	-100,0
- <i>eigen risico</i>	--	0,0	0,0	-150,0	-150,0
- <i>overig</i>	--	-8,5	-12,8	-16,9	-21,1
overig	--	31,8	-2,6	87,6	86,6
reservering aanvullende post bouw/extra productie	--	--	--	92,2	377,8
stand Strategisch Akkoord	--	40.475,3	42.773,3	44.998,1	47.576,9

bron: VWS

vergrijzings- en innovatieontwikkelingen en, tezamen met de middelen voor extra productie van € 708 mln, het huidige productieniveau ook in 2006 in stand te houden. Het deel dat nodig is voor de opvang van de effecten van de demografische ontwikkeling, de bevolkingsgroei en de vergrijzing is over de verschillende zorgsectoren verdeeld op basis van de studie 'Kosten van Ziekten' (RIVM, 1999). Voor genees- en hulpmiddelen is uitgegaan van respectievelijk 11% en 9,5% basisgroei (inclusief nominale ontwikkeling). Dit is in het verleden een realistische groei gebleken. Het restant van de autonome volumegroei is naar rato van de omvang van de premiegefinancierde uitgaven toegedeeld aan de zorgsectoren waarop de wachtlijstaanpak van toepassing is: curatieve zorg, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en verpleging en verzorging. De budgettaire gevolgen van het zorgbeleid van Paars II zijn, voor zover deze al expliciet bekend waren, overgenomen in de groeicijfers. Wel zijn de ramingen van bijvoorbeeld de instandhoudingsbouw en de eigen betalingen AWBZ en particulier geactualiseerd. Ter actualisatie van de basisgroei wordt in 2004 en 2005 een bedrag van circa € 150 mln ingezet uit de in het Strategisch Akkoord toegekende enveloppe. Naast de basisgroei zijn in het tweede deel van de tabel nogmaals de intensiveringen en de ombuigingen uit het Strategische Akkoord opgenomen. De aanvullende maatregelen waartoe het kabinet na het Strategisch Akkoord heeft besloten zijn in dit deel van de tabel niet meegenomen.

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

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

28321 XVI, nr.1-2).

Vervolgens zijn de meerjarige doorwerking mutaties Voorjaarsnota opgenomen (onder meer de meer-kosten weesgeneesmiddelen en de overheveling vanuit het gemeentefonds in verband met kinderopvang).

Verder zijn de mutaties met betrekking tot het Strategisch Akkoord en de aanvullende maatregelen opgenomen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABEL 2

Uitgavenontwikkeling Begroting 2003

<i>in € 1000</i>	2003	2004	2005	2006
stand Ontwerpbegroting 2002	8.218.148	8.266.826	8.324.138	8.421.057
zorg	1.110.108	1.092.733	1.078.754	1.078.982
welzijn	1.241.570	1.219.007	1.201.147	1.202.839
sport	73.288	74.042	74.344	74.344
P&M	135.522	134.384	130.230	130.230
rijksbijdrage	5.657.663	5.746.663	5.839.663	5.934.662
mutaties Voorjaarsnota 2002	285.798	281.982	280.661	280.600
doorwerking mutaties voorjaarsnota	212.143	218.993	225.882	219.620
mutaties Strategisch Akkoord	-130.221	-123.626	-2.148.971	-2.166.716
efficiency/volumetaakstelling collectieve sector	-2.520	-5.140	-7.710	-10.280
vermindering inhuur externen	-5.738	-5.738	-5.738	-5.738
generieke subsidietaakstelling	-4.225	-8.450	-12.675	-16.850
25% van de Prijsbijstelling 2002	9.651	9.617	9.594	9.594
terugtrekken rijksbijdrage ZFW	--	--	-3.300.000	-3.300.000
rijksbijdrage ziektekosten kinderen	--	--	1.300.000	1.300.000
kinderopvang	-177.200	-176.800	-195.200	-206.200
Wet Voorziening Gehandicapten	49.811	62.885	62.758	62.758
aanvullende maatregelen	-726.950	-731.175	-17.350	-16.850
versnelling en verhoging subsidietaakstelling	-8.450	-12.675	-16.850	-16.850
versnelling volume-taakstelling	-500	-500	-500	--
verlaging Rijksbijdrage	-718.000	-718.000	--	--
overige beleidsmatige en technische mutaties	1.774.516	2.011.976	2.528.316	2.789.516
stand Ontwerpbegroting 2003	9.633.434	9.924.976	9.192.676	9.527.227

