

Vergaderjaar 2018–2019

35 000 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2019

Nr. 12

VERSLAG HOUDENDE EEN LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 11 oktober 2018

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, belast met het voorbereidend onderzoek van dit voorstel van wet, heeft de eer verslag uit te brengen in de vorm van een lijst van vragen met de daarop gegeven antwoorden.

De vragen zijn op 27 september 2018 voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Minister voor Medische Zorg en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bij brief van 10 oktober 2018 zijn ze door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Minister voor Medische Zorg en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beantwoord.

Met de vaststelling van het verslag acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,
Bakker

Vraag 1

Waarom worden de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en) voor 2018, 2019 en 2020 voor keuzebegeleiding wel volledig gesubsidieerd en Siriz voor 2018 slechts gedeeltelijk, terwijl voor 2019 en volgende jaren Siriz geen subsidie krijgt, maar kan meedoen in een Open House-financieringsconstructie?

Antwoord:

Zoals ik in mijn brief over preventie en ondersteuning onbedoelde (tiener) zwangerschappen heb aangegeven, wil ik een duurzame financiering ontwikkelen voor keuzehulpbegeleiding (TK 32 279, nr. 123). Daarvoor heb ik – samen met partijen – gekozen voor een open house financieringsconstructie per 2019, zodat de middelen ook rechtmatig kunnen worden besteed. Het klopt dat de GGD GHOR nog een subsidie ontvangt in 2019 en in 2020 voor het leveren van keuzehulpgeprekken. Ik ben op dit moment met GGD GHOR Nederland in gesprek om te bezien of GGD'en vanaf 2019 ook mee kunnen doen aan de open house constructie in plaats van de voortzetting van de huidige subsidie. Zodra ik daar uitsluitsel over heb, zal ik u hierover informeren. GGD/GHOR en Siriz hanteren daarbij op dit moment nog verschillende definities ten aanzien van het begrip «keuzehulpgesprek», waardoor ook de bedragen verschillen. Het is dus zeker niet zo dat de één het volledig gefinancierd krijgt en de ander gedeeltelijk. Bij de uitwerking van de hiervoor genoemde open house constructie gaan we uit van eenzelfde definitie van keuzehulpgesprek voor alle mogelijke partijen met eenzelfde tarief.

Vraag 2

Welke middelen zijn er beschikbaar voor samenwerking tussen abortusklinieken en veldpartijen om (herhaling van) abortussen tegen te gaan?

Antwoord:

Ik heb voor dit onderwerp jaarlijks € 200.000 voor de periode 2018 t/m 2020 gereserveerd. Dit is ook het bedrag dat door partijen zelf is aangedragen. Ik ga de komende periode in gesprek met de relevante partijen uit het veld om te bekijken welke activiteiten nodig zijn om de samenwerking tussen abortusklinieken en andere zorgverleners (zoals huisartsen) te verbeteren en aan de hand daarvan wordt bezien welk bedrag daarvoor kan worden ingezet.

Vraag 3

Hoeveel kinderen (onder 18 jaar) maken er in Nederland gebruik van een prothese? Kunt u aangeven hoe dit cijfer zich over de afgelopen tien jaar heeft ontwikkeld?

Antwoord:

Het exact aantal kinderen onder de 18 met een prothese is mij niet bekend. Op basis van cijfers van het Zorginstituut is aan te geven dat het gemiddeld aantal verstrekkingen over de periode 2012 tot 2016 1.259 prothesen per jaar bedraagt. Uitgaande van een gemiddelde levensduur van drie tot vier jaar schat ik het totaal aantal kinderen dat gebruikt maakt van een prothese op circa vier- á vijfduizend.

Vraag 4

Aan welke doelen zijn de extra middelen (€ 10 miljoen per jaar) voor het topsportbeleid toegewezen?

Antwoord:

Met de € 10 miljoen extra voor topsport wordt beoogd om talenten en topsporters meer kansen te bieden om deel te nemen aan internationale

wedstrijden en om beter te presteren. Om dit te realiseren zijn de middelen toegewezen aan de volgende subdoelen:

- Meer mogelijkheden voor deelname aan internationale wedstrijden en trainingsstages
- Betere talentherkenning en -ontwikkeling
- Meer en betere persoonlijke begeleiding door coaches en experts
- Extra investering in financiële voorzieningen
- De ontwikkeling van een integraal datamanagement- en dossiersysteem
- Een betere en meer toegankelijke opleiding van Nederlandse topcoaches
- De ontwikkeling van nieuwe kansrijke medaille-onderdelen en sporten

Vraag 5

Waarom worden de extra middelen voor de uitvoering van het sportakkoord besteed? Welke partijen maken hierop aanspraak?

Antwoord:

De extra middelen uit het regeerakkoord zijn:

- € 5 miljoen voor sportevenementen
- € 10 miljoen voor Topsport
- € 10 miljoen voor het versterken van bonden & verenigingen

De € 5 miljoen voor sportevenementen wordt volledig toegevoegd aan het (herziene) beleidskader sportevenementen waarvoor de voorhangprocedure gestart is. Dit beleidskader wordt opgenomen in het nog uit te werken deelakkoord 6 «Topsport die inspireert» van het sportakkoord.

De € 10 miljoen voor Topsport wordt ingezet om talenten en topsporters meer kansen te bieden om deel te nemen aan internationale wedstrijden en om beter te presteren. Uw Kamer is hierover geïnformeerd bij brief (TK 2017–2018, 30 234 nr. 176).

De € 10 miljoen voor het versterken van bonden & verenigingen landt volledig in deelakkoord «Vitale aanbieders». Een deel hiervan zal worden benut voor het programma «impuls versterken sportbonden» waarvoor NOC*NSF een subsidieaanvraag heeft ingediend die bij VWS in behandeling is. Daarnaast wordt een deel besteed aan de uitbreiding van de buurtsportcoachregeling teneinde meer buurtsportcoaches in te kunnen zetten voor de ondersteuning van sportaanbieders. Het restant wordt benut voor maatregelen om het (vrijwillig) kader in de sport in de sport te versterken, de verenigingsondersteuning te professionaliseren en voor impulsen om verenigingen te helpen zich te ontwikkelen richting vitale/open clubs. Hoe het budget exact verdeeld wordt over deze maatregelen en via welke partijen dit gaat lopen, is momenteel onderwerp van gesprek tussen de partners van het sportakkoord. Ik zal de Kamer voor het kerstreces hierover informeren.

Vraag 6

Aan welke evenementen worden de extra middelen voor topsportevenementen toegewezen? Zijn hier al concrete evenementen voor gekozen, of wordt dit nog nader uitgewerkt?

Antwoord:

De extra middelen van € 5 miljoen voor sportevenementen wordt volledig toegevoegd aan het (herziene) beleidskader sportevenementen waarvoor de voorhangprocedure gestart is. Dit beleidskader wordt opgenomen in het nog uit te werken deelakkoord 6 «Topsport die inspireert» van het sportakkoord.

Vraag 7

Het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) wordt overgeheveld naar de Wet publieke gezondheid (Wpg), waarmee het een gemeentelijk taak wordt; wie er is daarmee primair verantwoordelijk voor een goede vaccinatiedekkingsgraad? Wie is er verantwoordelijk voor een goede voorlichting en bewustwording? Hoe en waar wordt de verantwoordelijkheid van een goede monitoring belegd?

