



Beleidsagenda 2004

Keuzes voor een
houdbare en beter
presterende zorg



Beleidsagenda 2004

Keuzes voor een houdbare en beter presterende zorg

Den Haag, september 2003

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Inhoud

	pagina	
1	Introductie	3
2	Zorg: toegankelijk, solidair, betaalbaar, doelmatig	5
3	Meer eigen verantwoordelijkheid burgers	11
4	Vernieuwen zorgstelsel: meer verantwoordelijkheid aanbieders en verzekeraars	17
5	Minder regels en administratieve lasten	21
6	Meer zorg leveren – wachttijden terugdringen	23
7	Werken en opleiden in de zorg	27
8	Innovatie, kwaliteit, kennis en ICT	29
9	Kwaliteit van leven: ethische vraagstukken	33
10	Gezondheidsbevordering en publieke gezondheid	35
11	Nederlands voorzitterschap Europese Unie	37
12	Sport	39
13	Leefbaarheid en welzijn	41
14	Impuls jeugd, maatschappelijke opvang en vrouwenopvang	43
15	Jeugd	45
16	Nieuw subsidiebeleid	47
17	Financieel beleid op hoofdlijnen	51

1 Introductie

De beleidsagenda en de begroting van VWS presenteren op diverse terreinen een aantal belangrijke keuzes voor de komende jaren. Dat geldt voor zaken als het aanpassen van het zorgstelsel, het verleggen van verantwoordelijkheden, minder regels, een andere leefstijl en gericht omgaan met subsidies.

In onze keuzes staan de termen 'houdbaarheid' en 'presteren' centraal. We gaan werken aan een zorgstelsel dat klaar is voor de toekomst en betaalbaar blijft. Beter presteren betekent dat instellingen met publieke middelen meer prestaties moeten leveren. Er komt meer nadruk te liggen op de eigen verantwoordelijkheid: van burgers, van instellingen in de zorg, van verzekeraars. De overheid stelt daarbij eisen en randvoorwaarden. Het is zaak dat alle betrokkenen op de VWS-terreinen met ons de noodzakelijke keuzes maken voor houdbaarheid en betere prestaties.

Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



H. Hoogervorst

Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



drs. Clémence Ross-van Dorp

2 Zorg: toegankelijk, solidair, betaalbaar, doelmatig

De zorg in Nederland moet toegankelijk, solidair, betaalbaar en doelmatig zijn. Dit blijven de belangrijkste uitgangspunten van ons zorgstelsel. De Nederlandse burger heeft recht op een adequaat en kwalitatief goed zorgaanbod, waarbij verschillen in leeftijd, gezondheidsrisico's en inkomen niet mogen leiden tot onaanvaardbare verschillen in de toegang tot de zorg. Tegelijkertijd mogen de kosten van de gezondheidszorg niet te zwaar drukken op de economie en de koopkracht van de burger.

Toegankelijkheid, solidariteit, betaalbaarheid en doelmatigheid staan in veel opzichten op gespannen voet met elkaar. Lage eigen betalingen zijn goed voor de toegankelijkheid, maar leiden al snel tot hoge medische consumptie. Inkomensafhankelijke premies zijn goed voor de solidariteit, maar zijn slecht voor het kostenbesef. In de meeste zorgstelsels wordt daarom continu gesleuteld aan kostenbeheersing. Dit kan vervolgens weer leiden tot extra bureaucratie en onaanvaardbare wachttijden voor noodzakelijke zorg, zoals wij ook in ons land hebben ervaren.

Bijna alle lidstaten van de Europese Unie hebben moeite om toegankelijkheid, solidariteit, betaalbaarheid en doelmatigheid met elkaar te combineren. De meeste Europese landen hebben ernstiger problemen met wachtlijsten dan wij in Nederland. De weinige landen die geen wachtlijsten van betekenis hebben, lopen op tegen grote problemen om de zorg betaalbaar te houden. Bovendien heeft de hele Europese Unie te maken met een dubbele vergrijzingsgolf (meer ouderen en langer levende ouderen) die een enorme sociaal-economische invloed op onze samenlevingen heeft. Tenslotte stijgen de zorguitgaven sterk door de snelle ontwikkeling van de medische technologie en door het verschijnsel dat naarmate een samenleving rijker wordt, de zorgconsumptie nog sneller toeneemt.

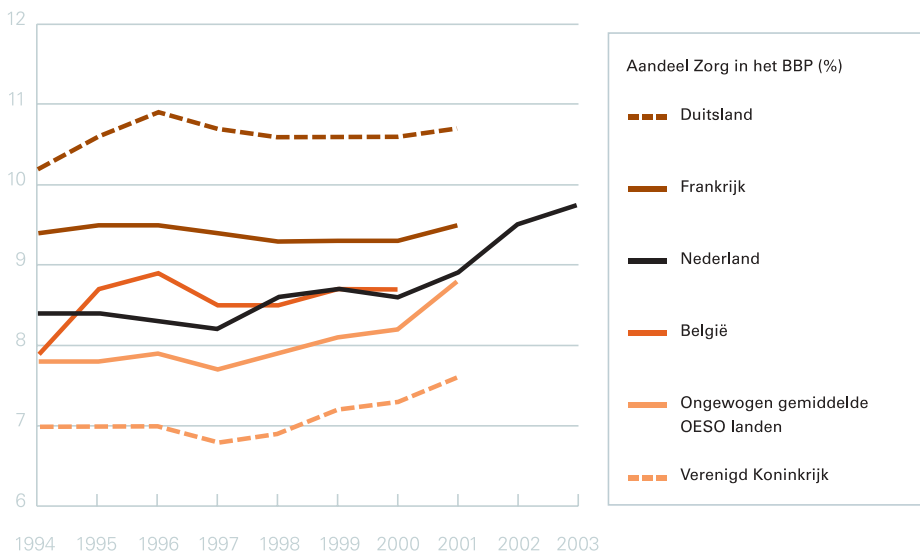
Houdbaarheid van het stelsel veiligstellen

De zorguitgaven stijgen de laatste jaren fors. In 2001 en 2002 groeide het zorgvolume in totaal met ruim 14 procent. De reële economische groei bedroeg in die periode in totaal zo'n 1,5 procent. De zorguitgaven stegen in die jaren dus bijna tien keer zo snel als de grondslag waaruit ze gefinancierd moeten worden.

Ook de burger heeft de gevolgen van de groei van de zorguitgaven in zijn portemonnee gemerkt. De modale werknemer heeft zijn wettelijke zorgpremies sinds 1997 ruim € 200 per maand zien stijgen tot € 467 per maand in 2003; dit is een stijging van bijna 80 procent in een periode waarin het inkomen van diezelfde werknemer met 25 procent toenam. Dit groeitempo moet afgeremd worden.

Door de kostenstijging beslaan de zorguitgaven een steeds groter deel van het Bruto Binnenlands Product (BBP). De zogenoemde zorgquote (aandeel van de zorguitgaven in het BBP) loopt snel op: van zo'n 8,5 procent in 2000 naar (geraamd) 9,75 procent in 2003. Gemiddeld gaven de westerse (OESO-) landen in 2001 8,5 procent van het BBP uit aan zorg.

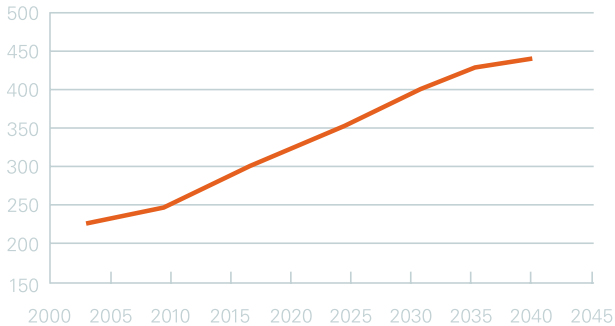
Figuur 1 Internationale vergelijking aandeel zorg in Bruto Binnenlands Product



Bron: VWS, 2003

Daarnaast zijn er nog twee redenen voor waakzaamheid. Ten eerste heeft Nederland nu nog een relatief jonge bevolking en moeten voor ons de echte kosten van de vergrijzing nog komen; landen als Duitsland en Frankrijk worden er daarentegen nu al mee geconfronteerd. Maar al in het jaar 2010 telt ons land 1,1 miljoen 75-plussers. Het aantal 65-plussers stijgt ten opzichte van het aantal werkenden flink.

Figuur 2 Vergrijzing; aantal 65-plussers per duizend 20-65 jarigen



Bron: VWS, 2003

Ten tweede wijst een OESO-studie erop dat onze care-voorzieningen (voor verplegen en verzorgen van met name ouderen en gehandicapten) tot de ruimste in Europa behoren, ook als is het moeilijk om een precieze vergelijking te maken. Met de komende vergrijzing tikt dit extra hard aan en stelt het ons financieel voor een grotere opgave dan onze Europese partners, terwijl we nu reeds tot de duurste landen behoren. Kortom, het Nederlandse zorgstelsel is op dit moment niet toekomstbestendig. Het is dus zaak evenwicht te zoeken tussen de omvang en de noodzaak van de voorzieningen, de kwaliteit daarvan en de betaalbaarheid.

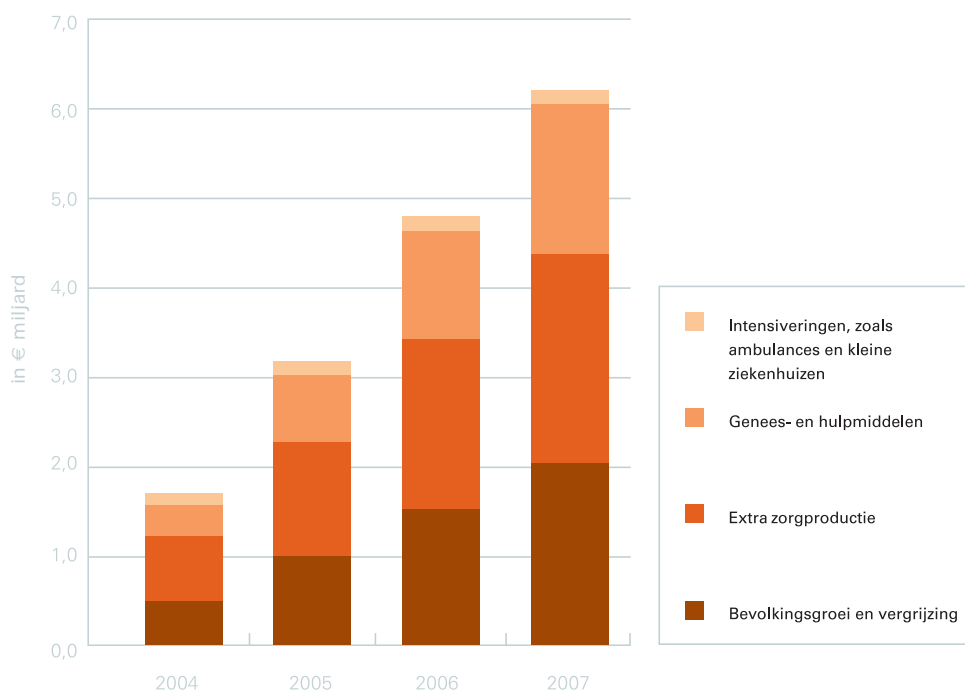
Structurele hervorming noodzakelijk

Zowel de uitdaging die de vergrijzing ons op langere termijn stelt, als de huidige financieel-economische situatie van Nederland dwingen ons tot heldere keuzes. Het hoofdlijnenakkoord van het nieuwe kabinet bevat stringente budgettaire afspraken voor de komende kabinetsperiode. Daarnaast moeten de kosten van extra wachtlijstproductie worden opgevangen en kiezen wij er ook voor ruimte te creëren voor intensiveringen. Tot slot moeten nog enkele bezuinigingen die door vorige kabinetten zijn ingeboekt, maar nooit zijn ingevuld, nu daadwerkelijk gerealiseerd worden. In totaal moet er in 2004 ongeveer € 2,3 miljard worden bezuinigd op de uitgaven die uit zorgpremies worden betaald.

Wij kiezen ervoor deze bezuinigingen in te bedden in een structurele hervorming van het Nederlandse zorgstelsel. Deze hervorming heeft tot doel ons stelsel op lange termijn veilig te stellen door toegankelijkheid, solidariteit en betaalbaarheid beter met elkaar in balans te brengen en het systeem doelmatig te maken.

De kern van de zaak is dat er meer eigen verantwoordelijkheid moet komen bij zowel de zorgconsument als de zorgaanbieder. Wil de solidariteit in het stelsel blijven bestaan, dan moet de collectieve verantwoordelijkheid minder worden belast. Om dit nieuwe evenwicht te bereiken, krijgen burgers te maken met hogere eigen betalingen bij het gebruik van de zorg. Dit betekent dat de financiële verantwoordelijkheid van burgers toeneemt. De verzekeraars en de zorgaanbieders moeten in het stelsel meer met elkaar concurreren om doelmatiger te werken, meer oog hebben voor de klant en minder afhankelijk worden van 'Den Haag'. Gesubsidieerde instellingen moeten leren meer op eigen benen te staan. In het nieuwe evenwicht wordt de solidariteit bewaakt door publieke garanties in het zorgstelsel en het inkomensbeleid.