bron: VWS

TABEL 3

Mutaties sinds de 1^e suppletore begroting 2002

<i>bedragen x € 1.000</i>	2003	2004	2005	2006
aanpassing BIKK AWBZ	1.764.900	2.006.500	2.52.900	2.787.900
het stimuleren van translationeel onderzoek	2.000	2.700	3.200	3.200
de oprichting en exploitatie van de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA)	13.000	7.250	7.250	7.250
de aanvulling van de liquiditeit van ZorgOnderzoek Nederland	18.500	7.500	--	--
overboeking jeugdgezondheidszorg 0- tot 4-jarigen naar Gemeentefonds	-15.800	-15.800	-15.800	-15.800
het werven van orgaandonoren en het verkorten van de wachtlijsten voor orgaandonaties	3.160	3.010	3.010	3.010
de oprichting van de Stichting Nationaal Instituut in de Zorg (NICTIZ)	2.500	5.000	5.000	5.000

bron: VWS

BELEIDSPROGRAMMA 2002–2006

<i>nummer</i>	<i>voornemen (SA)</i>	<i>doelen</i>	<i>acties</i>
1	versterking van de collectieve en individuele preventie bij de volksgezondheid	zorgcapaciteit voor niet-voorkoombare ziekten vrijmaken door preventie (voorkomen is beter dan genezen)	diverse initiatieven waaronder productie Nota Gezondheidsbeleid
2	evaluatie wet levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding	evalueren van de euthanasiepraktijk en wet	uitvoeren evaluatieonderzoek
3	evaluatie wet afbreking zwangerschap	evalueren abortuspraktijk en WAZ	uitvoeren evaluatieonderzoek
4	uitbouw VWA tot een (daad)krachtige organisatie voor voedsel- en productveiligheid	waarborgen van een hoog beschermingsniveau van de consument	integratie KvW en RVV, concretisering taken en agentschapsvorming afronden
5	onderzoek naar nieuwe mogelijkheden om genezing te brengen kan veel rechtvaardigen, maar niet alles	grenzen stellen vanuit respect voor en bescherming van het leven	opstellen integraal ethisch toetsingskader
6	terugdringing van wachttijden	a verhoging productiviteit, flexibiliteit en doelmatigheid van zorg (door het wegnemen van belemmeringen voor productie)	<ul style="list-style-type: none"> - verzekeraars en zorgkantoren nadrukkelijk houden aan hun grote verantwoordelijkheden en wijzen op hun nog toenemende bevoegdheden - verzekeraars geven per kwartaal inzicht in de wachttijden voor de behandeling van levensbedreigende ziekten - goede afstemming tussen AWBZ en ZFW - stimulering regionale experimenten - deregulering - terugdringing bureaucratie - verhogen opleidingscapaciteit - bevorderen aantrekkelijkheid van zorg en beroepen - vermindering werkdruk en ziekteverzuim - verbeteren informatievoorziening en transparantie - vermindering administratieve lasten - stimuleren inkoop zorg in het buitenland - bevordering innovatie en ICT

<i>actoren</i>	<i>deadline</i>	<i>budget volgens SA</i>
VNG, gemeenten, zorgaanbieders, koepels	nota voor 1 januari 2003 naar de Tweede Kamer	
	na afronding evaluatieonderzoek wordt werkplan met deadlines opgesteld, resultaten evaluatie euthanasiepraktijk worden in 2003 verwacht	
Stisan, NISSO	na afronding evaluatieonderzoek wordt werkplan met deadlines opgesteld	
diverse maatschappelijke organisaties	volledig operationeel in 2005	in 2002 is hiervoor € 2 mln, in 2003 € 13 mln en vanaf 2004 € 4 mln aan extra middelen gereserveerd
CCMO, Cogem, patiëntenverenigingen, koepels van de industrie, Platform Medische Biotechnologie, Forum Genetica, Gezondheid en Gezondheidszorg	brief met stand van zaken voor 1 januari 2003 naar Tweede Kamer	
CTG, ZN, zorgaanbieders, stuurgroep DBC 2003, betrokken veldpartijen, college's (CVZ, CTG, CTZ, CBZ), zorgkantoren en RIO's	actieprogramma november 2002 gefaseerde realisatie per 1 januari 2003	met het SA is een volumegroei van 2,5% beschikbaar gesteld om het huidige productieniveau in stand te houden en daarnaast gelijke tred te houden met vergrijzing en innovatieontwikkelingen, daarnaast zijn extra middelen beschikbaar gesteld ten opzichte van de zorgnota 2002 (€ 993,3 mln in 2002 en vanaf 2003 € 1.023,3 mln per jaar)
	implementatieplan op rapport commissie De Beer najaar 2002	