Antwoord:

Nederland kent een vrijwillige vaccinatie, de vaccinatiegraad is dus een resultante van al die individuele keuzes. Wel heeft de Nederlandse overheid zich gecommitteerd aan de WHO-doelen gericht op de bestrijding van polio, rode hond en mazelen. De ontwikkeling van de vaccinatiegraad, zowel landelijk als per gemeente, wordt door het RIVM nauwgezet gemonitord. De gemeenten ontvangen jaarlijks de rapportage op gemeentelijk niveau en voeren hierover overleg met de afdeling infectieziektebestrijding van de GGD. Deze taak van gemeenten is vastgelegd in het Besluit publieke gezondheid (gepubliceerd in het Staatsblad van 20 november 2017). Indien nodig kunnen de uitvoerende JGZ-organisatie en het RIVM bij het overleg tussen gemeente en de afdeling infectieziektebestrijding van de GGD worden betrokken. Deze procedure is nader omschreven in de handreiking voor gemeenten.

De verantwoordelijkheid voor de inhoud, regie en coördinatie van het vaccinatieprogramma blijft een taak van de rijksoverheid en is belegd bij het RIVM. Zo blijft het RIVM verantwoordelijk voor de inkoop van de vaccins en de distributie daarvan ten behoeve van de uitvoering van het programma. Ook de oproep van de te vaccineren personen, het verzorgen van het landelijke uniforme voorlichtingsmateriaal dat voor het RVP moet worden gebruikt, de centrale registratie van vaccinatiegegevens en de bewaking van de kwaliteit van het programma blijven bij het RIVM berusten.

Zie ook de memorie van toelichting bij de Wijziging van de Wet publieke gezondheid onder meer in verband met het opnemen daarin van een aanbod van de overheid van vaccinaties en bevolkingsonderzoek en nieuwe regels voor de bestrijding van invasieve exotische vectoren (TK 34 472, nr. 3) en eerdere antwoorden in de nota naar aanleiding van het verslag (TK 34 472, nr. 6).

Vraag 8

Welke effecten verwacht u dat de overheveling van de verantwoordelijkheid van het RVP naar de Wpg heeft op de vaccinatiedekkingsgraad?

Antwoord:

Ik verwacht geen effect van de overheveling op de vaccinatiegraad. De inzet van de overheveling is om de huidige beproefde uitvoeringsstructuur te behouden en de samenhang met de JGZ te waarborgen.

Vraag 9

Kunt u een overzicht sturen met de jaarlijkse uitgaven aan zorg vanaf 2000 tot en met 2018 in totaal en uitgesplitst per wet?

Antwoord:

In de onderstaande tabel is de niet gecorrigeerde cijfers van de ontwikkeling van de zorguitgaven 2000–2018 opgenomen.

Tabel Ontwikkeling van de Zorguitgaven en -ontvangsten 2000–2018 (bedragen x € 1 miljard)

	2000	2001	2002	2003 ¹	2004	2005	2006	2007 ²	2008	2009	2010 ³	2011	2012	2013	2014	2015 ⁴	2016	2017	2018
<i>Zorguitgaven en -ontvangsten actuele VWS-stand</i>																			
Zorgverzekeringswet (Zvw)																			
Bruto uitgaven	18,1	20,0	22,3	23,5	23,7	24,3	25,3	26,1	31,5	33,8	35,5	36,0	36,7	39,2	39,2	41,9	43,9	45,4	47,6
Ontvangsten	0,7	0,9	0,8	0,5	0,4	2,0	2,1	2,0	1,3	1,4	1,5	1,5	1,9	2,7	3,1	3,2	3,2	3,2	3,2
Netto-uitgaven	17,4	19,2	21,5	23,0	23,2	22,3	23,2	24,0	30,2	32,4	34,0	34,5	34,7	36,5	36,1	38,6	40,7	42,2	44,4
Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)/Wet langdurige zorg (Wlz)																			
Bruto uitgaven	14,6	16,2	18,4	20,2	21,2	22,2	23,0	22,9	21,8	23,2	24,1	25,2	27,9	27,5	27,8	19,5	19,9	20,3	21,6
Ontvangsten	1,6	1,6	1,6	1,8	1,8	1,8	1,8	1,6	1,6	1,6	1,5	1,6	1,7	1,9	2,0	1,9	1,9	1,8	1,8
Netto-uitgaven	12,9	14,7	16,8	18,3	19,4	20,4	21,2	21,2	20,2	21,6	22,7	23,6	26,2	25,5	25,8	17,7	18,0	18,5	19,7
Begrotingsgefinancierde Zorguitgaven⁵																			
Bruto Wmo (Gemeentefonds)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,6	1,7	4,9	4,9	4,9	5,1
Bruto Jeugdwet (Gemeentefonds)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	1,9	1,9	2,0
Bruto overig begrotingsgefinancierd (VWS-begroting)	1,9	2,2	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,8	0,8	1,3	1,8	1,9	0,6	0,6	0,5	0,4	0,5	0,5
Bruto begrotingsgefinancierd	1,9	2,2	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	2,3	2,4	2,9	3,3	3,4	2,2	2,3	7,5	7,3	7,3	7,6
Ontvangsten	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Netto-uitgaven	1,7	2,0	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	2,2	2,3	2,8	3,2	3,4	2,2	2,3	7,5	7,3	7,3	7,6
Bruto Zorguitgaven	34,6	38,4	43,1	43,7	44,9	46,5	48,3	51,0	55,5	59,3	62,5	64,5	67,9	68,8	69,3	68,9	71,1	73,0	76,8
Zorgontvangsten	2,6	2,6	2,4	2,4	2,2	3,8	3,8	3,7	3,0	3,0	3,0	3,2	3,6	4,6	5,1	5,1	5,1	5,0	5,0
Netto Zorguitgaven	32,0	35,8	40,7	41,3	42,7	42,7	44,5	47,3	52,6	56,3	59,4	61,3	64,3	64,2	64,2	63,8	66,0	68,0	71,7

¹ De overheidssectoren zijn vanaf 2003 t/m 2006 leeg geboekt omdat deze niet meer tot het Uitgavenplafond gerekend wordt.

² De integratie-uitkering Wmo huishoudelijke hulp is in 2007 ingevoerd.

³ Exclusief de eenmalige stimuleringsimpuls voor de bouw uit het aanvullend coalitieakkoord Balkenende IV (€ 320 miljoen) die niet aan het Uitgavenplafond zorg is toegerekend.

⁴ Ingaande 2015 is de Wet langdurige zorg in werking getreden.

⁵ De genoemde begrotingsgefinancierde Zorguitgaven voor Wmo en de Jeugdwet betreffen alleen het premiedeel. Gemeenten ontvangen via het gemeentefonds via verschillende uitkeringen ook andere budgetten om aan hun wettelijke verantwoordelijkheden op grond van de Wmo 2015 en de Jeugdwet te voldoen. Het totale budget dat gemeenten aan de Wmo 2015 en de Jeugdwet uitgeven kan alleen indicatief worden gegeven op basis van lv3. De gemeenten leveren via het lv3-systeem (informatie voor derden) informatie aan over hun begroting en hun daadwerkelijke gerealiseerde uitgaven. Op basis van het lv3-systeem wordt voor een deel van de taken geen onderscheid gemaakt tussen de Wmo 2015 en de Jeugdwet, en de overheid wordt niet per taak inzichtelijk gemaakt maar op een taakveld door gemeenten geboekt. Zie ook het antwoord op vraag 428.