Figuur 3 Extra zorguitgaven¹



Bron: VWS, 2003

¹ Dit zijn de verwachte extra (volume)uitgaven voor de zorg. Hierbij is geen rekening is gehouden met loon- en prijsbijstelling, noch met het effect van de voorgenomen bezuinigingen uit figuur 5. Deze effecten zijn wel verwerkt in figuur 12 op pagina 51.

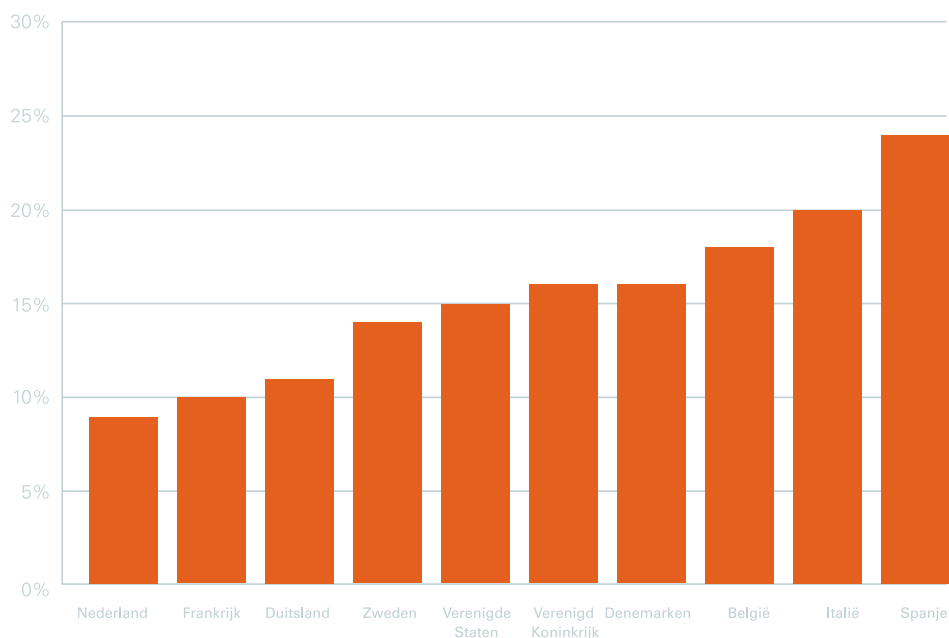
Deze begroting bevat stevige maatregelen, maar er is ook extra ruimte. Ten eerste stijgen de zorguitgaven de komende vier jaar nog altijd met ruim € 6 miljard, onder andere om de vergrijzingskosten op te vangen. Ten tweede hebben wij geld vrijgemaakt voor extra zorgproductie om de wachtlijsten terug te dringen. In 2004 gaat het alleen al om € 500 miljoen. En ten derde is er extra geld om meer te doen aan een aantal belangrijke zaken zoals het verbeteren van bereikbaarheid van de zorg, jeugd, maatschappelijke opvang, kwaliteit en opleidingen, ICT-investeringen en het voorkomen van ziekten.



3 Meer eigen verantwoordelijkheid burgers

Het Nederlandse systeem van gezondheidszorg wijkt op een aantal punten af van veel andere landen: Nederland kent in vergelijking met andere landen geringe verplichte eigen bijdragen; niettemin krijgt de verzekerde een relatief breed pakket van zorgvoorzieningen. Dat is een extra reden om bij de keuze van de maatregelen sterk te appelleren aan de eigen verantwoordelijkheid van de burger om zo een nieuw evenwicht te bereiken.

Figuur 4 Eigen betalingen als aandeel in zorgkosten



Bron: VWS, 2003

De periode tot 2007, waarvan de begroting voor 2004 de eerste stap is, wordt zeker niet gemakkelijk. Maar niets doen is geen alternatief. De burger mag wél verwachten dat de lasten evenwichtig worden verdeeld en dat er daarnaast zichtbare verbeteringen optreden: meer zorg, minder regels, en zichtbaar werken aan meer kwaliteit. Die balans, tussen stevige maatregelen en verbeteringen, is de uitdaging waarvoor wij de komende jaren staan.

Wij gaan een ingrijpend veranderingsproces in en dat vraagt om duidelijk beleid vanuit VWS. Wij nemen die taak op ons, in de wetenschap dat wij de uitdagingen alleen aan kunnen in goede samenwerking met het 'veld': verzekeraars, instellingen en hun medewerkers, cliënten en hun organisaties en tezamen met andere overheden.

Het kabinet kiest ervoor de burger meer eigen verantwoordelijkheid te geven voor de zorguitgaven door het wettelijk verzekerde pakket te versmallen en eigen bijdragen te verhogen. Dit zal leiden tot meer kostenbewustzijn, afremmen van de zorgconsumptie.

De maatregelen hebben voor een belangrijk deel betrekking op het pakket van de zorgverzekering. Maar ook in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) worden maatregelen genomen. De randvoorwaarden bij het kiezen van de maatregelen zijn:

- Zo min mogelijk beperken van echt noodzakelijke medische zorg
- Acceptabele effecten voor chronisch zieken
- Acceptabele gevolgen voor het besteedbaar inkomen
- Eenvoudig en uitvoerbaar

De eerste randvoorwaarde houdt in dat wie ziek is of zorg nodig heeft, geholpen moet kunnen worden. We kiezen vooral voor maatregelen die niet direct met ziekten/aandoeningen te maken hebben die het maatschappelijk functioneren belemmeren, dan wel voor maatregelen die verzekerden zelf kunnen opvangen. Daarnaast speelt bij onze afwegingen een rol of de zorg naar verwachting te herverzekeren is en of de maatregel voor bepaalde groepen door flankerend beleid kan worden verzacht. De combinatie van deze uitgangspunten en randvoorwaarden leidt tot onderstaande maatregelen. Wij vinden die in het licht van de huidige, moeilijke economische omstandigheden en de noodzaak om ook voor de toekomst structureel naar het zorgstelsel te kijken, goed te verdedigen.

Pakketmaatregelen en eigen betalingen Ziekenfondswet

Per 1 januari 2004 gaat het voor de Ziekenfondswet om de volgende maatregelen. Om de gevolgen voor de burger op korte termijn zoveel mogelijk te beperken, gelden bij verschillende maatregelen overgangsregimes:

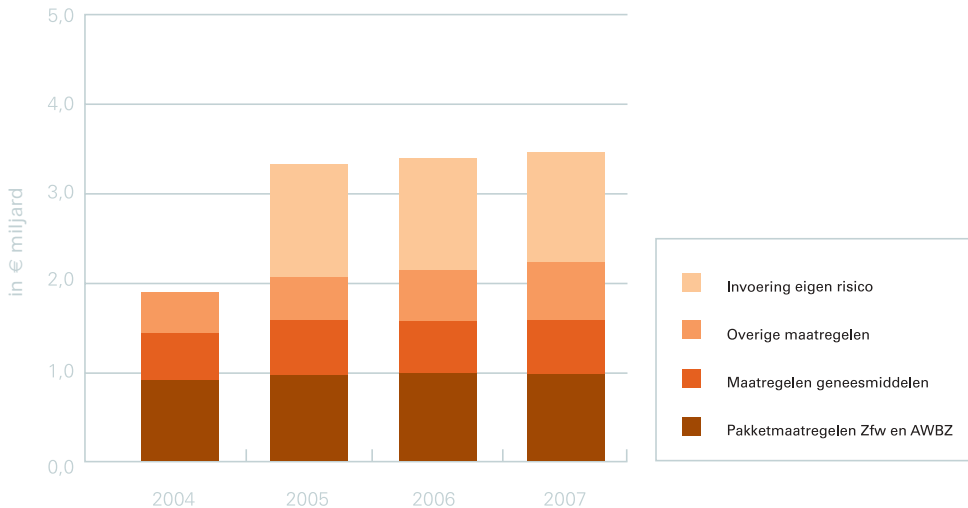
- Niet meer vergoeden van fysio- en oefentherapie vanaf 18 jaar, met uitzondering van chronisch zieken (zij krijgen vanaf tien behandelingen vergoed). Opbrengst: in 2004 € 375 miljoen (vanwege overgangsregime) en vanaf 2005 jaarlijks € 425 miljoen.
- Beperken van de vergoeding psychotherapie tot dertig behandelingen. Opbrengst: in 2004 € 74 miljoen (vanwege overgangsregime) en vanaf 2005 jaarlijks € 79 miljoen.
- Niet meer vergoeden van de eerste IVF-behandeling en bijbehorende medicatie. Opbrengst: vanaf 2004 jaarlijks € 30 miljoen.
- Niet meer vergoeden van de tandarts voor volwassenen (vanaf 18 jaar). Opbrengst: vanaf 2004 jaarlijks € 200 miljoen.
- Niet meer vergoeden van zelfzorggeneesmiddelen tenzij ze langer dan een jaar gebruikt worden. Zelfzorggeneesmiddelen zijn geneesmiddelen die zonder recept verkrijgbaar zijn. Dit levert vanaf 2004 jaarlijks € 60 miljoen op.
- Niet meer vergoeden van anticonceptie vanaf 21 jaar. Opbrengst: vanaf 2004 structureel € 70 miljoen.
- Niet meer vergoeden van het 'zittend' ziekenvervoer. Dit zijn kosten voor openbaar vervoer, taxi of eigen auto in verband met geneeskundige behandeling. Opbrengst: vanaf 2004 jaarlijks € 135 miljoen.
- Invoeren per 1 januari 2004 van de eigen bijdrage geneesmiddelen. Elke verzekerde betaalt voor ieder afgeleverd geneesmiddel op recept € 1,50 bij de apotheker. De verwachte jaarlijkse opbrengst hiervan is € 210 miljoen vanaf 2004.
- In 2005 wordt een eigen risico van € 200 ingevoerd in de Ziekenfondswet.

Maatregeling AWBZ

Per 1 januari 2004 gaat het voor de AWBZ om de volgende maatregelen:

- Verpleeghuizen en thuiszorginstellingen krijgen niet langer apart geld voor zorgvernieuwing. Dit levert vanaf 2004 jaarlijks € 170 miljoen op, waarvan € 100 miljoen gereserveerd wordt voor productie.
- Naast de middelen voor zorgvernieuwing (de lokale component) ontvangen thuiszorginstellingen ook de resterende niet aan productie gerelateerde middelen niet meer. Dit levert naar verwachting jaarlijks € 100 miljoen op.
- Verhogen van de eigen bijdragen intra- en extramurale AWBZ-zorg. Dit levert naar verwachting jaarlijks € 180 miljoen op.

Figuur 5 Opbrengst maatregelen



Bron: VWS, 2003

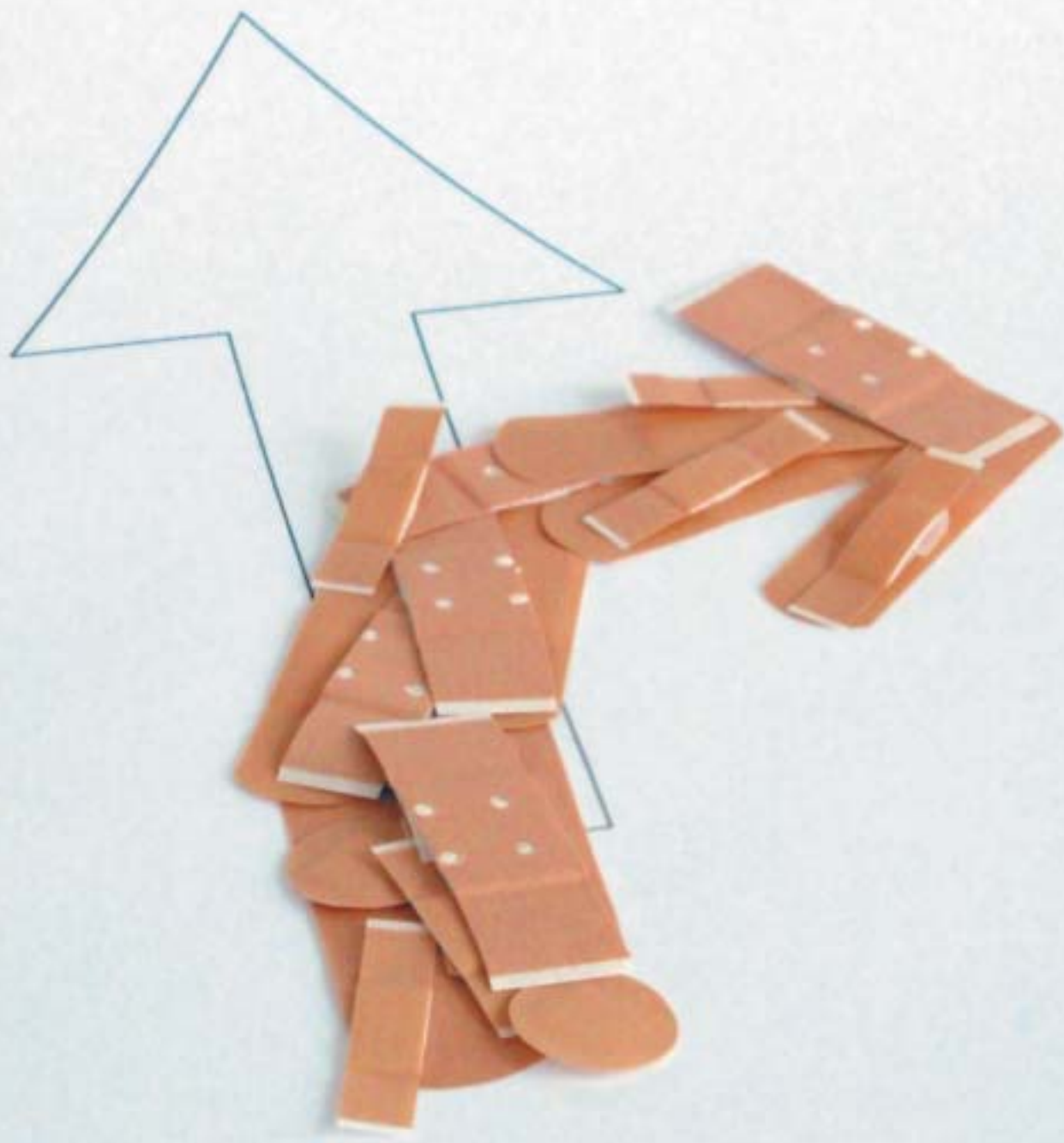
Tegemoetkoming kwetsbare groepen

Voor het niet langer vergoeden van het 'zittend ziekenvervoer' wordt een aparte maatregel getroffen om de effecten te verzachten. Hiervoor is in 2004 € 60 miljoen beschikbaar en vanaf 2005 € 70 miljoen structureel. De solidariteit in de zorg vereist dat groepen kwetsbare mensen, bijvoorbeeld chronisch zieken en mensen met een laag inkomen, speciale aandacht krijgen. Hiervoor bestaat al de fiscale regeling voor buitengewone uitgaven, zoals ziekte, invaliditeit en bevalling. Voor deze fiscale regeling komt extra geld beschikbaar: € 80 miljoen in 2004, oplopend tot € 130 miljoen in 2007.