BELEIDSPROGRAMMA 2002–2006 (vervolg)

nummer	voornemen (SA)	doelen	acties
6 (vervolg)		<p>b invoering van prestatiebekostiging</p> <p>c bevordering (nieuw) zorgaanbod</p>	<ul style="list-style-type: none"> - aanbrengen van veranderingen in functiegerichte budgettering van ziekenhuizen en ZBC's en lumpsumbekostiging van specialisten - DBC's: maatregelen ter versterking van de prestatiefinanciering - scheppen van randvoorwaarden om de productiviteit van medisch specialisten te laten stijgen; instellen van een meetstelsel om productiviteit te meten - invoeren prestatiegerichte en functiegerichte bekostiging AWBZ - stimulering toetreding nieuwe zorgaanbieders op AWBZ-markt, ontschotting binnen AWBZ door middel van AWBZ brede functies, gebruik PGB en scheiden van wonen en zorg en bevordering kwaliteit van zorg
7	invoering van een verplichte algemene verzekering voor curatieve zorg	verbetering van de werking van het zorgstelsel door het versterken van de zorginkoopfunctie van verzekeraars en verbetering van keuzemogelijkheden voor verzekerden, onder waarborging van solidariteit, toegankelijkheid, kwaliteit en budgettaire beheersbaarheid	<ul style="list-style-type: none"> - nadere besluitvorming over juridische vormgeving als eerstkomende stap - voorbereiding wetsvoorstel - nader onderzoek op een aantal deelterreinen - invoeringsstrategie en overleg met partijen als onderdeel van plan van aanpak - invoering eigen risico - terugtrekken rijksbijdrage ZFW - invoeren rijksbijdrage voor kinderen tot 18 jaar - versnelling van nominalisatie ziekenfondspremie per 1 januari 2003 - invoeren van een zorgtoeslag ter compensatie van inkomenseffecten
8	versterking vraagsturing, keuzevrijheid en doelmatigheid in AWBZ	vergroting keuzemogelijkheden AWBZ-verzekerden (door keuze zorg in natura en PGB) en vergroting zeggenschap burgers	<ul style="list-style-type: none"> - invoering nieuwe, op functies gebaseerde van vereenvoudigde AWBZ-brede PGB regeling per 1 januari 2003 - ontschotting en vereenvoudiging toelating nieuwe aanbieders door toelating en op AWBZ-brede functies - invoering functiegerichte indicatiestelling - aanpassen regelgeving gelet op invoering functies (Besluit zorgaanpak) - ontwikkelen instrumentarium AWBZ brede zorgregistratie voor inzicht in vraag-/wachtlijsten ten behoeve van verzekeraarfuncties zorgtoewijzing en zorginkoop - modeltrajecten voor uittesten en 'gereedschap': facilitering uitvoerders AWBZ (model protocollen, formulieren, et cetera)

*actoren**deadline**budget volgens SA*

gefaseerde realisatie per 1 januari 2003

gefaseerde realisatie per 1 januari 2003

gefaseerde realisatie per 1 januari 2003

functionele aanspraken AWBZ en toelating op basis van functies vanaf 1 januari 2003

maatschappelijke organisaties, (organisaties van) patiënten/consumenten, verzekeraars, zorgaanbieders en betrokken uitvoering instanties

invoering in 2005. Plan van aanpak op hoofdlijnen najaar 2002

- invoering eigen risico: € 150 mln vanaf 2005
- terugtrekken rijksbijdrage ZFW: € 3,3 mld vanaf 2005
- invoering rijksbijdrage voor kinderen: € 1,3 mld vanaf 2005
- versnelling nominalisatie ziekenfondspremie: € 718 mln in 2003 en 2004

partijen zorgketen (patiënten/cliënten, indicatieorganen, zorgkantoren, verzekeraars en zorgaanbieders) en bijbehorende koepelorganisaties en Colleges (CVZ, CTG, CTZ, CBZ)