Bron: Actuele VWS-stand ontwerpbegroting 2019 (cijfers 2000 t/m 2012 zijn definitief)

De historische ontwikkeling van de zorguitgaven 1996 t/m 2023 staat ook als opendata op:
<https://data.overheid.nl/data/dataset/historische-groeiontwikkeling-van-de-zorguitgaven-niet-gecorrigeerd-voor-overhevelingen-zorg>
<https://data.overheid.nl/data/dataset/historische-groeiontwikkeling-van-de-zorguitgaven-gecorrigeerd-voor-overhevelingen-zorg>

Vraag 10

Hoeveel wordt er door dit kabinet geïnvesteerd in de zorg? Kunt u dit zowel weergeven in een totaalbedrag als uitgesplitst in aparte tabellen voor de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet?

Antwoord:

In onderstaande tabel zijn de intensiveringen en toegekende groeiruimte van dit kabinet voor de jaren 2018 t/m 2021 weergegeven op de in de vraag genoemde domeinen. Het betreft hier grotendeels wijzigingen in de uitgaven onder het plafond zorg (UPZ).

De loon- en prijsbijstelling die jaarlijks wordt toegekend is hierin niet opgenomen, net als de intensiveringen op de begroting van VWS (zoals waardig ouder worden, transformatiemiddelen jeugd en preventie).

Overzicht intensiveringen 2018–2021 (bedragen X € 1 miljoen)

	2018	2019	2020	2021
Totaal intensiveringen	1.013	3.858	5.141	6.220
<i>Zvw-uitgaven</i>	<i>139</i>	<i>1.310</i>	<i>1.838</i>	<i>2.261</i>
Groeiruimte ZVW ¹		967	1.404	1.787
H54 Gedragseffect derving eigen risico als gevolg van HLA+geneesmiddelen		20	35	50
H55 Gedragseffect stabilisatie eigen risico	39	80	105	130
Maximering bijbetalingen extramurale geneesmiddelen op € 250		15	15	15
Hulpmiddelen: EU-regelgeving versterken systeem marktordening			45	45
Geneesmiddelen: EU-regelgeving vervalsingen		70	70	70
Pakketadvies zittend ziekenvervoer		8	14	14
HLA: huisartsenzorg	50	50	50	50
HLA: wijkverpleging	50	50	50	50
HLA: geestelijke gezondheidszorg		50	50	50
<i>Zvw-ontvangsten</i>	<i>– 101</i>	<i>– 203</i>	<i>– 306</i>	<i>– 411</i>
H55 Stabilisatie eigen risico 2018–2021	– 101	– 203	– 306	– 411
<i>Wlz-uitgaven</i>	<i>641</i>	<i>2.006</i>	<i>2.671</i>	<i>3.222</i>
Groeiruimte Wlz ¹		489	489	489
Kwaliteitskader verpleeghuiszorg, incl. transitie-, uitvoerings- en implementatiekosten (al verwerkt bij Miljoenennota 2018)	577	1179	1767	2278
H72 Terugdraaien taakstelling Wlz		136	208	213
Actualisatie onderuitputting Zorg in natura (Wlz)	54	54	54	54
Overgangsproblematiek naar Wlz (zorgval)	10	20	25	30
Openstelling Wlz voor GGZ-cliënten				30
Kostenonderzoek Wlz		128	128	128
<i>Wlz-ontvangsten</i>	<i>– 16</i>	<i>– 45</i>	<i>– 41</i>	<i>– 41</i>
H67 Verlaging eigen bijdragen Wlz	– 16	– 45	– 31	– 31
Overig beleidsmatig			– 10	– 10
<i>Wmo en Jeugdwet-uitgaven</i>	<i>101</i>	<i>263</i>	<i>262</i>	<i>267</i>
Groeiruimte Wmo en Jeugd ¹		118	118	118
Voorziening voor door gemeenten ervaren knelpunten	100			
H66 Bijdrage Rijk in abonnementstarief Wmo		143	143	148
H67 Verlaging eigen bijdragen Beschermd Wonen	1	2	1	1
<i>Overig begrotingsgefinancierde-uitgaven</i>	<i>15</i>	<i>31</i>	<i>23</i>	<i>18</i>
H58 Stimulering medisch specialisten in loondienst		16	8	8
H62 Onafhankelijke clientondersteuning	15	15	15	10

¹ De groeiruiimte 2018 is buiten beschouwing gelaten (toegekend door het voormalige kabinet). De groei in 2018 is wel structureel, maar leidt niet tot een additionele groei in 2019. Voor de Zvw is de groei 2020 en 2021 verwerkt voor zover onderdeel van de hoofdlijnenakkoorden. Voor de Wlz en Wmo/jeugd is alleen de uitgedeelde tranche 2019 opgenomen. De groeiruiimte Wlz en Wmo beschermd wonen 2020 en 2021 wordt op een later moment uitgekeerd. Voor overig Wmo/jeugd geldt vanaf 2020 het accres.

Bron: Financieel Beeld Zorg Startnota en ontwerpbegroting 2019

Vraag 11

Kunt u een overzicht sturen van de bezuinigingen, uitgesplitst per Wmo, Wlz, Zvw en Jeugdzorg voor het komende jaar tot en met 2021?

Antwoord:

In onderstaande tabel zijn de maatregelen van dit kabinet voor de jaren 2018 t/m 2021 weergegeven. Hierbij zij aangetekend dat deze maatregelen er niet toe leiden dat er de komende jaren op deze onderdelen (huisartsenzorg, medisch-specialistische zorg, wijkverpleging, curatieve ggz, genees- en hulpmiddelen en de langdurige zorg) minder zorg wordt geleverd; het gaat hier slechts om «minder meer».

Overzicht maatregelen 2018–2021 (bedragen X € 1 miljoen)

	2018	2019	2020	2021
Totaal maatregelen	– 14,6	– 570,6	– 1.423,3	– 2.323,4
<i>Zvw-uitgaven</i>	<i>4,2</i>	<i>– 593,5</i>	<i>– 1.398,0</i>	<i>– 2.277,5</i>
H51 Hoofdlijnenakkoorden 2019–2021		– 460,0	– 1.190,0	– 1.920,0
H52 Maatregelen genees- en hulpmiddelen		– 61,0	– 158,0	– 305,0
Pakketmaatregel vitamines, mineralen en paracetamol		– 40,0	– 40,0	– 40,0
Opleidingen ggz		– 20,0		
Overig beleidsmatig	4,2	– 12,5	– 10,0	– 12,5
<i>Zvw-ontvangsten</i>		<i>– 43,0</i>	<i>– 92,0</i>	<i>– 141,0</i>
H53 Doorwerking maatregelen Zvw (HLA en geneesmiddelen)		– 43,0	– 92,0	– 141,0
Wlz-uitgaven	– 18,8	– 20,1	– 117,3	– 186,9
Ramingsbijstelling groei Wlz		– 30,0	– 110,0	– 160,0
Overig beleidsmatig	– 18,8	9,9	– 7,3	– 26,9

Bron: Financieel Beeld Zorg Startnota en ontwerpbegroting 2019

Vraag 12

Kunt u de Kamer een recent overzicht doen toekomen met alle bezuinigingen op de langdurige zorg (Wlz, Wmo en jeugdzorg) als het gaat om de jaren 2015 tot en met 2021 (uitgesplitst naar zorgsector en jaartal)?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 16 t/m 19 uit de Begrotingsbehandeling voor het jaar 2018 (TK 34 775 XVI, nr. 14). Hierin zijn alle intensiveringen en maatregelen uit de ontwerpbegroting 2012 t/m 2018, voor de jaren 2012 t/m 2020 opgenomen.