Mensen met geen of weinig inkomen profiteren echter nauwelijks van de fiscale regeling. Daarom komt er vanaf 2004 een aparte tegemoetkomingsregeling. Hiermee kunnen bepaalde mensen een deel van de extra kosten terugkrijgen die zij voor zorg moeten maken.

VWS trekt voor de regeling in 2004 € 89 miljoen uit; dat bedrag loopt op tot € 104 miljoen in 2007. De belastingdienst voert de nieuwe regeling uit. De tegemoetkomingsregeling vult de bestaande fiscale regeling voor buitengewone uitgaven aan. Voor bijvoorbeeld gehuwde 65-plussers met alleen AOW die nu niet voor de aftrek van buitengewone uitgaven in aanmerking komen, zal dit een belangrijke tegemoetkoming zijn.

De nieuwe regeling, en in laatste instantie de mogelijkheid om een beroep te doen op de bijzondere bijstand, beperken de gevolgen van de maatregelen in de zorg voor de meest kwetsbare groepen zoveel mogelijk. Ook bij de maatregelen zelf wordt al zoveel mogelijk rekening gehouden met de gevolgen voor chronisch zieken, gehandicapten en andere kwetsbare groepen.



4 Vernieuwen zorgstelsel: meer verantwoordelijkheid aanbieders en verzekeraars

Beter presteren instellingen en meer transparantie

Het kabinet doet niet alleen een beroep op een grotere eigen verantwoordelijkheid van burgers, maar ook op die van verzekeraars en zorginstellingen. Wij verwachten van deze partijen dat ze veel meer werk maken van doelmatigheid, kwaliteit en innovatie. Zorginstellingen en verzekeraars moeten beter gaan presteren. Meer marktwerking is onontkoombaar om te komen tot betere prestaties en grotere productiviteit in de zorg. Ook moeten instellingen meer vernieuwen en daarbij gebruikmaken van onder meer ICT. Om te kunnen zien of burgers en overheid waar voor hun geld krijgen, moeten de prestaties van de zorginstellingen beter gemeten en gecontroleerd worden. Initiatieven op het terrein van prestatievergelijking en -verantwoording (benchmark) gaan door. Deze acties leveren een belangrijke bijdrage aan de doelmatigheid in de zorg en moeten ook bijdragen aan het stimuleren van de kwaliteit van de dienstverlening; ze vergroten de transparantie van de sector.

In 2006 wordt de nieuwe basisverzekering ingevoerd, als onderdeel van het vernieuwen van het zorgstelsel. Op korte termijn worden ook maatregelen in de sturing van het stelsel genomen om te zorgen dat het huidige systeem beter werkt. Zo start de ziekenhuissector in 2004 met het gefaseerd invoeren van de DBC-systematiek die is gericht op het vernieuwen van het prijs- en bekostigingstelsel. Een DBC (diagnose-behandelcombinatie) is het geheel van activiteiten van ziekenhuizen en specialisten dat voortvloeit uit de zorgvraag van de patiënt. De DBC kent een (integrale) prijs. Dit vergroot de transparantie en stelt onder meer verzekeraars in staat prijzen onderling te vergelijken en doelmatig zorg in te kopen. De eerstelijnszorg en de curatieve GGZ gaan ook die kant op: ze starten in 2004 met het ontwikkelen van een bekostigingssysteem dat meer is gebaseerd op loon naar werken.

De informatievoorziening en de kwaliteit en innovatie in de zorg moeten verder verbeterd worden. Hiervoor worden tal van acties ondernomen, zoals het ontwikkelen van prestatie-indicatoren, benchmark (prestatievergelijking) bij ziekenhuizen en huisartsen, het invoeren van een landelijke

registratie voor de gehele AWBZ en het ontwikkelen van een landelijk elektronisch medicatiedossier. In 2004 gaat een wetsvoorstel naar de Tweede Kamer om een zorgidentificatienummer in te voeren.

Zorgstelsel en nieuwe basisverzekering

Deze kabinetsperiode staat in het teken van de overgang naar een nieuw zorgstelsel en het invoeren van een basisverzekering. De huidige centrale sturing van het aanbod aan zorg wordt, waar mogelijk, zo snel als verantwoord is vervangen door een systeem van gereguleerde marktwerking.

De kern van het nieuwe stelsel is dat verzekeraars onderling gaan concurreren en dat zij onderhandelen met aanbieders van zorg over de prijs en de kwaliteit. De voordelen daarvan moeten ten goede komen aan de verzekerde. Die kan daardoor bewuster kiezen tussen verzekeraars en heeft meer keus uit verschillende mogelijkheden voor zorg. De verzekerde draagt tegelijkertijd via eigen betalingen meer verantwoordelijkheid voor de kosten van de zorg. Verzekeraars moeten zoveel mogelijk naar de behoefte van hun verzekerden zorg inkopen. De sterkere rol van de verzekeraar en de verzekerden is, in combinatie met minder regels en het verlichten van de administratieve lasten, ook een stimulans voor meer ondernemerschap in de zorg. Ook de zorgaanbieders moeten dus meer met elkaar concurreren. Het tot stand brengen van marktwerking in de zorg is een kwestie van lange adem. Juist daarom moeten we nu voortmaken. Het kabinet ziet het als een opdracht, voor zichzelf en de politiek in brede zin, om na bijna twintig jaar discussie het nieuwe zorgstelsel daadwerkelijk tot stand te brengen.

De concrete maatregelen voor het nieuwe zorgstelsel zijn:

- Het invoeren op 1 januari 2006 van één verplichte standaardverzekering voor curatieve zorg. Het onderscheid tussen Ziekenfondswet en particuliere ziektekostenverzekering vervalt. De standaardverzekering wordt uitgevoerd door private uitvoerders die winst mogen beogen binnen de publieke randvoorwaarden die de overheid stelt. Het wetsontwerp van de Zorgverzekeringswet gaat in 2004 naar de Tweede Kamer.
- Alle op genezing gerichte zorg die nu nog in de AWBZ zit, gaat dan over naar de nieuwe zorgverzekering. Dat geldt bijvoorbeeld voor delen van de geestelijke gezondheidszorg.
- Op 1 januari 2006 wordt een zorgtoeslag ingevoerd. Deze moet de zorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar houden.

- Het toezicht op goed uitvoeren van de verzekering en de kwaliteit van de zorg wordt vernieuwd. Daarbij wordt de functie bekeken van de organen die nu betrokken zijn bij het sturen en het uitvoeren van het stelsel, zoals het CVZ, CTZ, CBZ en IGZ.
- In 2004 start de opbouw van de Zorgautoriteit. Deze instelling moet onder meer het ontwikkelen van 'markten' in de zorg stimuleren. Het CTG gaat na een wetwijziging op in de nieuwe Zorgautoriteit. Het is de bedoeling dat de Zorgautoriteit in 2008 vervolgens opgaat in de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), als Zorgkamer.

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: modernisering en houdbaarheid

Nederland behoort momenteel tot de minst vergrijsde landen in de Europese Unie, maar dat verandert snel en heeft ook gevolgen voor de AWBZ. Zo zijn de uitgaven van de AWBZ de afgelopen jaren explosief gegroeid: met 7,7 procent per jaar sinds 2000. Daarnaast omvat de AWBZ deels ook zaken die niet noodzakelijkerwijs in een verzekering thuishoren; burgers en andere overheden hebben hier ook een eigen verantwoordelijkheid.

Om de AWBZ voor burgers die langdurig zorg nodig hebben toegankelijk te houden, en tegelijkertijd de betaalbaarheid overeind te houden, is voor de komende jaren een nieuwe visie nodig op de AWBZ en alles wat ermee samenhangt. We streven naar een betaalbare en toekomstgerichte AWBZ. Daarbij gelden de volgende uitgangspunten:

- De AWBZ is voor langdurige en chronische zorg.
- Heldere verantwoordelijkheidsverdeling tussen de AWBZ en de 'voorliggende' lokale voorzieningen.
- Meer (financiële) prikkels in het uitvoeren van het systeem van de AWBZ; meer concurrentie tussen aanbieders van zorg.
- Versterken van de verantwoordelijkheid van de zorgvrager en diens omgeving.
- Een bekostigingssystematiek die een koppeling tussen prijs en dienst duidelijk maakt.
- Doorgaan met het moderniseren van de AWBZ.

De visie op de toekomst van de AWBZ staat in een afzonderlijke brief die met de begroting naar de Tweede Kamer gezonden wordt.

Deze kabinetsperiode staat verder in het teken van het doorgaan met het moderniseren van de AWBZ. De afgelopen periode is al veel bereikt,

met name wat betreft: eenduidige indicatiestelling (protocollen), stimuleren van de vraagsturing en het vernieuwen en flexibel maken van het aanbod aan zorg voor de burger. Belangrijk is stevige aandacht voor de noodzaak van goede informatievoorziening en het verantwoorden van de besteding van middelen, alsmede voor prestaties in de sector.

Meer concurrentie bij prijsvorming geneesmiddelen

Geneesmiddelen moeten ook op termijn betaalbaar en beschikbaar zijn. We streven ernaar uiterlijk in 2005 een nieuw prijs- en vergoedingssysteem voor geneesmiddelen in te voeren. Uitgangspunten voor dit nieuwe beleid zijn:

- Toegankelijkheid: De premiebetaler betaalt niet meer dan de noodzakelijke kosten.
- Doelmatigheid: Meer financiële prikkels op de juiste plaats.
- Kwaliteit en veiligheid: Deskundigheid van de apotheker goed benutten.

De toegankelijkheid wordt gewaarborgd door te zorgen voor lagere prijzen bij generieke geneesmiddelen. Dat zijn geneesmiddelen die gemaakt zijn naar het voorbeeld van een merkgeneesmiddel waarvan het octrooi is verlopen. Voor middelen met een vergelijkbare therapeutische werking kan daarnaast een lagere vergoeding worden vastgesteld. In elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen wordt altijd tenminste één geneesmiddel volledig vergoed, met inachtneming van de eigen bijdrage; de andere (duurdere) geneesmiddelen zijn dan slechts tegen meerkosten beschikbaar.

Deze nieuwe benadering moet fabrikanten stimuleren om te concurreren en de prijzen van hun geneesmiddelen te verlagen. Zorgverzekeraars krijgen meer te zeggen over de inkoop en kunnen in de contracten met apotheehoudenden afspraken maken over prijs en prestatie (kwaliteit) van de dienstverlening van de apotheken.