- per 1 januari 2003 inwerkingtreding van Besluit Zorgaanspraken en aanverwante wetgeving
- gefaseerde realisatie functiegerichte bekostiging vanaf 1 januari 2003

voor het project modernisering AWBZ is € 17 mln in 2003 en € 11 mln in 2004 beschikbaar

- plan van aanpak verdere implementatie AWBZ brede zorgregistratie november 2002

- modeltrajecten: 2002–2003.

BELEIDSPROGRAMMA 2002–2006 *(vervolg)*

<i>nummer</i>	<i>voornemen (SA)</i>	<i>doelen</i>	<i>acties</i>
9	plan van aanpak tot vergroting van aantrekkelijkheid van beroep van huisarts	creëren van noodzakelijke afstemming en flexibiliteit eerstelijns gezondheidszorg: herinrichting van de eerste lijnsgezondheidszorg terugdringen (toekomstig) tekort aan huisartsen	formuleren van standpunt op rapport commissie-Van der Grinten en in relatie tot (het reeds gezonden standpunt op) de commissie-Tabaksblat
10	onderbrengen palliatieve zorg bij AWBZ	betere organisatie en kwaliteit van de zorg	voorstel tot overheveling uitwerken
11	overheveling WVG van SZW naar VWS	herijking onderbrenging WVG bij VWS op basis van bouwstenennotitie	op basis van bouwstenennotitie een plan uitwerken
12	komen tot integraal en resultaatgericht jeugdbeleid: aanpakken en opvoeden (in relatie tot pagina's 4, 5, 8, 12, 14 en 24 van het SA) (Het drama in Roermond en het onderzoek van de IJHV/JB benadrukt de noodzaak van een integrale aanpak)	<ul style="list-style-type: none"> - ontsporing van jeugd stoppen (bestrijden jeugdcriminaliteit) - uitval van jeugd tegengaan (verminderen schooluitval) - kansen van jeugd vergroten (preventie): <ul style="list-style-type: none"> - voorkomen kindermishandeling - versterken opvoedingsstructuur - terugdringen onderwijsachterstanden - verbeteren aansluiting onderwijs en vrije tijdvoorzieningen - ontbureaucratiseren jeugdbeleid 	<ul style="list-style-type: none"> - tot stand brengen sluitende jeugdketen: <ul style="list-style-type: none"> - eenduidig beleggen signaleringsfunctie - versterken preventieve aanpak (opvoedingsondersteuning, invoering CtC) - vastleggen resultaatafspraken met gemeenten inzake VVE - stimulering brede scholen, sport, buurt opstellen integrale jeugdagenda <ul style="list-style-type: none"> - doelstellingen op rijksniveau harmoniseren - belemmeringen in regelgeving wegnemen - geldstromen bundelen
13	in het geval van verslaafden die veelvuldig misdrijven plegen wordt het beleid van verplichte ontwenning uitgebreid	vergroten mogelijkheden drangbehandeling	evaluatie strafrechtelijke opvang verslaafden, uitbreiden capaciteit drangvoorzieningen en afspraken tussen OM/Justitie en verslavingszorg over opnamegaranties
14	<ul style="list-style-type: none"> - voortzetten ontmoedigingsbeleid softdrugs - naleven criteria coffeeshops (voortouw Justitie) - stopzetten testen XTC op party's 	ontmoedigen drugsgebruik en voorkomen overlast door druggebruikers	<ul style="list-style-type: none"> - voortzetten programma 'gezonde school en genotmiddelen' - versterking handhaving - richtlijn aanpassen, onderzoek versterking monitoring uitgaansdrugs uitvoeren

*actoren**deadline**budget volgens SA*

LHV, betrokken beroepsgroepen 1^e lijnszorg en verwante organisaties zoals ZN en CTG

brief aan de Tweede Kamer met plan van aanpak volgt najaar 2002. Conform opgave zorgnota: Stuurgroep huisartsen voor de korte termijn en een stuurgroep eerstelijnszorg voor middellange en lange termijn