Zie voorts de antwoorden op vraag 10 en 11 voor de intensiveringen en de maatregelen van dit kabinet.

Vraag 13

Hoeveel winst is er gemaakt in de Nederlandse zorgsector in 2018?

Antwoord:

Ik heb geen overzicht van de totale winst die in de Nederlandse zorgsector wordt gemaakt. Zie ook het antwoord op vraag 19.

Vraag 14

Hoeveel bedroegen de onderschrijdingen op zorg de afgelopen vijf jaar en welke sectoren hadden de grootste onderschrijdingen?

Antwoord:

In de onderstaande tabel is een overzicht opgenomen van de onderschrijding van het Uitgavenplafond zorg in de afgelopen vijf jaar.

Onderschrijdingen van het Uitgavenplafond zorg 2013–2017 (bedragen x 1 miljard)

	2013	2014	2015	2016	2017
Onderschrijding	– 1,1	– 2,0	– 0,6	– 1,8	– 2,6

Bron: VWS-jaarverslagen, Financieel Beeld Zorg 2013 t/m 2017

De onderschrijding van het Uitgavenplafond zorg wordt enerzijds veroorzaakt door de bijstelling van het Uitgavenplafond en anderzijds door de bijstelling van de netto-zorguitgaven. Er kan niet exact worden aangegeven welk deel van de onderschrijding betrekking heeft op Zvw, AWBZ/Wlz en begrotingsgefinancierde zorguitgaven en dus ook welke specifieke sectoren de grootste onderschrijdingen hadden. Dit omdat het deel van de over- dan wel onderschrijding dat betrekking heeft op de

bijstelling van het Uitgavenplafond niet uitgesplitst wordt. De bijstellingen van de netto-zorguitgaven zijn wel uitgesplitst opgenomen in de VWS-jaarverslagen 2013 tot en met 2017. Hieruit valt op te maken dat de lagere zorguitgaven vanaf 2013 tot en met 2017 hun oorsprong vinden in de Zvw.

Vraag 15

Wat is er met de overschrijdingen op zorg de afgelopen jaren gedaan? Waar is dat geld terechtgekomen?

Antwoord:

In de onderstaande tabel is een overzicht opgenomen van de over- en overschrijdingen van de Uitgavenplafonds Rijksbegroting, Sociale Zaken en Arbeidsmarkt en Zorg over de jaren 2013 t/m 2018. Uit dit overzicht blijkt dat sinds het jaar 2013 sprake is van overschrijdingen van het Uitgavenplafond zorg. Deze overschrijdingen zijn voornamelijk ingezet als compensatie voor overschrijdingen op het Uitgavenplafond Rbg-eng.

Over- en overschrijdingen van de Uitgavenplafonds 2013–2018 (+ = overschrijding, in miljarden euro)¹

Kadertoets	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Rbg-eng	– 0,4	0,2	1,0	1,5	0,6	0,9
SZA	0,2	– 0,8	– 0,9	– 0,8	– 1,2	– 0,5
BKZ	– 1,1	– 2,0	– 0,6	– 1,8	– 2,6	– 0,5
Totaal uitgavenkader	– 1,4	– 2,6	– 0,5	– 1,1	– 3,1	– 0,1

¹ Door afrondingsverschillen kan de som van de delen afwijken van het totaal.

Bron: Financieel Jaarverslag Rijk 2010 t/m 2017 en 2018 (raming OW 2019)

Overigens betekent compensatie van overschrijdingen elders niet dat zorggeld wordt uitgegeven voor zaken waar het niet voor bedoeld was. Geld voor de zorg wordt gezamenlijk betaald door burgers (via de premie en het eigen risico), werkgevers (via de inkomensafhankelijke bijdrage) en de overheid (via de rijksbijdrage voor de zorgkosten van kinderen). Die (premie)inkomsten mogen niet voor andere zaken worden aangewend dan zorg. Als de zorguitgaven lager uitkomen dan het kabinet heeft geraamd, kan het zijn dat zorgverzekeraars hier al rekening mee hebben gehouden in hun premiestelling. In de afgelopen jaren hebben de verzekeraars hun premie vaak lager vastgesteld dan het kabinet had verwacht. Dat komt onder andere doordat zorgverzekeraars over actuelere en meer gedetailleerde informatie beschikken dan het kabinet bij het opstellen van de begroting. De besluitvorming over de begroting vindt binnen het kabinet immers plaats in het voorjaar, als er nog geen realisaties over het lopende jaar beschikbaar zijn. Als verzekeraars in oktober/november hun premies bekend maken hebben zij al wel de beschikking over realisatiegegevens over het eerste half jaar. Bovendien hebben zij voor hun eigen verzekerdenpopulatie veel meer detailinformatie dan de per sector geaggregeerde informatie waarover het Ministerie van VWS beschikt.

Als de zorguitgaven achteraf lager blijken uit te vallen, leidt dit tot grotere reserves bij de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars gebruiken deze reserves op de premiestijging in latere jaren te dempen. Zo hebben de verzekeraars in de jaren 2014–2018 al zo'n 6 miljard euro (zie ontwerpbegroting 2019 pagina 220) teruggegeven aan de burgers. Burgers betalen dus niet teveel premie voor hun zorg.

Lagere zorguitgaven dan verwacht leiden tot een overschrijding van het Uitgavenplafond Zorg. Net als bij andere overheidsuitgaven voor bijvoorbeeld onderwijs of sociale zekerheid wordt over de besteding van

dergelijke meevallers politiek besloten. Tegenover de lagere zorguitgaven stonden voor de burger ook lagere premies. De verzekeraars hadden deze lagere uitgaven al voorzien en hebben die ook doorvertaald in de premie voor 2018.

Vraag 16

Wat is het aandeel van de verhoging van het lage Belasting Toegevoegde Waarde (BTW)-tarief op de zorgpremie en op de totale zorgkosten?

Antwoord:

VWS heeft berekend dat de btw verhoging leidt tot circa € 325 miljoen aan extra jaarlijkse zorguitgaven. De zorgsector wordt voor ongeveer de helft hiervan automatisch gecompenseerd via de loon- en prijsbijstelling. Voor de sectoren MSZ en geneesmiddelen was dat niet afdoende en zijn specifieke afspraken gemaakt om de effecten van de BTW-verhoging in de ramingen voor deze sectoren te verwerken. Als gevolg van deze toename van de zorguitgaven stijgt de nominale premie met circa € 10 op jaarbasis, bij de IAB gaat het om 0,04%.