5 Minder regels en administratieve lasten

Minder regels

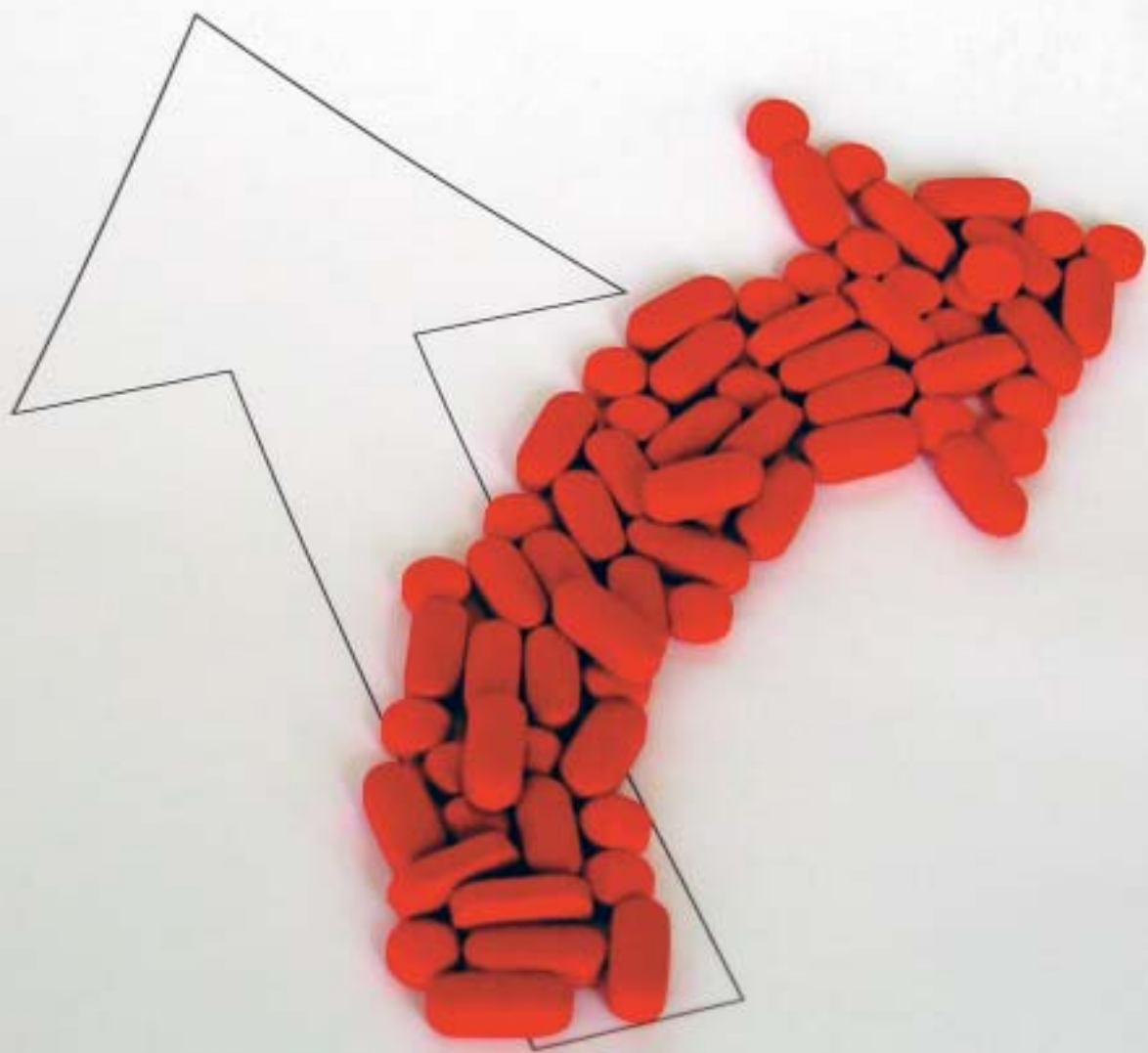
Het verminderen van regels en het terugdringen van de administratieve lasten is een speerpunt van het kabinetsbeleid. Door minder regels krijgen instellingen meer vrijheid om beter te presteren en meer verantwoordelijkheid te nemen, kortom: ondernemerschap tonen. VWS is daar al een aantal jaren mee bezig. De commissie 'terugdringing administratieve lasten zorg-sector' ('commissie De Beer') heeft in vervolg daarop een aantal concrete voorstellen gedaan voor de zorg. Eind 2002 is naar aanleiding daarvan het plan 'Minder regels, meer zorg' vastgesteld. Dat wordt de komende jaren uitgevoerd. Daarvoor trekken wij € 42 miljoen uit.

Het kabinet heeft in aanvulling hierop voor de zorg en andere vormen van dienstverlening een concrete doelstelling bepaald: de administratieve lasten moeten in deze kabinetsperiode met een kwart dalen.

Dit betekent onder meer dat circa dertig wetten op VWS-terrein versneld worden doorgelicht op de mogelijkheid de administratieve lasten te verminderen. Eind 2003 moet hiervan een goed beeld bestaan. Wetten waar het meeste resultaat geboekt kan worden, worden vervolgens als eerste aangepakt. Daarnaast worden nieuwe regels zeer kritisch beoordeeld op administratieve lasten die er door ontstaan. Maar instellingen moeten zelf ook alert zijn op het bestrijden van bureaucratie die niet in de eerste plaats door regels van het Rijk is veroorzaakt.

Fraudebestrijding

Misbruik van regels moet worden tegengegaan. Dat doen we langs drie lijnen: meer controle, beter laten verantwoorden en vooraf toetsen van maatregelen om de kans op misbruik tegen te gaan. Er komen betere controles en sancties bij declaratiemisbruik van zorgverleners. Het wetsvoorstel om de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) te wijzigen, dat hiervoor bij de Tweede Kamer is ingediend, moet op 1 januari 2004 ingaan. Naar verwachting nog dit najaar wordt een wetsvoorstel bij de Kamer ingediend met maatregelen om fraude van verzekerden met declaraties tegen te gaan. Het wetsvoorstel moet op 1 april 2004 ingaan en omvat onder meer het invoeren van een identificatieverplichting in de Ziekenfondswet en het invoeren van het sofi-nummer in de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ).



6 Meer zorg leveren – wachttijden terugdringen

Het aanpakken van wachttijden in de zorg heeft ook in deze kabinetsperiode hoge prioriteit. Een groot deel van het extra geld voor 2004 en de volgende jaren kan hieraan worden besteed. Voorwaarde is wel, net als in de afgelopen jaren, dat voor dat geld ook daadwerkelijk zorg wordt geleverd: boter bij de vis. Voor de aanpak is in 2004 € 250 miljoen extra beschikbaar gesteld.

Extra geld alleen is niet de enige oplossing voor het aanpakken van de wachttijden: ook meer doelmatigheid, betere organisatie van de zorg en innovatie, zijn noodzakelijk om meer en betere zorg te leveren.

Dalende trend wachttijden ziekenhuiszorg

De ziekenhuizen hebben sinds 2001 goede resultaten geboekt bij het terugdringen van wachttijden. Het algemene beeld is duidelijk verbeterd. De gemiddelde wachttijd zowel voor opname als voor dagbehandeling is flink gedaald. Excessieve wachttijden zijn geen algemeen probleem meer in de Nederlandse curatieve zorg. Voor zover zij nog bestaan, zijn te lange wachttijden voornamelijk terug te voeren op bijzondere omstandigheden in beperkte deelgebieden of op het functioneren van het ziekenhuis.

Figuur 6 Wachttijden ziekenhuizen Nederland *Gemiddelde wachttijd in weken*

	Dec. 2000	Dec. 2001	Dec. 2002	Juli 2003	Afname in %	Streven 2004
Kliniek	8,8	6,7	5,8	5,5	38 %	5,3
Dagverpleging	6,4	5,7	5,2	5,1	20 %	4,9

Ziekenhuizen moeten met het nu beschikbaar gestelde extra geld in 2004 2,5 procent meer zorg kunnen leveren en daarmee wachttijden verder terugdringen. Dat mag ook gevraagd worden van instellingen. Of de wachttijden echt teruglopen hangt mede af van het tempo van opleiden, het beschikbaar komen van nieuw personeel en de logistieke organisatie in het ziekenhuis. De ziekenhuizen zijn nu aan zet. Het aanpakken van de wachttijden is al met al in de eerste plaats een zaak van verzekeraars en instellingen; VWS zal deze partijen aanspreken op hun prestaties op dit gebied.

Aanpak wachttijden bij ziekten met levensbedreigende risico's

De wachttijden en de beschikbare capaciteit bij aandoeningen met levensbedreigende risico's, zoals kanker en hartkwalen, en behandeling met intensieve zorg (intensive care) hebben vanwege hun ernstige aard bijzondere aandacht. Op veel deelterreinen is sprake van een acceptabele situatie die vastgehouden moet worden. Maar er zijn ook nog verbeteringen nodig. Te lange wachttijden moeten met voorrang verdwijnen. Er zijn al maatregelen in gang gezet, zoals het opleiden van extra personeel en het bouwen van extra voorzieningen. We verhogen de beschikbare capaciteit voor radiotherapie tot 2005 met meer dan de helft (zestig procent); daarmee moet de gemiddelde wachttijd in 2005 kunnen dalen naar 21 dagen, nu ligt dat rond de dertig dagen. Voor het behandelen van hartkwalen is extra capaciteit in de maak voor dotterbehandelingen. Hiermee moet de gemiddelde wachttijd van ruim zeven weken kunnen dalen. Onderstaande figuur 7 geeft inzicht in een aantal capaciteitsuitbreidingen.

Figuur 7 Geplande uitbreiding capaciteit

	2002	2003	2004	2005	2006
	Realisatie	Raming	Raming	Raming	Raming
1 Geplande uitbreiding NICU's ¹	23	16	14	6	5
2 Geplande uitbreiding aantal plaatsen Post-IC hoogwaardige zorg	27	20	18	8	7
3 Geplande uitbreiding PICU's ²	11	9	6	1	1
4 Geplande extra plaatsen radiotherapie			42		

¹ NICU = plaatsen/eenheden intensieve zorg voor pasgeborenen

² PICU = plaatsen/eenheden intensieve zorg voor kinderen

Extra geld ambulances en kleine ziekenhuizen

De afgelopen periode is veel aandacht besteed aan problemen bij de beschikbaarheid van ambulancezorg en de bereikbaarheid van met name kleine ziekenhuizen. Het kabinet hecht groot belang aan het oplossen van die knelpunten. Daarom wordt daarvoor in 2004 € 50 miljoen uitgetrokken. Dat bedrag gaat vooral naar het aanpakken van knelpunten in de ambulancezorg en de zorg die kleine ziekenhuizen leveren. De precieze invulling komt te staan in een brief over acute zorg die de Tweede Kamer dit najaar krijgt. Het is van groot belang dat de eerstelijnszorg, met name ook buiten de reguliere uren (avond, nacht, weekend: ANW-uren) hier goed bij aansluit.

Daarvoor moet de eerstelijnszorg doelmatiger worden georganiseerd en moet beter worden samengewerkt. Het vak van huisarts is sterk in beweging, maar 40 procent van de huisartsen werkt nog in een eenmanspraktijk, met alle nadelen van dien, met name buiten de reguliere uren. Beter samenwerken met verschillende disciplines (multifunctioneel) is zeer gewenst, ook om de taken van de huisarts te verlichten.

AWBZ: meer 'productie' de komende jaren

De aanpak van wachttijden in de AWBZ-zorg (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: ouderen, gehandicapten, geestelijk gezondheidszorg) heeft de afgelopen jaren goede resultaten gehad. Er is over de gehele linie meer zorg geleverd, zeker sinds eind 2000 een verder groei van de productie mogelijk werd en het veld werd geprikkeld tot meer en nieuwe initiatieven.

Wel verschuift door veranderende wensen van zorgvragers het soort zorg: de intramurale productie ('binnen de muren van de instellingen') blijft gelijk of stijgt licht, maar er is meer vraag naar semi-murale en extramurale zorg, buiten de muren van instellingen. Dit is mede het gevolg van bewust beleid om mensen zoveel en zo lang mogelijk in hun eigen omgeving te helpen.

Het aantal opnamen in verpleeghuizen is gestegen door de bouw van extra verpleeghuisplaatsen. De trend in de ouderenzorg van extramuralisering leidt er daarnaast toe dat mensen steeds langer zelfstandig wonen en het aantal bewoners in verzorgingshuizen daalt. Verder is het aantal uren zorg dat thuis wordt verleend en het aantal persoonsgebonden budgetten (PGB's) de afgelopen jaren sterk gestegen. Het aantal mensen dat wachtte op verpleging, verzorging of thuiszorg is door die extra zorg in 2002 met 15 procent gedaald ten opzichte van 2001. De verwachting is dat in 2004 de verpleging en verzorging met het extra geld bijna 6 procent meer zorg kan leveren.

Sinds eind 2000 hebben ruim 31.000 mensen met een verstandelijke of lichamelijke beperking extra zorg gekregen. De wachttijd voor wonen en dagbesteding is in de gehandicaptenzorg sinds 2000 gedaald. Het uitbreiden van het aantal plaatsen in instellingen voor gehandicapten leidt ertoe dat de intramurale productie volgend jaar naar verwachting met ruim 1 procent groeit. De zorg buiten de instelling (zorg bij zelfstandig wonen en dagbesteding) groeit naar verwachting met bijna 6 procent.

In de geestelijke gezondheidszorg is het aantal wachtenden in 2002 licht gedaald ten opzichte van 2001. De afgelopen jaren was sprake van meer

klinische opnamen; de gemiddelde opnameduur is aanzienlijk gedaald: van 182 dagen in 1994 naar 126 dagen in 2001. Daarentegen komen er steeds meer dagbehandelingen en ambulante contacten. Het extra geld en de in gang gezette bouw leidt er naar verwachting toe dat de intramurale productie (binnen instellingen, met opname) in de geestelijke gezondheidszorg in 2004 met ruim een half procent stijgt. Extramuraal – buiten instellingen, kortdurend en ambulant – wordt volgend jaar naar verwachting in de geestelijke gezondheidszorg ruim 5 procent meer zorg geleverd.