CvZ en andere betrokkenen

inventarisatie van onderbrenging palliatieve zorg bij AWBZ: najaar 2002

VNG

plan gereed in voorjaar 2003

VNG, IPO en en veldorganisaties uit betrokken sectoren

start pilots: 1 januari 2003, nulmeting 1 januari 2003, vastleggen jeugdagenda in overhedenoverleg: voorjaar 2003
evaluatie pilots 1 januari 2004, wijziging wet- en regelgeving: 1 januari 2005

GGZ Nederland, Verslavings-reclassering

eind 2006 evaluatie strafrechtelijke opvang verslaafden afgerond

Trimbos-instituut, gemeenten, politie

- continu, financiering gezonde school voor 1 oktober 2002
- nog nader te bepalen
- zo spoedig mogelijk, onderzoek gereed mei 2003

BELEIDSPROGRAMMA 2002–2006 *(vervolg)*

<i>nummer</i>	<i>voornemen (SA)</i>	<i>doelen</i>	<i>acties</i>
15	afremming groei geneesmiddelenuitgaven	verstandige inzet van collectieve middelen door het creëren van gezonde marktverhoudingen en verbetering kostenbaten verhouding geneesmiddelenuitgaven	uitwerken voorstel tot pakketbeperking en vergroting van prijsconcurrentie en vastleggen verantwoordelijkheden van verzekeraars
16	efficiencykorting zorg	verhogen efficiency in de zorg door verminderen bureaucratie	taakstelling op de apparaatskosten voor bestuur en beheer in 2005 en 2006 en verder
17	incidentele loonontwikkeling (ILO)	een marktconforme incidentele loonontwikkeling	verlaging van de vergoeding voor ILO van 0,6% naar 0,5%
18	niet uitdelen 75% prijsbijstelling	een bijdrage leveren aan uitgavenverhogingen op de Rijksbegroting	naar rato toedelen van 25% van de prijsbijstelling
19	generieke subsidietaakstelling	een kritische herbezinning van overheids-subsidies	taakstelling wordt zo spoedig mogelijk concreet ingevuld
20	efficiency-/volumetaakstelling collectieve sector	verhogen efficiency en verminderen volume van P&M-uitgaven VWS	taakstelling wordt zo spoedig mogelijk concreet ingevuld
21	vermindering inhuur externen	verhogen efficiency kerndepartement VWS	taakstelling wordt zo spoedig mogelijk concreet ingevuld

*actoren**deadline**budget volgens SA*

CTG, KNMP, ZN, NMA, CvZ

invoering per 1 januari 2003
voorstel klaar op 1 september 2002

taakstelling € 280 mln vanaf 2003

CVZ, CTZ, CTG, CBZ, koepels,
zorgverzekeraars, zorgaanbieders

gefaseerde realisatie per 1 januari 2005

taakstelling van € 50 mln in 2005 en
€ 100 mln in 2006 en verder

sociale partners

vanaf 2003

besparing van € 20,8 mln per jaar vanaf 2003

diverse maatschappelijke organisaties in
zorg, welzijn en sport

vanaf 2003

besparing van circa € 28 mln vanaf 2003

diverse maatschappelijke organisaties in
zorg, welzijn en sportde Staten-Generaal worden uiterlijk bij
Voorjaarsnota 2003 geïnformeerdbesparing van circa € 12,7 mln vanaf 2003,
oplopend tot € 33,7 mln in 2006de Staten-Generaal worden uiterlijk bij
Voorjaarsnota 2003 geïnformeerdbesparing van € 3 mln vanaf 2003 oplopend
tot € 10,3 mln in 2006de Staten-Generaal worden uiterlijk bij
Voorjaarsnota 2003 geïnformeerd

besparing van € 5,7 mln vanaf 2003

Uitgave

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Postadres

Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Bezoekadres

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

Publieksvoorlichting

Meer exemplaren van deze brochure kunt u
bestellen bij de afdeling Publieksvoorlichting
van het ministerie van VWS.
Telefoon (070) 340 78 90

Internetadres

www.minvws.nl

September 2002