Vraag 17

Hoeveel was de nominale zorgpremie geweest als de zorgverzekeraars € 1 miljard van hun reserves hadden ingezet voor premiedemping?

Antwoord:

In de raming van de nominale premie in de begroting is reeds geraamd dat de verzekeraars een deel van hun reserves zullen afbouwen, totaal ter grootte van € 450 miljoen. Indien wij hadden aangenomen dat verzekeraars € 1 miljard van hun reserves zullen gaan afbouwen, dan was de raming van de nominale premie uitgekomen op € 1.415 in plaats van € 1.432. Verzekeraars bepalen echter zelf hoeveel reserves zij daadwerkelijk gaan inzetten en iedere zorgverzekeraar maakt daarin een eigen keuze. Zorgverzekeraars zetten in op een stabiele premieontwikkeling en dus op een geleidelijke inzet van reserves. Uiterlijk 12 november maken zorgverzekeraars hun premie voor het volgende jaar bekend. Dan is ook duidelijk hoeveel zij totaal zullen inzetten aan reserves.

Vraag 18

Hoe hebben de winsten en reserves van zorgverzekeraars zich ontwikkeld de afgelopen vijf jaar?

Antwoord:

DNB publiceerde jaarlijks – op basis van de verslagstaten DNB – een landelijk overzicht technische rekening zorgverzekeraars voor de basisverzekering. Deze overzichten zijn beschikbaar van 2007 t/m 2015.

Jaar	Resultaat technische rekening (bedragen x € 1 miljoen)
2007	– 269
2008	– 218
2009	464
2010	125
2011	381
2012	937
2013	1.229
2014	918
2015	323

Bron: DNB

Deze resultaten werden gepresenteerd op basis van Solvency I cijfers – dat wil zeggen op basis van de boekhoudkundige regels zoals deze onder

Solvency I golden – en kunnen daardoor niet aangevuld worden met de cijfers na 2015 die op basis van Solvency II-regels zijn vastgesteld.

Op basis van de transparantieoverzichten van zorgverzekeraars bedraagt het resultaat over 2016 ruim 300 miljoen euro negatief; voor 2017 ruim 550 miljoen euro negatief. Dit bedrag is inclusief beleggingsopbrengsten van zorgverzekeraars op de basisverzekering.

De cijfers 2016 en 2017 betreffen de resultaten conform de systematiek van de jaarrekeningen. Bij het resultaat «technische rekening» (2007–2015) blijft het resultaat van de «niet-technische» rekening buiten beeld. Het gaat hier voornamelijk om de opbrengsten uit beleggingen voor zover niet toegerekend aan de «technische rekening».

Onderstaande tabel geeft de resultaten en de bestemming van de resultaten per verzekeraar over 2017. Deze resultaten zijn voor aftrek van de teruggave in de premie 2018.

Resultaat en bestemming resultaat basisverzekering ultimo 2017 (in miljoen euro)

Concern	Resultaat 2017	Bestemming lagere premie 2018	Bestemming toevoeging reserves
ASR	– 3	0	– 2
CZ	114	255	– 140
DSW	37	15	22
Eno	11	15	– 4
Menzis	103	69	34
ONVZ	– 7	27	– 34
Stad Holland	14	9	5
VGZ	– 148	44	– 191
Zilveren Kruis	– 146	106	– 252
Z&Z	32	35	– 4
Totaal	8	575	– 566

Bron:transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2017, zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op de website. Totaal kan door afrondingsverschillen afwijken.

Vraag 19

Hoe hebben de winsten en reserves van zorginstellingen (uitgesplitst naar ziekenhuizen, verpleeghuizen, zelfstandige behandelcentra (zbc's), geestelijke gezondheidszorg (ggz-), jeugd-, thuiszorg- en eerstelijnsinstellingen) zich ontwikkeld de afgelopen vijf jaar?

Antwoord:

Ik beschik niet over de precieze informatie die u vraagt. Onderstaande tabel geeft een overzicht van het bedrijfsresultaat (de bedrijfsopbrengsten minus de bedrijfslasten, exclusief het saldo van financiële en buitengewone baten en lasten) en het eigen vermogen (waar de reserves onderdeel van uitmaken) van instellingen met minimaal tien werknemers in verschillende zorgsectoren in 2015 en 2016. Vanwege een methodebreuk zijn vergelijkbare cijfers over eerdere jaren niet beschikbaar.

Financiën grote en middelgrote ondernemingen per sector (x € 1 miljoen)

	Bedrijfsresultaat		Eigen vermogen	
	2015	2016 ¹	2015	2016 ¹
Universitair medisch centra	318	314	2.072	2.228
Algemene ziekenhuizen	615	559	3.672	3.901
Categoriale ziekenhuizen	67	47	397	432
GGZ met overnachting	167	101	1.298	1.341
Gehandicaptenzorg	301	240	2.450	2.618
Jeugdzorg met overnachting	22	27	243	260
Maatschappelijke opvang (24-uurs)	33	- 12	281	271
Ambulante jeugdzorg	3	21	64	104
Verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg	320	160	4.528	4.459

¹ voorlopige cijfers

Bron: CBS Statline

Vraag 20

Hoe hebben de winsten van farmaceuten en hulpmiddelenfabrikanten zich de afgelopen vijf jaar ontwikkeld?

Antwoord:

Het CBS geeft in Statline de onderstaande bedrijfsresultaten voor de farmaceutische industrie (grondstof-en productenindustrie) in Nederland?.

(bedragen x € 1 miljoen)

Jaar	Bedrijfsresultaat farmaceutische industrie
2009	972
2010	702
2011	1.305
2012	2.274
2013	821
2014	680
2015	1.011
2016	1.050

Voor de hulpmiddelenfabrikanten zijn geen CBS-cijfers over de winst beschikbaar. VWS heeft afgelopen jaar onderzoek door KPMG laten doen naar de markt voor medische technologie (zie ook het toelichtende antwoord op vraag 45 van de begrotingsvragen in 2017 (Tweede Kamer, 34 775 XVI, nr. 14).

In het KPMG-rapport «The Medtech Market in the Netherlands» (2018) wordt de omvang van de medtech markt in Nederland geschat op 4,7 miljard euro in 2016. In het hoofdstuk «Margins in the Dutch MedTech sector» worden de marges in de sector geschat op 10% in 2015. De winst van de Medtech-industrie in Nederland zou dan in 2015 uitkomen op circa een half miljard euro.

Vraag 21

Met hoeveel zijn de accountantskosten van zorginstellingen de afgelopen vijf jaar gestegen?

Antwoord:

IntraKoop heeft een analyse uitgevoerd op de accountantskosten van zorgorganisaties in Nederland. Deze analyse is gemaakt op basis van 683 bruikbare jaarverslagen over het jaar 2016 met vergelijkende cijfers over 2015. IntraKoop schetst in haar jaarverslagenanalyse dat zorginstellingen over het jaar 2016 gemiddeld 12% meer hebben uitgegeven aan het inhuren van accountants dan in 2015. Gemiddeld hebben zorginstellingen in 2016 per € 1.000 omzet zo'n € 1,52 aan accountantskosten betaald,

ofwel 0,152%. In 2015 was dit 0,136%. Voor de oorzaken en maatregelen verwijs ik u naar de brief over de stijging in accountantskosten van eind 2017 (TK 29 515, nr. 420).