7 Werken en opleiden in de zorg

De zorg is zeer arbeidsintensief. In totaal werken er circa een miljoen mensen in de zorg. Dat is ongeveer 13 procent van de beroepsbevolking. De werkgelegenheid in de zorg groeide in 2002 met circa 50.000 werknemers. Daarmee is de zorg een van de weinige sectoren met banengroei. De arbeidsmarktmaatregelen die eerder zijn getroffen, hebben zeker geholpen: het ziekteverzuim is gedaald, het aantal herintreders gegroeid, de ervaren werkdruk afgenomen en de tevredenheid doet niet onder voor die van mensen in andere sectoren.

Arbeidsmarkt

Omdat de economie en de overheidsfinanciën verslechterd zijn en de arbeidsmarktpositie van de zorg is verbeterd, kiest het kabinet voor een aantal maatregelen die bijdragen aan een beheerste uitgaven- en kostenontwikkeling:

- Net als bij andere onderdelen van de collectieve sector acht het kabinet het van groot belang dat werkgevers en werknemers in de zorg in de komende jaren tot loonmatiging komen. Na een periode waarin veel extra geld beschikbaar is gekomen voor specifieke arbeidsvoorwaardenverbetering, is die matiging nu ook mogelijk.
- Het dalend ziekteverzuim vergroot de productiviteit binnen instellingen. Het kabinet acht het daarom verantwoord een korting op instellingsbudgetten door te voeren die oploopt van € 17 miljoen in 2004 tot € 70 miljoen in 2007.
- Sociale partners moeten vanaf nu zelf de verantwoordelijkheid voor het arbeidsmarktbeleid nemen. Door de verbeterde arbeidsmarktpositie is er bovendien veel minder behoefte aan specifieke arbeidsmarktmaatregelen. Daarom gaat er € 33 miljoen in 2004 en € 105 miljoen in 2005 en latere jaren minder naar de sectorfondsen arbeidsmarkt.

Figuur 8 Werken in zorg en welzijn (2002)

	Nederland	Zorg en welzijn
Aantal mensen	8.349.000	1.063.000
Volledige arbeidsplaatsen	6.521.900	732.700

Om de stijgende zorgvraag op te vangen moet de arbeidsproductiviteit in de zorg omhoog. VWS gaat daaraan samen met andere partijen werken, maar de eerste verantwoordelijkheid daarvoor ligt bij instellingen zelf.

Daarbij zijn ondersteunend: investeren in ICT en technologische hulpmiddelen, maar ook andere vormen van innovatie, bijvoorbeeld arbeidsbesparende innovaties in de organisatie van de zorgproductie.

Opleiden

Om bestaande en te verwachten tekorten aan personeel in de zorg in te lopen, heeft het kabinet aangekondigd de capaciteit van medische opleidingen verder te verruimen en te investeren in de kwaliteit ervan. Dat gebeurt langs vier lijnen:

- De capaciteit van medische opleidingen voor artsen uitbreiden.
- Herschikken tussen beroepsgroepen, bijvoorbeeld via HBO opgeleide 'physician assistants' (HBO-master opgeleide beroepsbeoefenaar die veelvoorkomende medische taken en handelingen verricht) en 'nurse practioners' (praktijkverpleegkundigen).
- Anders opleiden, door een verschuiving naar modernere medische opleidingen die beter aansluiten op de beroepsuitoefening en taakherschikking.
- Verkorten van de opleidingsduur. Dit sluit aan bij Europese regelgeving.

Figuur 9 Doelstellingen terugdringen personeelstekorten zorg en welzijn

	2002	2003	2004
	Realisatie	Streven	Streven
Ziekteverzuim	7,0 %	6,8 %	6,5 %
WAO-instroom	1,7 %	1,7 %	1,6 %
Start opleiding verpleging en verzorging	22.420	24.700	25.900
(Netto)verloop verpleging en verzorging	4,3 %	3,8 %	3,6 %

8 Innovatie, kwaliteit, kennis en ICT

Innovatie

Zorginstellingen laten nog te vaak kansen liggen voor het vernieuwen van de zorg. Ondanks het bestaan van uitstekende innovaties, moet helaas worden vastgesteld dat deze voorbeelden niet op grote schaal worden toegepast. Dat geldt zowel voor organisatorische innovaties, zoals in de ziekenhuiszorg, als voor technologische innovaties, bijvoorbeeld op basis van biotechnologie. Dat is een gemis: goede innovatie is immers vrijwel altijd een combinatie van: (medisch) betere of minstens gelijkwaardige kwaliteit, veiliger zorg, een klantvriendelijker product en veelal bevredigender en uitdagender werk voor de zorgverleners.

Prakkels zijn nodig om hierin verandering te brengen, zoals meer marktwerking bij de stelselherziening, minder bureaucratie en minder administratieve lasten. Ook bevorderen wij kwaliteitsverbeteringen en innovatie door het programma 'kwaliteit, innovatie en doelmatigheid'. Vooral de combinatie van herontwerpen van zorgprocessen, ICT en de juiste inzet van vaardigheden van professionals, is de sleutel tot beter presteren van de zorgsector. Meer ruimte voor het veld en minder regels zijn hiervoor belangrijke randvoorwaarden.

Kwaliteit

De overheid stelt randvoorwaarden op het gebied van goede kwaliteit van zorg, maar sectoren zijn zelf verantwoordelijk voor het leveren van producten die hieraan voldoen. Met name de veiligheid voor patiënten is een belangrijk thema. Onderzoek naar patiëntveiligheid in landen als de Verenigde Staten, Canada, Australië en Engeland laat zien dat mensen onnodig overlijden door een slechte organisatie van de zorg. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) brengt momenteel de feitelijke situatie in Nederland in kaart. In 2004 verschijnt hierover de eerste rapportage.

Het kwaliteitsbesef is nog onvoldoende aanwezig in de kern van het zorgproces, zoals ook de IGZ regelmatig constateert. Slechts 5 procent van de instellingen, inclusief ziekenhuizen, beschikte in 2000 over een vorm van certificering of accreditatie. Dat moet veranderen. Elke instelling die onder de Kwaliteitswet Zorginstellingen valt, moet beschikken over een kwaliteitssysteem of concrete en aanzienlijke vordering kunnen laten zien bij het invoeren daarvan. Zij moeten aantoonbaar veilige, patiëntgerichte zorg leveren. Die systemen moeten goed in de organisatie ingebed zijn.

De IGZ ontwikkelt momenteel een risicomodel om het toezicht te richten op de meest risicovolle onderdelen van de zorg zodat in deze sectoren zichtbare en controleerbare kwaliteitsgroei ontstaat.

Voorbeeld van innovatie

Behandeling en zorg van risicozwangeren thuis

Een deel van de zwangere vrouwen heeft tijdens de zwangerschap een probleem: een te hoge bloeddruk, het kind groeit niet goed, of er is onvoldoende vruchtwater. Dagelijkse controle van moeder en kind is in dergelijke situaties noodzakelijk. Dit kan in het ziekenhuis, maar in heel veel gevallen kan dit ook thuis. In 1992 startten het Universitair Medisch Centrum Utrecht en twee Tilburgse ziekenhuizen een project waarbij deze vrouwen thuis konden blijven en 'op afstand' in de gaten werden gehouden door het ziekenhuis. De vrouwen vonden dit veel prettiger. Het was medisch gezien verantwoord, dus veilig. De geboden zorg thuis bleek tweemaal zo goedkoop als in het ziekenhuis (potentieel: dagelijks per ziekenhuis gemiddeld 5 à 6 patiënten x 100 ziekenhuizen x 365 verpleegdagen = rond 200.000 verpleegdagen jaarlijks minder). Daarnaast is deze vorm van zorg eigentijds, klantvriendelijk, én leuk om te doen voor de zorgverleners. Anno 2003 zijn er acht ziekenhuizen die deze zorg bieden. Dat betekent: 101 ziekenhuizen niet!

ICT

De combinatie van het veranderen van zorgprocessen en het inzetten van de goede vakmensen kan leiden tot een aanzienlijke verbetering van de zorg. ICT is een onmisbaar hulpmiddel om die veranderingen mogelijk te maken. In de informatie-intensieve zorgsector mag geen onduidelijkheid bestaan over gegevens van één en dezelfde persoon; tevens moeten gegevens met elkaar in verband gebracht kunnen worden. Daarom komt er een wettelijk vastgelegd persoonsnummer. De daarmee samenhangende investeringen dragen bij aan de doelstellingen van het kabinet over het ingrijpend verbeteren van het zorgstelsel en de zorg, en die voor het verminderen van administratieve lasten.

Het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ) werkt met de sector aan het invoeren van het elektronische medicatiedossier dat met ingang van 1 januari 2006 landelijk toegepast moet worden. Vanaf dat moment komen het landelijk invoeren van het elektronisch patiëntendossier en vele andere toepassingen binnen bereik.

Kennisinstituten

De zorg en het beleidsveld gebruiken veel kennis. Het gaat niet alleen om 'klassiek' onderzoek, maar ook om onderzoek dat bijdraagt aan het toepassen van beleid en innovatie in de zorg. Instellingen als het RIVM, SCP, NIZW en ZonMw zijn uitgegroeid tot instellingen van formaat. VWS moet daarnaast letten op een goede ondersteunende kennisinfrastructuur voor 'het veld'.

De stevige korting op de subsidies en taakstelling van VWS dwingt het departement om de eigen kennisbehoefte en de wijze waarop daarin wordt voorzien kritisch te bezien. Dat geldt ook voor de verantwoordelijkheid van VWS voor de kennisinfrastructuur waar vooral het veld van profiteert. Uitgangspunten bij het beoordelen zijn: voordeel voor de patiënt/consument en dat met minder (middelen en instellingen) meer bereikt moet worden. Najaar 2003 publiceren wij onze visie op de VWS-kennisinfrastructuur. Deze werken wij verder uit met de betrokken instellingen.

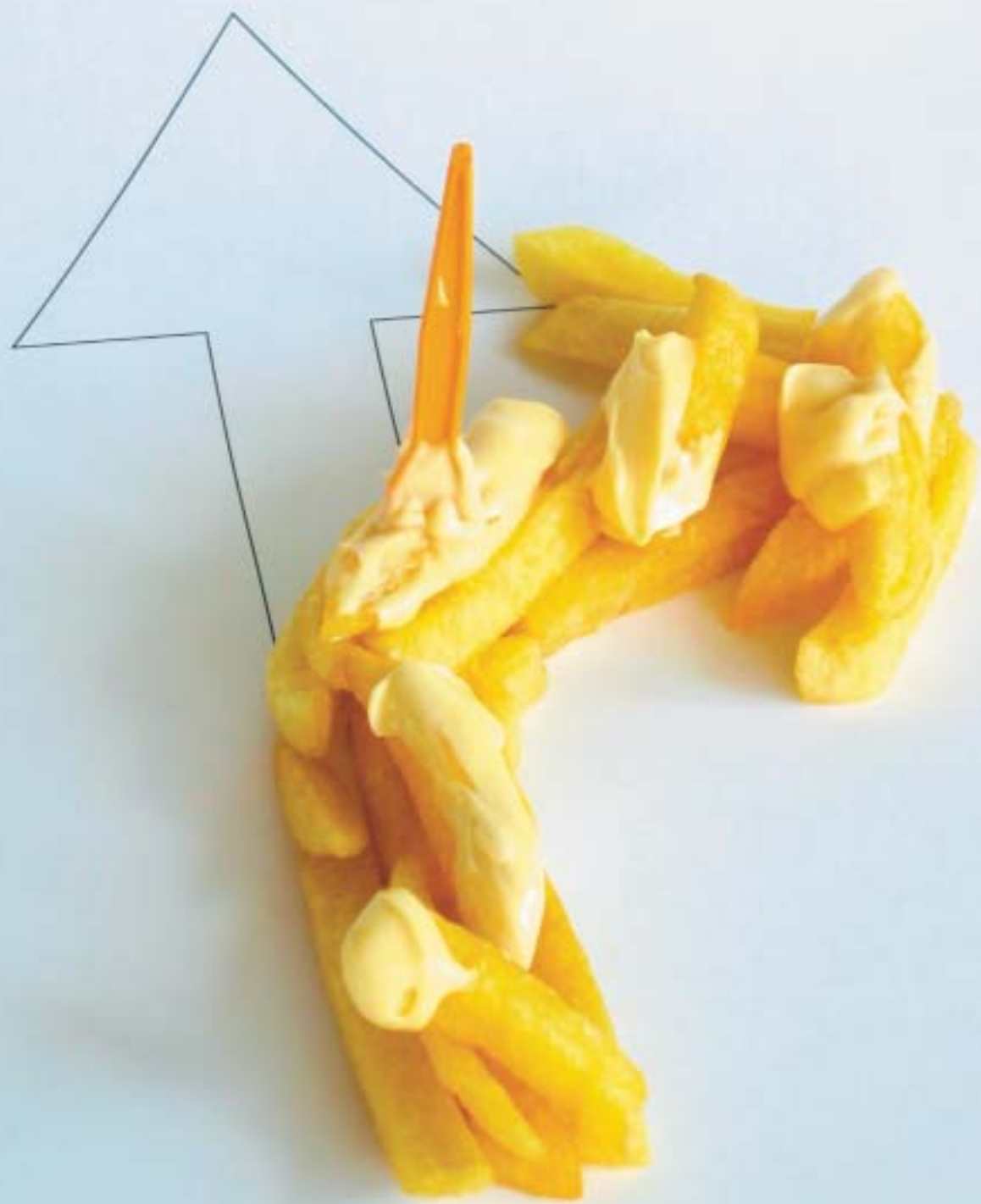
De verhouding met de via subsidies en opdrachten aan het ministerie verbonden kennisinstituten wordt apart herzien en verzakelijkt, waarbij het accent verschuift van subsidies naar opdrachten.