Vraag 22

Hoeveel Spoedeisende Hulp (SEH)-posten zijn de afgelopen vijf jaar gesloten of hebben hun openingstijden beperkt waardoor ze niet langer 24/7 open zijn?

Antwoord:

De bereikbaarheid en beschikbaarheid van de afdelingen voor spoedeisende hulp (SEH's) wordt jaarlijks door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in kaart gebracht in de zogenaamde «analyses gevoelige ziekenhuizen».

Uit de analyse uit 2017 blijkt dat het aantal SEH's dat 24/7 open is, is afgenomen van 94 in 2013 naar 89 in april 2017 (TK 2017–2018, 29 247, nr. 246). Op peildatum april 2018 is het aantal 24/7 SEH's afgenomen naar 86 (bijlage bij TK 2017–2018, 29 247, nr. 260).

Vraag 23

Hoeveel afdelingen Verloskunde zijn er de afgelopen vijf jaar gesloten?

Antwoord:

De informatie waar ik op grond van rapporten van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) over beschik is de volgende.

In 2011, 2014 en 2015 waren er 84 locaties waar 24/7 acute verloskunde werd aangeboden. In 2016 werd deze zorg op 81 locaties aangeboden en in 2017 waren dit er 83 (TK 2017–2018, 29 247, nr. 246). In 2018 (met peilmoment april 2018) waren er 80 ziekenhuislocaties waar 24/7 acute verloskunde werd aangeboden (TK 2017–2018, TK 29 247 nr. 260). In het RIVM-rapport uit 2017 staat dat sinds 2014 de volgende vijf ziekenhuislocaties geen 24/7 acute verloskunde meer aanboden: de ziekenhuislocaties van het Bravis ziekenhuis in Roosendaal, het ZGT Hengelo, het Slotervaart ziekenhuis in Amsterdam, het Alrijne ziekenhuis in Leiden en het Zuyderland in Sittard-Geleen (TK 2017–2018, 29 247, nr. 246). Verder is in Den Haag de afdeling acute verloskunde van het HagaZiekenhuis verplaatst, van de locatie Sportlaan naar de locatie Leyweg (Bijlage bij TK 2015–2016, 34 300 XVI, nr. 158).

In het RIVM-rapport uit 2018 (met peilmoment april 2018) concludeert het RIVM dat er een aantal veranderingen in het aanbod is opgetreden ten opzichte van 2017. In april 2018 was er één ziekenhuislocatie minder waar acute verloskunde werd aangeboden dan in 2017. Het Elizabeth-TweeSteden Ziekenhuis locatie Tweesteden in Tilburg, het St. Antonius ziekenhuis in Woerden en de locatie Emmen (Scheper ziekenhuis) van Treant boden in april 2018 geen acute verloskunde meer aan. Het St. Antonius ziekenhuis in Utrecht en het Refaja Ziekenhuis in Stadskanaal boden op het peilmoment in april 2018 wel acute verloskunde aan, terwijl ze dat in 2017 niet deden (TK 2017–2018, TK 29 247, nr. 260).

In aanvulling hierop verwijs ik graag naar mijn brief aan de Tweede Kamer van 1 oktober jl. inzake de klinische kindergeneeskunde en klinische verloskunde bij Treant, voor wat betreft de ontwikkelingen met betrekking tot de afdelingen acute verloskunde van Treant Zorggroep in Emmen, Stadskanaal en Hoogeveen.

Vraag 24

Hoeveel opnamestops waren er de afgelopen vijf jaar wegens overvolle SEH-posten waardoor ambulances moesten wachten of uitwijken naar elders?

Antwoord:

Er is geen landelijke registratie van zogenaamde «opnamestops» op de SEH. Volgens de marktscan acute zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) van september 2017 (TK 2016–2017, 29 247, nr. 236) zijn er drie van de elf ROAZ-regio's (acute zorg regio's; ROAZ = Regionaal Overleg Acute Zorgketen) waarin spoedafdelingen van de 25 ziekenhuizen een stop consequent registreren: SpoedZorgNet Noord-Holland / Flevoland, Netwerk Acute Zorg Noordwest en Traumazorgnetwerk Midden-Nederland. Deze laatste regio registreert niet door welke spoedafdeling de stop is afgegeven. Deze regio is daarom niet in alle analyses meegenomen.

De marktscan acute zorg bevat alleen gegevens van SEH-stops in deze regio's vanaf 2014. In 2014 zijn er 448 SEH-stops geregistreerd, in 2015 619 en 2016 1342. De toename komt deels doordat de registratie van stops in deze regio's nog maar sinds enkele jaren plaatsvindt. Een gedeelte van de toename is een effect van betere registratie. De gemiddelde duur van stops is afgenomen voor alle spoedafdelingen: bijvoorbeeld bij de SEH van bijna 3,5 uur gemiddeld in 2014 naar 2,5 uur in 2016. Overigens betekent zo'n «stop» niet dat de betreffende afdeling in absolute zin is gesloten voor nieuwe patiënten. Zo'n stop is een signaal aan de ambulancedienst dat het – vaak tijdelijk – erg druk is op de betreffende afdeling en dat het beter is om naar een ander ziekenhuis te rijden dat een paar minuten verder weg ligt, als de zorg daar sneller kan worden verleend (TK 2015–2016, 29 247, nr. 224). In alle regio's is afgesproken dat patiënten in levensbedreigende situaties in een geval van een stop op de SEH toch altijd terecht kunnen (TK 2017–2018, 29 247, nr. 249). Zie ook mijn antwoord op vraag 154. De volgende monitor acute zorg van de NZa verschijnt eind dit jaar.

Vraag 25

Waaruit blijkt dat zorg aan ouderen thuis kosten bespaart?

Antwoord:

Meer zorg aan huis sluit aan bij de wens van vele ouderen. Met de evaluatie «langer zelfstandig thuiswonende ouderen» wordt een meerjarig onderzoek uitgevoerd om inzicht te krijgen in de situatie van thuiswonende ouderen. In dit onderzoek wordt gekeken naar het gecombineerde zorggebruik van ouderen uit de verschillende domeinen (Wlz, Zvw en Wmo) en wat de kosten zijn van de zorg die in de verschillende domeinen wordt geleverd. Begin 2019 wordt op basis van de inzichten uit dit explorerend onderzoek bekeken of voldoende gegevens beschikbaar zijn om het onderzoek goed te kunnen uitvoeren. U wordt hierover nader geïnformeerd.

Vraag 26

Wanneer komt de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU) met de resultaten van de pilot met betrekking tot voorwaarden stellen bij licentieoverdracht van publieke kennisinstellingen naar farmaceutische bedrijven? Is er geld gereserveerd voor deze pilot en zo ja, waar in de begroting?