9 Kwaliteit van leven: ethische vraagstukken

Medisch wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen gaan snel, wekken vaak grote verwachtingen over het behandelen van ziekten, maar leiden ook tot ethische vragen: mag alles wat kan? Het beoordelen of nieuwe methoden toelaatbaar zijn vereist niet alleen een maatschappelijk draagvlak, maar de vraag is ook of er fundamentele waarden en normen in het geding zijn. Nieuwe technische mogelijkheden om iemand te genezen rechtvaardigen veel, maar niet alles. Ethische aanvaardbaarheid plaatst de samenleving als geheel voor vragen die samenhangen met de kwaliteit van leven. Wij besteden de komende jaren daarom veel aandacht aan medisch-ethische vraagstukken.

Hierbij gaat het om biotechnologische mogelijkheden, maatschappelijk/ethische grenzen, Europese ontwikkelingen, de positie van werkenden in de gezondheidszorg en de rechtspositie van patiënten. VWS is verantwoordelijk voor het bevorderen van ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg en bij wetenschappelijk onderzoek. Daarom moeten nieuwe ontwikkelingen in zorg en wetenschap met ethische vragen of dilemma's, in een vroeg stadium gesignaleerd worden. Het centrum voor Ethiek en Gezondheid heeft hierin een belangrijke taak.

Het komende jaar sturen wij, naar aanleiding van wetsevaluaties, een aantal kabinetsstandpunten naar de Tweede Kamer. De euthanasiepraktijk (toetsing van de Wet levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in de praktijk) is geëvalueerd. Nog dit jaar wordt het kabinetsstandpunt aan de Tweede Kamer aangeboden. Daarnaast wordt in 2004 de Wet afbreking zwangerschap geëvalueerd, vervolgens krijgt de Kamer zo spoedig mogelijk het kabinetsstandpunt. Daarnaast komt er in 2004 een wijziging van de Wet medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen. De Gezondheidsraad heeft een onderzoek gepubliceerd over anticonceptie voor mensen met een verstandelijke handicap. Nog in 2003 gaat het kabinetsstandpunt hierover naar de Tweede Kamer. In 2004 gaat het wetsontwerp 'Zeggenschap lichaamsmateriaal' naar het parlement. Najaar 2003 gaat het kabinetsstandpunt over prenatale screening naar de Tweede Kamer; dit naar aanleiding van het advies van de Gezondheidsraad.



10 Gezondheidsbevordering en publieke gezondheid

De groei in de gezonde ontwikkeling van de Nederlandse bevolking stagneert. We worden nog wel steeds ouder en sterven minder snel aan bepaalde ziekten, maar het aantal jaren in goede gezondheid neemt niet toe. Nederland zakt wat gezondheid betreft af naar de Europese middenmoot: er gaan in weinig Europese landen zoveel mannen dood aan longkanker als in ons land, vrouwen sterven steeds vaker aan chronische longziekten en rond de geboorte gaan relatief veel kinderen dood. Ook zijn de verschillen in gezondheid hardnekkig en is er een groot verschil in gezonde levensjaren tussen mensen die hoog en laag opgeleid zijn.

Zes ziekten krijgen de komende jaren bijzondere aandacht: hart- en vaatziekten, aandoeningen aan het bewegingsapparaat, kanker, psychische aandoeningen, diabetes mellitus (suikerziekte) en astma. Zij leggen een groeiend beslag op onder meer de zorgkosten. De concrete doelen zijn:

- Minder rokers
- Minder mensen met overgewicht
- Voorkomen, tijdig signaleren en behandelen van psychische aandoeningen, inclusief verslaving
- Voorkomen, tijdig signaleren van en goede zorg bij diabetes; gedragsveranderingen stimuleren

Om dit te bereiken is er veel overtuigingskracht nodig, evenals een intensieve samenwerking tussen vele betrokkenen. Over de prioriteiten en doelstellingen, sturen wij dit najaar de Preventienota 2004-2007 naar de Tweede Kamer. Voor onder andere het uitvoeren van de nota is in 2004 € 5 miljoen en vanaf 2005 € 10 miljoen extra beschikbaar.

Publieke gezondheid

Het publieke volksgezondheidsbeleid is in 2003 in een ander daglicht komen te staan door de dreiging van bioterrorisme en de uitbraak van nieuwe, onverwachte infectieziekten. Van die laatste is met name SARS te noemen, dat op een ongekende wijze dreigend op de wereld afkwam en van met name de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) maar ook van tal van landen veel aandacht heeft gekregen.

De aanpak van de crisis is de afgelopen jaren in goede samenwerking tussen alle betrokkenen uitgevoerd, maar heeft ook enkele 'weeffouten' in de structuur aan het licht gebracht. De huidige structuur legt een zwaar bestuurlijk accent bij de gemeenten en de rol van het Rijk is in de wetgeving onderbelicht. Dit vergt teveel improvisatie om op lange termijn tegen de bedreigingen opgewassen te zijn. De structuur dient dan ook te worden aangepast. Dit zal gepaard gaan met een duidelijker wettelijke verankering van de taken en verantwoordelijkheden van betrokken partijen en met name die van de rijksoverheid, in de relevante wetten zoals de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV).

Bij het RIVM willen we een organisatie opzetten die tenminste voor de infectieziektenbestrijding een centrale rol heeft in het verzamelen en beschikbaar stellen van kennis, het 'vertalen' van beleid naar praktijk en de coördinatie van landelijke taken die decentraal (gemeenten) worden uitgevoerd.

11 Nederlands voorzitterschap Europese Unie

Nederland is in de tweede helft van 2004 voorzitter van de Europese Unie. Het centrale thema van ons voorzitterschap is 'duurzame groei'. VWS kiest daarbinnen als rode draad: de relatie tussen de afspraken binnen de EU (interne markt) en de volksgezondheid, gezien vanuit de positie van de burger. De toekomst van het volksgezondheidsbeleid in de Europese Unie, komt onder meer aan de orde in een informele bijeenkomst van EU-ministers.

VWS stelt tijdens het EU-voorzitterschap verder ook thema's aan de orde, zoals de balans tussen 'markt en gezondheid', de vraag naar medicijnen in relatie tot het aanbod van de farmaceutische industrie, infectieziekten en de samenhang tussen de gezondheid van mens en dier en het waarborgen van kwaliteit van gezondheidszorg in relatie tot het vrije verkeer van beroeps-beoefenaren binnen de EU.

Het Nederlandse voorzitterschap staat ook in het teken van een nieuwe drugsstrategie voor de Europese Unie, vanaf 2005. Hierin komen alle aspecten van de drugsproblematiek aan bod, alsmede het kader en de prioriteiten van de communautaire activiteiten de komende jaren. VWS is coördinerend departement voor het drugsbeleid en zit de interdepartementale stuurgroep voor die het EU-voorzitterschap op dit punt voorbereidt en uitvoert.



12 Sport

Dagelijkse lichaamsbeweging is gezond voor mensen. Daarmee is veel winst te boeken. Sport levert daar een flinke bijdrage aan. Sportieve mensen zijn gezonder, verzuimen minder en doen minder vaak een beroep op de gezondheidszorg. Meer mensen zouden daarom hun hele leven een actieve leefstijl moeten hebben. Sport biedt daar veel mogelijkheden voor. Naar schatting voldoet momenteel ongeveer 45 procent van alle Nederlanders aan de algemeen aanvaarde beweegnorm (een half uur per dag matig intensief bewegen, vijf dagen per week), maar haalt 14 procent dat op geen enkele dag in de week. Het streven is dat in 2007 48 procent van de Nederlanders de beweegnorm haalt en hooguit 10 procent van de Nederlanders nog inactief door het leven gaan.

Figuur 10 Aandeel Nederlanders dat de Nederlandse norm gezond bewegen haalt

Man	44 %
Vrouw	56 %
13-17 jaar	1 %
18-34 jaar	42 %
35-49 jaar	47 %
50-65 jaar	46 %
> 65	41 %

Bron: TNO-PG/Arbeid; rapportage Sport 2003 van het SCP

In het kader van het 'Europees jaar van de opvoeding door sport 2004' worden diverse projecten gestart om de educatieve waarden van sport te laten zien. Sport kan een goede bijdrage leveren aan het versterken van de sociale samenhang op lokaal niveau. De projecten buurt, onderwijs en sport (BOS) worden in 2004 verstrekt. Sport draagt ook bij aan het tegengaan van problemen bij de jeugd, het integreren van gehandicapten en het versterken van waarden en normen.

Het jaar 2004 staat ook in het teken van de Olympische Spelen. De sporters moeten natuurlijk zelf de prestaties neerzetten. De overheid blijft zich inspannen om tezamen met de partners in sport een klimaat te scheppen en faciliteiten te creëren waarin de topsport zich optimaal kan (blijven) ontwikkelen.

13 Leefbaarheid en welzijn

Verantwoordelijkheden helder afbakenen

Op 1 januari 2004 is de Welzijnswet tien jaar van kracht. De uitgangspunten van de wet zijn nog steeds geldig: de rijksoverheid is verantwoordelijk voor het systeem en stuurt op trends, de gemeente is lokaal verantwoordelijk voor aansturen, uitvoeren en financieren. Maar daar moet meer samenhang in komen. Maatschappelijke vraagstukken en de behoefte van individuele burgers aan bepaalde voorzieningen, vragen om een meer integrale aanpak. Het Rijk neemt initiatieven om de verantwoordelijkheden helder af te bakenen en barrières te slechten voor samenwerking. Daarbij worden instellingen meer en meer afgerekend op hun prestaties. Niet alleen moet vastgesteld worden of de middelen goed besteed zijn en beleid effectief is geweest, maar ook is kennis nodig voor het verbeteren van de kwaliteit en de professionaliteit van het werk in de welzijnssector.

Landelijk beleidskader welzijn

De Welzijnsnota 1998-2002 krijgt najaar 2003 een vervolg met het Landelijk Beleidskader Welzijn. De volgende aandachtspunten staan daarin centraal:

- Zorg en welzijn, met de nadruk op de mogelijkheden van hoogbejaarden en gehandicapten om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen. Hiervoor is het ontwikkelen van een lokaal stelsel van dienstverlening van grote betekenis. Dit stelsel moet samenwerkingsverbanden tot stand brengen tussen zorg- en welzijnsvoorzieningen en de schotten wegnemen tussen welzijn, zorg en wonen. Maar: de burger moet eerst zelf al het mogelijke doen om zelfstandig te leven en maatschappelijk te functioneren; pas daarna ondersteunt de overheid hem of haar daarbij. Het kabinet wil hiervoor in 2006 een Wet maatschappelijke zorg invoeren. Deze wet vervangt dan onderdelen van de Welzijnswet en de Wet voorzieningen gehandicapten. Bij de nieuwe wet wordt expliciet aandacht besteed aan de verantwoordelijkheidsverdeling in relatie tot de AWBZ.
- Leefbaarheid van de woonomgeving. Dit richt zich in het bijzonder op de achterstandswijken in de grote steden, maar ook op de leefbaarheid van het platteland. VWS is verantwoordelijk voor de coördinatie op rijksniveau van de sociale pijler in het Grotestedenbeleid.
- Preventie. Dit betreft vooral (jeugd)criminaliteit en meer algemeen het gevoel van onveiligheid van veel burgers in de publieke ruimte.

Naast het Landelijk Beleidskader Welzijn en deels ook als uitwerking daarvan, verschijnt nog een nota Integraal ouderenbeleid (medio 2004). Beide nota's besteden ook aandacht aan de rol van vrijwilligers. Het wordt steeds moeilijker voor activiteiten voldoende vrijwilligers te vinden. Onder het motto 'Iedereen doet mee' wordt gezocht naar nieuwe vormen van werven, inzetten en behouden van vrijwilligers in het welzijn en de maatschappelijke zorg.

Figuur 11 Vrijwilligers in Nederland

Aantal vrijwilligers in Nederland: 3,5 miljoen

Vrijwilligers verdeeld naar sectoren

Politiek/maatschappelijk	14,5 % (van de bevolking)
Kinderen en jeugd	9,9 %
Sport	8,2 %
Godsdienst/levensbeschouwing	6,5 %
Overig vrije tijd	8,5 %

Bron : SCP

Wet Gelijke behandeling gehandicapten en chronisch zieken

Het kabinet wil de maatschappelijke positie van mensen met een handicap of chronische ziekte in de samenleving daadwerkelijk verbeteren.

Dit betekent enerzijds het beschikbaar hebben van de noodzakelijke voorzieningen en aanpassingen en anderzijds zoveel mogelijk gelijke behandeling in de praktijk. Op 1 december 2003 treedt de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte in werking.

Deze wet moet de positie van mensen met een handicap en chronisch zieken belangrijk verbeteren.

De wet en de norm die erin vastligt, hebben gevolgen voor tal van terreinen in de samenleving. Het kabinet stuurt over de knelpunten een actieplan naar de Tweede Kamer (oktober 2003). Dit plan geeft aan hoe, met gelijke behandeling als vertrekpunt, de maatschappelijke positie van mensen met een handicap of chronisch ziekte concreet verbeterd wordt. Het uitwerken van de concrete maatregelen is de verantwoordelijkheid van de vakdepartementen op de afzonderlijke terreinen.