Antwoord:

Zoals gemeld bij brief van 15 juni 2018 «Betreft Reactie op initiatiefnota «Big farma; niet gezond!» van PvdA, GroenLinks en SP», leidt de NFU een traject rondom maatschappelijk verantwoord licenseren.

Dit traject moet leiden tot een aantal basisprincipes van maatschappelijk verantwoord licenseren bij geneesmiddelenontwikkeling door kennisinstellingen die met publieke middelen worden betaald. De NFU streeft naar een resultaat in het eerste kwartaal van 2019.

Bij het ontwikkelen en toepassen van dergelijke principes zal een balans moeten worden gevonden tussen de wens om een innovatief product naar de patiënt te brengen en de wens om dat product betaalbaar te houden.

ZonMw ondersteunt dit traject vanuit bestaande middelen. De relevante stakeholders worden betrokken en er wordt gekeken naar de Europese context.

Vraag 27

Hoeveel wordt er uit publieke middelen uitgegeven aan geneesmiddelenonderzoek? Kunt u een overzicht geven in een tabel met alle verschillende publieke financieringsbronnen? Hoeveel wordt er door de private sector uitgegeven aan geneesmiddelenonderzoek?

Antwoord:

Uw Kamer ontvangt vrijwel gelijktijdig met deze beantwoording separaat een brief die inzicht geeft in de publieke middelen voor medicijnontwikkeling. De brief geeft inzicht in de relevante geldstromen van de betrokken ministeries (VWS, OCW, EZK en BZ) alsmede van de Europese Commissie. Ik beschik niet over een overzicht van de private middelen die uitgegeven worden voor geneesmiddelenonderzoek.

Vraag 28

Hoe vaak is er melding gemaakt afgelopen jaren bij de Ondernemingskamer als het gaat om disfunctionerende bestuurders?

Antwoord:

Op grond van het enquêterecht kan een cliëntenraad van de zorginstelling een verzoek doen tot een onderzoek naar het beleid en de gang van zaken binnen de zorginstelling. Indien uit het onderzoek van de enquêteur blijkt dat er sprake is van wanbeleid kan de Ondernemingskamer voorzieningen treffen die zij op grond van de uitkomst van het onderzoek noodzakelijk acht. De Ondernemingskamer doet daarbij geen uitspraak over de aansprakelijkheid. Navraag bij de Ondernemingskamer wijst uit dat sinds 2010 acht van dergelijke verzoeken zijn gedaan.

Vraag 29

Kunt u aangeven hoeveel bestuurders uitgesplitst per zorgsector meer verdienen dan de Balkenendenorm? Kunt u deze bestuurders in een overzicht zetten met salariëring, eventuele bonus en auto, in plaats van door te verwijzen naar het Ministerie van Binnenlandse Zaken?

Antwoord:

Ik beschik niet over de door u gevraagde informatie. Met de inwerkingtreding van de Evaluatiewet WNT, op 1 juli 2017, is de algemene digitale meldplicht bij de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties komen te vervallen en wordt niet langer een integraal overzicht van alle topinkomens in de publieke en semipublieke sector bijgehouden en jaarlijks naar de Tweede Kamer verstuurd. Zorginstellingen met een

WTZi-toelating blijven verplicht de WNT-informatie in hun jaarverslag op te nemen, deze door de accountant te laten controleren en deze te publiceren.

Vraag 30

Kunt u een overzicht geven van alle zorgbestuurders die in opspraak zijn geweest vanwege wanbeleid/wanbestuur?

Antwoord:

Ik beschik niet over een dergelijk overzicht.

Vraag 31

Heeft u in 2018 zorgbestuurders ontslagen en laten vervangen? Zo ja, wie waren dat en waarom? Zo neen, waarom niet?

Antwoord:

De overheid ontslaat en vervangt geen zorgbestuurders omdat zij geen verantwoordelijkheid draagt voor het bestuur van een zorginstelling. De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor en belast met het besturen van de zorgorganisatie. De Raad van Toezicht houdt hier toezicht op en is bevoegd om, in voorkomend geval, bestuurders te ontslaan. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd heeft ook geen bevoegdheid om zorgbestuurders te ontslaan. Wel kan de inspectie – als ultimum remedium – op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg een zorgaanbieder een aanwijzing geven om te bewerkstelligen dat de raad van bestuur of raad van toezicht van een zorginstelling wordt uitgebreid of een of meer leden daarvan worden vervangen. Die situatie heeft zich tot op heden niet voorgedaan.

Vraag 32

Welk verband bestaat er tussen het midden van zorg en de inkomensgroep waartoe iemand behoort?

Antwoord:

De meest recente gegevens over zorgmijding – gebaseerd op objectieve data zoals zorgregistraties en declaratiecijfers – staan in het onderzoek van het Nivel naar de omvang en aard van zorgmijding. Dit onderzoek is, inclusief een beleidsreactie, op 28 oktober 2015 (TK 29 689, nr. 664) aan de Kamer aangeboden.

Vraag 33

Hoeveel mensen hebben in 2018 afgezien van zorg vanwege hogere kosten, graag uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord:

Het Nivel-onderzoek naar zorgmijding (zie het antwoord op vraag 32) laat zien dat de stijging van het verplicht eigen risico niet gepaard is gegaan met een stijging van het aantal zorgmijders. Een vragenlijst wijst uit dat 3 procent van de mensen vanwege financiële redenen afziet van een huisartsenbezoek. Dit percentage is sinds 2009 gelijk gebleven. Daarnaast laten declaratiedata geen toename van het afzien van huisartsenzorg in bepaalde groepen zien.

Verder haalde in 2014 29% van de verzekerden een geneesmiddel niet op. Dit percentage ligt lager dan in 2008 en 2009. Toen haalde respectievelijk 34% en 35% van de verzekerden een geneesmiddel niet op. In 2013 heeft 27% van de verzekerden een verwijzing naar de medisch specialist niet opgevolgd. De grootste stijging in het niet opvolgen van een verwijzing vond vóór de stijging van het verplicht eigen risico in 2013 plaats.

Zie voor het antwoord van vorig jaar ook TK 34755, XVI, nr. 14.

Vraag 34

Hoeveel mensen hebben afgezien van de eigen bijdrage Wmo? Hoe was die verdeling in vorige jaren?

Antwoord:

Er is geen landelijke registratie beschikbaar van mensen die hebben afgezien van voorzieningen vanwege een eigen bijdrage Wmo.

Vraag 35

Hoeveel mensen zien af van Wlz-zorg vanwege de hoge eigen bijdrage? Hoe was die verdeling in de vorige jaren?

Antwoord:

Het is niet bekend hoeveel mensen afzien van Wlz-zorg vanwege de eigen bijdrage. Er is dus ook geen verdeling over vorige jaren bekend.

Vraag 36

Hoe was de verdeling naar inkomensgroep van mensen die zorg mijden in 2017? Hoe was die verdeling in vorige jaren?

Antwoord:

Zie het antwoord op Vraag 32.

Vraag 37

Hoe vaak zijn in 2018 budgetplafonds bereikt bij behandelingen en zorg in de ggz, ziekenhuizen en in de wijkverpleging? Hoe was dit in vorige jaren? Kunt u uw antwoord duiden?