14 Impuls jeugd, maatschappelijke opvang en vrouwenopvang

Het kabinet heeft bij het aantreden in het hoofdlijnenakkoord besloten om de jeugdzorg, waaronder ook de preventie, te versterken. Hiervoor is in 2004 voor de ministeries van VWS en Justitie tezamen € 30 miljoen beschikbaar, oplopend tot € 100 miljoen in 2007.

VWS besteedt hiervan aan de volgende vijf onderwerpen in 2004 ruim € 19 miljoen, oplopend tot € 65 miljoen in 2007. Daarnaast wordt een deel van het Justitie-geld ook besteed voor onder meer de Wet op de jeugdzorg.

- Voor het preventief jeugdbeleid (om de vraag naar zwaardere zorg tegen te gaan) wordt het aanbod aan opvoedingsondersteuning vergroot en wordt intensieve gezinsbegeleiding en het invoeren van de gezinscoach mogelijk gemaakt. Bedrag: € 2,4 miljoen in 2004, oplopend tot € 8 miljoen in 2007.
- In het kader van de invoering van de Wet op de jeugdzorg wordt de productie in de jeugdzorg vergroot. Daarbij gaat het onder meer om pleegzorg, dagbehandeling, ambulante zorg, intramurale zorg en aanpak van kindermishandeling. Ook wordt de inspectie Jeugdzorg versterkt. Bedrag: € 12 miljoen in 2004, oplopend tot € 40 miljoen in 2007.
- Er komt extra geld voor maatschappelijke opvang. Het geld wordt gebruikt om de opvang van en hulp aan kwetsbare groepen te verbeteren waaronder dak- en thuislozen, zwerfjongeren en vrouwen. Het streven is om onder meer te investeren in capaciteit. Het kabinet doet een nader voorstel voor de precieze verdeling in het kabinetsstandpunt over het IBO-onderzoek Maatschappelijke opvang. Bedrag: € 2,4 miljoen in 2004, oplopend tot € 8 miljoen in 2007.
- Er komt extra geld voor vrouwenopvang en tegengaan van huiselijk geweld. Het geld wordt onder meer gebruikt om de kwaliteit van de opvang en hulp aan onder meer mishandelde vrouwen te verbeteren. Het kabinet doet een nader voorstel voor de precieze verdeling in het kabinetsstandpunt over het IBO-onderzoek Maatschappelijke opvang. Bedrag: € 1,2 miljoen in 2004, oplopend tot € 4 miljoen in 2007.
- Geld voor het verstrekken van heroïne aan zeer zwaar verslaafden waarvoor geen andere behandelingsmogelijkheid meer open staat. Bedrag € 1,5 miljoen in 2004, oplopend tot € 5 miljoen in 2007.

15 Jeugd

VN-jaar van het gezin

Het jaar 2004 is door de Verenigde Naties (VN) uitgeroepen tot het Jaar van het gezin. De positie van het kind, als meest kwetsbare deelnemer, speelt hierin een belangrijke rol. Maar dat geldt ook voor aspecten van ouderensbeleid, relaties tussen de generaties, mantelzorg en het bestrijden van huiselijk geweld. Problemen van jongeren (gezondheidsproblemen, criminaliteit, schooluitval en werkloosheid) gaan vaak terug op het gezin, de opvoeding en de maatschappelijke positie van het individu. Ouders moeten die als eerste oplossen. De overheid sluit daarop aan met bijvoorbeeld ondersteunen en begeleiden van gezinnen. Voorbeelden zijn: consultatiebureaus, opvoedingsondersteuning en jeugdhulpverlening.

Jeugdagenda 2004-2007

Het kabinet wil met jeugdbeleid kinderen en jongeren de mogelijkheid geven zich te ontwikkelen tot volwaardige leden van de samenleving. Problemen moeten zo vroeg mogelijk gesignaleerd en aangepakt worden. De rijksbrede Jeugdagenda 2004-2007 besteedt hieraan aandacht.

Deze agenda richt zich op:

- Voorkomen (preventie): vroegtijdig signaleren van (ontwikkelings)achterstanden. Zo kan voorkomen worden dat in een later stadium veel duurdere zorg nodig is; dit is vooral een zaak van lokale instellingen en voorzieningen, onder regie van de gemeente.
- Genezen (curatie): is van belang als blijkt dat zorg nodig is omdat een kind of het gezin meervoudige problemen heeft en de jeugdzorg daarin hulp kan bieden; hiervoor is de Wet op de jeugdzorg, waarvoor Rijk en provincies verantwoordelijk zijn.
- Aanpakken (repressie): als een jongere meerdere keren strafrechtelijke handelingen heeft begaan, dient hij adequaat aangepakt te worden.

De rijksoverheid moet zorgen dat de 'jeugdketen' sluit. Daarnaast is het belangrijk dat regels op elkaar worden afgestemd en dat de diverse geldstromen worden gebundeld. Voor het uitvoeren van deze ambities is de 'operatie JONG' gestart waarin vijf departementen samenwerken. Hierover worden ook afspraken gemaakt met gemeenten, provincies en het veld.

Wet op de jeugdzorg

Op 1 januari 2004 wordt de nieuwe Wet op de jeugdzorg van kracht. Hiermee ontstaat een wettelijk kader dat een sluitende aanpak van de

hulpverlening aan jongeren mogelijk maakt. Het Bureau Jeugdzorg (BJZ) speelt hierin een centrale rol als toegang tot de jeugdzorg. Het BJZ bepaalt of en zo ja welke hulp een jongere nodig heeft. Hierbij staat de behoefte van de jongere en zijn of haar ouders centraal. De indicatie die daaruit volgt, geeft aanspraak op zorg. Verder moeten gemeentelijke taken op het terrein van de jeugd beter aansluiten bij de jeugdzorg.

Waarden en normen

Het belang van waarden en normen uit zich in de praktijk in drie zaken: respect voor elkaar, verantwoordelijkheid voor de samenleving en je eigen gedrag, bijvoorbeeld op het terrein van gezondheid. VWS richt zich in het waarden- en normendebat vooral op jongeren, maar ook op hun ouders of opvoeders en de omgeving. Jongeren ontwikkelen zich immers door opvoeding en sociale controle in de (directe) omgeving tot verantwoorde-lijke burgers met normbesef en respect voor anderen. Daarin investeren, loont het meest. Directe beleidsmaatregelen die daarmee te maken hebben, gaan dus over zaken als: voorkomen van risicogedrag, ondersteunen bij opvoeding, respectvol en sportief gedrag in de sport, verbeteren van de jeugdgezondheidszorg, een gezonde en actieve leefstijl.

Een aantal concrete voorbeelden:

- Maatregelen om jongeren met verschillende achtergronden beter met elkaar te laten omgaan.
- De gezinscoach in de jeugdzorg draagt bij aan veilige en normstellende kaders voor jongeren.
- Normen voor gezond gedrag als niet roken, gezond eten, veilig vrijen, verstandig omgaan met alcohol en drugs en voldoende bewegen stimuleren.
- Extra aandacht voor vrijwilligerswerk in het algemeen.
- Experimenten met maatschappelijke stages voor jongeren.
- Overlast voor anderen tegengaan, bijvoorbeeld die het gevolg is van drugsgebruik, teveel alcoholgebruik, onveilig vrijen (ongewenste zwangerschap, soa), pesten en discrimineren.
- Acties met landelijke organisaties, gemeenten en scholen, om sportiviteit en respect in de sport te vergroten.

16 Nieuw subsidiebeleid

VWS heeft een lange traditie in het verlenen van subsidies op veel verschillende beleidsterreinen. In de loop der jaren is een breed geschakeerd patroon aan subsidies ontstaan. Soms is dit in de vorm van vaste subsidiestromen aan instellingen, soms in de vorm van incidentele of projectmatige financiële bijdragen. Hoewel met subsidies in veel gevallen veel goeds tot stand gebracht is, zijn er verschillende redenen voor een nieuw subsidiebeleid:

- Een tekortschietend beheer en een te weinig zakelijke op afrekenen/prestaties gerichte benadering bij subsidieverlening. Dit is ook geconstateerd door de Algemene Rekenkamer.
- De noodzaak opnieuw te kijken naar verantwoordelijkheidsverdeling tussen rijksoverheid en maatschappelijk middenveld, gericht op het vergroten van eigen verantwoordelijkheid in de samenleving.
- Het wijzigen van beleidsdoelen, onder meer als gevolg van het hoofdlijnenakkoord van het kabinet.
- De in het hoofdlijnenakkoord afgesproken bezuinigingen op de begrotingssubsidies van VWS: oplopend van € 59 miljoen in 2004 tot € 127 miljoen in 2007.

VWS gaat met ingang van 2004 subsidies veel doelgerichter verstrekken. In grote lijnen gaat het om nadruk op drie doelen. Allereerst: het instandhouden en delen van essentiële kennis over zorg (inclusief jeugdzorg) en gezondheid. In de tweede plaats: het (tijdelijk) stimuleren van innovaties en ontwikkelingen die de patiënt/consument ten goede komen. Ten derde: het versterken van de positie van kwetsbare groepen (gehandicapten, chronisch zieken) of groepen die aan het zorgproces een belangrijke bijdrage leveren (mantelzorgers, vrijwilligers). Subsidie verandert zo van een meer algemeen tot een bijzonder instrument.

Subsidies aan instellingen (instellingsubsidies) die niet passen in het nieuwe beleid worden met ingang van 1 januari 2004 beëindigd. Voor het afbouwen van deze subsidies is een beleidsregel opgesteld. Instellingen waar de subsidie wordt stopgezet, ontvangen een beëindigingssubsidie op basis van artikel 9a van de Welzijnswet 1994 of artikel 4 van de Kaderwet Volksgezondheidssubsidies. Deze beëindigingssubsidies staan voor het deel dat in 2004 betaald wordt in de Begrotingswet. De Kamer wordt schriftelijk geïnformeerd over de instellingen die geen subsidie meer krijgen en de bedragen die daarmee gemoeid zijn.

De overige (structureel) gesubsidieerde instellingen krijgen vanaf 2004 10 procent minder subsidie als bijdrage aan de noodzakelijke vermindering van overheidsuitgaven. In enkele gevallen loopt die korting in 2005 op tot 30 procent. Dit betreft kennisinstellingen die naar ons oordeel goede mogelijkheden hebben om doelmatiger te werken door: onderling samenwerken, taken afbakenen en beter afstemmen. Het bezuinigen op instellingssubsidies levert in 2007 een structurele besparing op van per saldo € 51 miljoen. De uiteenlopende verantwoordelijkheden voor geldstromen in de sport worden meer ten principale herbezien op basis van de rapportage 'Geldstromen in de sport'. Deze rapportage is tegelijkertijd met de begroting 2004 naar de Kamer gestuurd.

Gelijk met de vaste instellingssubsidies verandert ook het beleid voor de overige begrotingssubsidies, in lijn met de genoemde doelen. Het komende jaar wordt deze herziening (met een duidelijke prioriteitstelling) verder uitgewerkt. Dit levert in 2004 een besparing op van € 38 miljoen, oplopend tot € 78 miljoen vanaf 2007.

Naast begrotingssubsidies zijn er ook subsidies die worden verstrekt uit het fonds van de AWBZ of uit de kas van de Ziekenfondswet. Vanaf 2004 is financiering door een premiesubsidie in beginsel alleen nog mogelijk met een tijdelijke regeling die vooruitloopt op het opnemen van een nieuwe aanspraak in het verzekerde pakket. Premiesubsidies die niet onder deze definitie vallen, gaan naar de begroting of worden een aanspraak in de ZFW of AWBZ. De premiesubsidies worden in totaal verminderd met ruim € 10 miljoen in 2004.

Het nieuwe subsidiebeleid wordt uitvoerig toegelicht in een aparte brief en een rapportage, die tegelijkertijd met de begroting naar de Tweede Kamer gaan.



17 Financieel beleid op hoofdlijnen

Deze paragraaf beschrijft het financieel beleid op hoofdlijnen. Dat gebeurt aan de hand van twee tabellen: één voor de premiegefinancierde uitgaven en één voor de begrotingsgefinancierde uitgaven. Beide figuren beslaan de jaren 2003 tot en met 2007.

Figuur 12 Ontwikkeling netto BKZ-uitgaven (x € 1.000.000)

	2003	2004	2005	2006	2007
Stand Zorgnota 2003	39.258,8	41.329,1	43.644,1	46.367,3	48.753,1
Mutaties Voorjaarsbrief Zorg 2003	1.228,3	979,0	897,7	903,5	903,5
Stand Voorjaarsbrief Zorg 2003	40.487,1	42.308,1	44.541,8	47.270,8	49.656,6
Actualisatie raming CPB		-11,3	-201,5	-266,7	200,3
Mutaties ten gevolge van Hoofdlijnenakkoord (mei 2003)					
Intensivering zorg		250,0	500,0	750,0	1.000,0
Pakketverkleining		-1.000,0	-1.000,0	-1.000,0	-1.000,0
Invoeren eigen risico			-1.100,0	-1.100,0	-1.100,0
Loonmatiging collectieve sector		-250,0	-500,0	-750,0	-1.000,0
Beperken incidentele loonontwikkeling collectieve sector		-48,0	-98,0	-152,0	-208,0
Verminderen ziekteverzuim		-17,4	-34,8	-52,2	-69,6
Niet te realiseren bezuiniging stelselwijziging			50,0	50,0	
Mutaties na Hoofdlijnenakkoord (augustus 2003)					
Actualisatie productieontwikkeling	300,0	300,0	300,0	300,0	300,0
Niet te realiseren bezuiniging geneesmiddelen	73,0	181,0	118,0	118,0	118,0
Eigen bijdrage geneesmiddelen: receptregelvergoeding		-210,0	-210,0	-210,0	-210,0
Overige aanvullende eigen bijdragen		-180,0	-180,0	-180,0	-180,0
Additionele korting incidentele loonontwikkeling		-60,0	-120,0	-120,0	-120,0
Overige maatregelen		-180,5	-180,3	-180,3	-180,3
Compensatiemaatregelen		60,0	70,0	70,0	70,0
Aanpak knelpunten		102,6	110,0	110,0	110,0
Mutaties financieringsachterstanden	-191,3	-103,9			
Overig		30,8	-27,7	-27,7	-27,7
Technisch					
Overboekingen naar VWS-begroting	0,2	-7,9	-21,1	-24,1	-24,0
Overig	3,1	3,4	3,5	0,9	4,8
Macro-economische loon- en prijsbijstelling (MEV)		53,0	233,8	137,7	-23,2
Stand begroting (zorg) 2004	40.672,1	41.219,9	42.253,7	44.744,4	47.316,9

Toelichting

Het financieel beleid in de zorg wordt grotendeels bepaald door twee tegengestelde factoren. Enerzijds leidt de noodzakelijke groei van zorgverlening tot een toenemend beslag op de middelen. Anderzijds dwingt de slechte economische situatie tot het beperken van de uitgaven. Deze beide factoren zijn duidelijk te zien in de ontwikkeling van de netto-BKZ-uitgaven in de periode 2003-2007 (figuur 12). De figuur geeft het financiële beeld op hoofdlijnen weer. De meer gedetailleerde gegevens staan in het Financieel Beeld Zorg, in de bijlage van de begroting 2004.

Hoe is de figuur opgebouwd?

Het startpunt is de Zorgnota 2003 waarin het Strategisch Akkoord van het kabinet Balkenende-I is verwerkt. In de Voorjaarsbrief 2003 (mei 2003) is gemeld dat de netto BKZ-uitgaven in het begrotingsjaar 2003 hoger zullen uitkomen dan bij de Zorgnota 2003 nog werd verwacht. Het kabinet heeft om de stijging in de uitgaven te beperken compenserende maatregelen afgesproken. Het saldo hiervan en de doorwerking voor de jaren 2004-2007, is opgenomen in de tabel onder de regel 'Mutaties Voorjaarsbrief Zorg 2003'.

Het uitgangspunt van de uitgavenontwikkeling in de komende jaren is, evenals bij het Strategisch Akkoord (Balkenende I), een op CPB-ramingen gebaseerde volumegroei van 2,5 procent. Omdat die groei moest worden toegepast op het inmiddels hogere uitgavenniveau van 2002 en 2003, moest de uitgavengroei in bedragen enigszins worden aangepast. Daarnaast was de macro-economische raming van de ontwikkeling van lonen en prijzen inmiddels veranderd.

Op basis van de uitgavenrealisaties van de afgelopen jaren kan verwacht worden dat bij ongewijzigd beleid de uitgaven meer zullen groeien dan de 2,5 procent waarmee het CPB heeft gerekend. Dit staat ook reeds in het rapport Financiële Bouwstenen Zorg (februari 2003) dat VWS en Financiën hebben opgesteld en dat aan de Tweede Kamer is verstuurd. Met het oog op die hogere uitgavengroei trekt het kabinet in het hoofdlijnenakkoord (Balkenende-II) een extra bedrag uit dat oploopt tot € 1 miljard in 2007. Maar tegelijkertijd wordt bespaard door nieuwe maatregelen als pakketverkleining en eigen risico. De zorguitgaven worden verder beperkt door loonmatiging: de vergoeding voor loonontwikkeling in tarieven en budgetten in de zorgsector is lager dan de loonontwikkeling in de marktsector. Ook de ruimte voor incidentele loonontwikkeling wordt beperkt. Beide laatste beperkingen komen voort uit de afspraken in het hoofdlijnenakkoord voor de gehele collectieve sector.

Na het sluiten van het hoofdlijnenakkoord bleek dat de uitgaven in 2003 naar verwachting opnieuw hoger zullen zijn dan verwacht. Deze verwachting is gebaseerd op nieuwe gegevens over de verwachte productieontwikkeling – op grond van geactualiseerde realisatiecijfers 2002 en productieafspraken 2003 – alsmede de vormgeving van de prijsmaatregel geneesmiddelen. Om dit op te vangen zijn nieuwe maatregelen nodig: eigen bijdragen en overige maatregelen. Hiermee komt tevens geld vrij voor compensatiemaatregelen (overig ziekenvervoer) en enkele uitgaven voor het oplossen van knelpunten. Deze maatregelen en intensiveringen worden deels niet met premiemiddelen betaald, maar direct vanuit de VWS-begroting. Daarom staat er in de tabel een bedrag als 'Overboekingen'.

De 2,5 procent volumegroei, de aangepaste productieontwikkeling en het extra geld uit het hoofdlijnenakkoord (€ 1 miljard) bieden ruimte om de gevolgen van demografische ontwikkeling in de zorg (vergrijzing) en de autonome groei bij de genees- en hulpmiddelen op te vangen; tevens kan de productiegroei in de wachtlijstsectoren doorgaan. Een overzicht van de verdeling van het extra geld over de sectoren staat in het Financieel Beeld Zorg, in de bijlage van de begroting 2004.

Figuur 13 Uitgavenontwikkeling Begroting 2004 (x € 1.000)

	Artikelnummer	2003	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2003		9.524.434	9.815.976	9.083.676	9.418.227	9.794.233
Zorg		1.209.991	1.184.180	1.145.221	1.142.478	1.142.171
Welzijn		1.386.305	1.375.145	1.356.902	1.336.788	1.331.551
Sport		73.994	75.031	75.281	75.689	75.686
P&M		141.592	138.468	132.920	132.721	132.674
Rijksbijdrage		6.712.552	7.043.152	6.373.352	6.730.551	7.112.151
Mutaties Voorjaarsnota 2003		254.363	229.269	183.368	174.813	159.731
Waarvan mutaties Hoofdlijnenakkoord		-8.634				
- Taakstelling inhuur externen	99	-1.280				
- Taakstelling subsidies	99	-7.354				
Mutaties sinds de voorjaarsnota 2003		132.633	995.447	1.859.532	2.153.090	2.124.955
Waarvan mutaties Hoofdlijnenakkoord / aanvullend pakket			7.363	-99.055	-77.274	-85.002
- Korting arbeidsmarktbeleid	29		-33.000	-105.000	-105.000	-105.000
- Additionele taakstelling inhuur externen	99		-6.609	-8.741	-8.741	-8.741
- Additionele efficiency-taakstelling	99		-1.768	-3.536	-5.304	-8.840
- Volume taakstelling uitvoerende diensten	99		-693	-1.386	-2.079	-2.771
- Doorwerking ww-maatregelen	99			-25	-50	-100
- Additionele subsidietaakstelling	div		-58.834	-105.402	-105.402	-127.465
- VWS-deel envelop preventie en jeugdzorg	24/33/37		19.500	32.500	52.000	65.000
- Korting Pensioen- en Uitkeringsraad	36		-233	-465	-698	-1.085
- Tegemoetkoming buitengewone uitgaven	38		89.000	93.000	98.000	104.000
Waarvan overhevelingen vanuit de premie		-187	7.863	21.113	24.078	23.998
- Noodzakelijke intensivering	21/22		8.050	15.300	15.265	15.185
- Technische correctie	30			6.000	9.000	9.000
- Medische en seksuologische hulpverlening	24	-187	-187	-187	-187	-187
Belangrijkste overige beleidsmatige mutaties		127.446	982.650	1.942.164	2.208.716	2.188.389
- Aanpassing Rijksbijdragen	32	125.782	1.053.787	2.018.136	2.284.715	2.264.386
- Uitdeling loonbijstelling	99	16.589	16.479	11.848	11.853	11.890
- Overheveling centrale eenheid VWA naar LNV	37	-14.925	-9.175	-9.175	-9.175	-9.175
- Mutatie als gevolg van budgetherverdeling RIVM in verband met agentschapsvorming			-78.441	-78.645	-78.677	-78.712
Overige beleidsmatige en technische mutaties		5.374	-2.429	-4.690	-2.430	-2.430
Stand ontwerpbegroting 2004		9.911.430	11.040.692	11.126.576	11.746.130	12.078.919

Figuur 13 laat de uitgavenontwikkeling zien van de VWS-begroting vanaf de stand ontwerpbegroting 2003. Allereerst worden de mutaties uit de Voorjaarsnota / 1e suppletore wet 2003 (mei 2003) weergegeven. Voor een toelichting op deze mutaties verwijzen wij u naar de Wijziging van de begroting van de uitgaven en ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2003 (wijziging samenhangende met de Voorjaarsnota) (TK 2002-2003, 28 944 XVI, nr. 1-2). Vervolgens zijn de mutaties die sinds de 1e suppletore wet hebben plaatsgevonden opgenomen. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen mutaties die het gevolg zijn van het hoofdlijnenakkoord, overhevelingen vanuit de premiemiddelen, belangrijke beleidsmatige mutaties en overige beleidsmatige en technische mutaties.

Het hoofdlijnenakkoord legt VWS bij het arbeidsmarkt- en informatiebeleid een bezuiniging op van € 33 miljoen in 2004 en € 105 miljoen in 2005 en latere jaren. Wij brengen deze taakstelling geheel ten laste van de sectorfondsen.

In afwachting van een nadere concrete invulling, staan op artikel 99 (Nominaal en Onvoorzien) de volgende taakstellingen uit het hoofdlijnenakkoord geparkeerd:

- Minder inhuur van externen
- Meer doelmatigheid (efficiencytaakstelling)
- Volumetaakstelling bij uitvoerende diensten
- Het VWS-aandeel in de ww-maatregelen voor de collectieve sector

Deze taakstellingen moeten nog, zorgvuldig en gericht, ingevuld worden. De Tweede Kamer wordt daarover uiterlijk bij 1^e suppletore wet 2004 nader geïnformeerd.

Daarnaast herzielt VWS momenteel haar subsidiebeleid grondig. Dit is ook nodig om de subsidietaakstelling uit het hoofdlijnenakkoord in te vullen. Deze taakstelling bedraagt ruim € 58 miljoen in 2004 en loopt op tot ruim € 127 miljoen in 2007.

Verder heeft het kabinet bij het aantreden in het hoofdlijnenakkoord besloten om de jeugdzorg, waaronder ook de preventie, te versterken. De middelen, die generaal aan de begroting van VWS zijn toegevoegd, lopen op tot € 65 miljoen in 2007.

Ook heeft het kabinet besloten om de tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven op de begroting van VWS te verantwoorden. Deze regeling wordt thans voorbereid. Hiervoor is het nieuwe beleidsartikel 38: 'Tegemoetkoming buitengewone uitgaven' in de begroting opgenomen.

Ten slotte komt er extra geld voor het oplossen van een aantal knelpunten. Deze extra middelen komen beschikbaar via het overhevelen van premie-middelen voor:

- Preventiebeleid
- Experimenten prestatievergelijking ziekenhuizen en huisartsen
- Onderhoudsorgaan DBC's

De overgang van de Voedsel- en Waren Autoriteit naar het ministerie van LNV en de agentschapsvorming van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu verlagen het uitgavenniveau, terwijl de aanpassingen van de rijksbijdragen juist een verhoging van het uitgavenniveau tot gevolg hebben.

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

Telefoon (070) 340 78 90

Internetadres

www.minvws.nl

September 2003

De beleidsagenda en de begroting van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) bevatten op diverse terreinen een aantal belangrijke keuzes voor de komende jaren. Dat geldt bijvoorbeeld voor het aanpassen van het zorgstelsel, het appelleren aan de eigen verantwoordelijkheid van burgers en instellingen, minder regels, een andere leefstijl en het doelgerichter verlenen van subsidies.

Bij die keuzes staan de termen 'houdbaarheid' en 'presteren'. We werken aan een zorgstelsel dat klaar is voor de toekomst én betaalbaar blijft. De belangrijkste uitgangspunten voor de zorg zijn: toegankelijk, solidair, betaalbaar en doelmatig. Tegelijkertijd mogen de kosten van de gezondheidszorg niet teveel drukken op de economie en de koopkracht van de burger.

Deze begroting bevat stevige, onontkoombare maatregelen voor het zorgpakket. Chronisch zieken en mensen met een laag inkomen worden daarbij zoveel mogelijk ontzien. Toch komt er de komende jaren altijd nog € 6 miljard bij voor de zorg om met name de vergrijzing op te vangen. En is er extra geld om de wachttijden verder aan te pakken en een aantal knelpunten in de bereikbaarheid van de zorg, maatschappelijke opvang, jeugd, kwaliteit en opleidingen, ICT en preventie op te lossen. Het ministerie van VWS wil met alle betrokkenen de noodzakelijke keuzes maken voor houdbaarheid, beter presteren en extra investeren.