Antwoord:

Zorgverzekeraars maken met zorgaanbieders afspraken over het doorleveren van zorg als het budgetplafond is bereikt. Als er geen afspraken zijn over het doorleveren van zorg kunnen zorgaanbieders bij het bereiken van het budgetplafond een patiëntenstop afkondigen. Ook bij onvoldoende personele capaciteit kunnen zorgaanbieders een patiëntenstop afkondigen. Er zijn geen landelijke cijfers over het budgetplafonds en patiëntenstops. Hieronder is geciteerd uit de beschikbare informatie.

GGZ

- Voor de ggz-sector heeft de NZa een onderzoek gedaan naar de omzetplafonds bij vrijgevestigden en wachttijden in de gespecialiseerde ggz. Ik heb u hierover in juli geïnformeerd. Daarbij heeft de NZa aan vier grote zorgverzekeraars gevraagd inzicht te geven in het aantal vrijgevestigden dat tegen een omzetplafond aanloopt.
- Uit de aangeleverde informatie bleek dat zo'n 3% van de gecontracteerde aanbieders een omzet heeft gedeclareerd dat in de buurt komt van het omzetplafond (waarbij tussen de 90% en 100% van het omzetplafond werd gedeclareerd), maar dus niet het plafond heeft overschreden.
- Een overgrote meerderheid van de vrijgevestigden benadert daarmee niet het afgesproken omzetplafond (en blijft minimaal 10% onder het plafond).
- Bij ongeveer 2,5% van de vrijgevestigden is daadwerkelijk meer dan 100% van het omzetplafond gedeclareerd en werd de overproductie teruggevorderd.

Ziekenhuizen

Ik beschik voor de MSZ niet over informatie met betrekking tot het aantal patiëntenstops dat wordt ingesteld. In het geval van een patiëntenstop moet een verzekeraar vanwege de zorgplicht of bijcontracteren bij de betreffende zorgaanbieder of zorgen voor voldoende aanbod bij andere zorgaanbieders in de regio. De NZa ziet toe op naleving van de zorgplicht.

Wijkverpleging

- Uit de monitor contractering wijkverpleging 2018 van de NZa blijkt dat het grootste deel van de aanbieders in de wijkverpleging (73%) geen patiëntenstop heeft afgegeven in 2017. De overige 27% (84) van de aanbieders heeft wél een of meer patiëntenstops afgegeven. Ongeveer de helft van deze aanbieders (16%) deed dit omdat het budgetplafond (bijna) was bereikt. Een andere veel voorkomende reden is onvoldoende personele capaciteit bij de aanbieder.
- Als een zorgverzekeraar het budgetplafond ophoogt kunnen zorgaanbieders afzien van een patiëntenstop. Uit monitor van de NZa blijkt dat zorgverzekeraars dat vaak doen.

Vraag 38

Wat is de precieze omvang van fraude in de zorg?

Antwoord:

De precieze omvang van fraude in de zorg is lastig te kwantificeren, omdat fraude per definitie heimelijk plaatsvindt en we niet weten wat we niet weten.

De Rapportage bij persbericht resultaten controle en fraudebeheersing 2017 van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) geeft (ook) geen volledig beeld van het totaal aan zorgfraude. Het onderzoek van ZN is bedoeld om de door zorgverzekeraars aangetoonde fraude in kaart te brengen, niet het totaal aan mogelijke fraude.

In 2017 hebben zorgverzekeraars 1146 fraudeonderzoeken afgerond. Uit de rapportage van ZN blijkt dat in totaal 31.3 miljoen euro onterecht gedeclareerd is. Van dit totaal onterecht gedeclareerd bedrag is voor het merendeel, namelijk 27 miljoen euro, sprake van vastgestelde fraude.

Vraag 39

Hoeveel fraudezaken die betrekking hebben op de gezondheidszorg worden momenteel behandeld door het Openbaar Ministerie, uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord:

De besluitvorming over welke fraudesignalen in aanmerking komen voor strafrechtelijke afdoening vindt plaats in de zogeheten Stuur- en Weegploeg Zorg, onder voorzitterschap van het Openbaar Ministerie (het onder andere in fraude gespecialiseerde Functioneel Parket, OM/FP). In 2017 zijn in totaal 52 fraudesignalen voorgelegd aan de Stuur- en Weegploeg Zorg. Daarvan zijn 20 fraudesignalen geaccepteerd voor een strafrechtelijk onderzoek. Hierbij geldt dat in één strafrechtelijk onderzoek meerdere natuurlijke personen of rechtspersonen als verdachte kunnen worden aangemerkt. Het is niet bekend welk aantal zorgfraudezaken in 2017 in totaal bij de politie en arrondissementsparketten in behandeling zijn genomen.

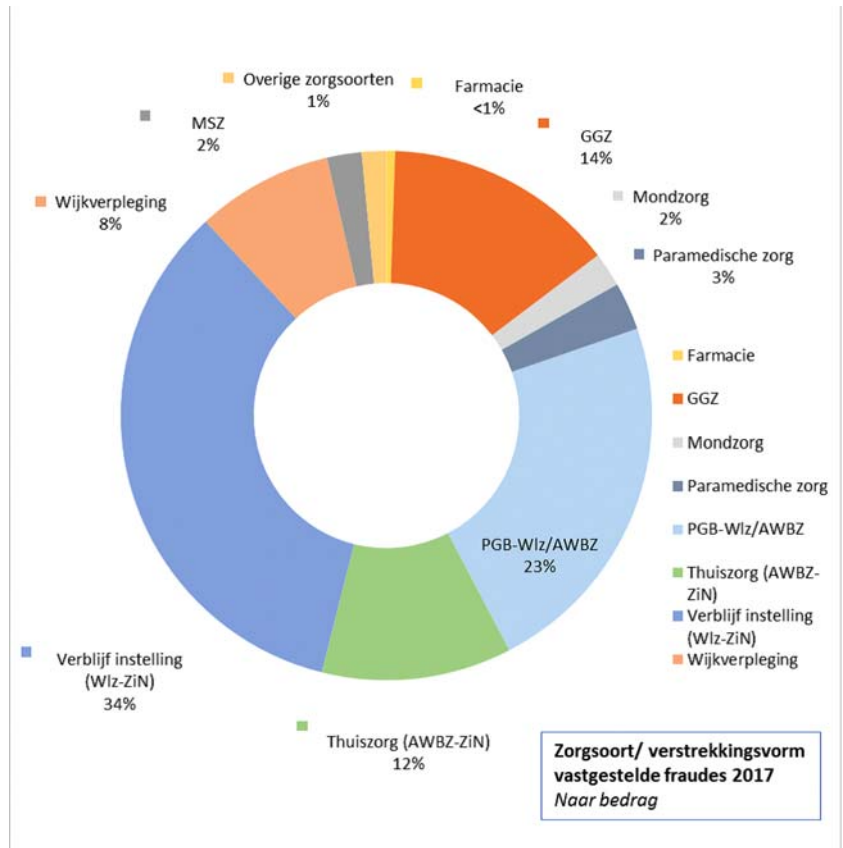
Om de voortgang van de onderzoeken niet te schaden, geeft het OM geen nadere informatie over welke specifieke (sub)sectoren het betreft.

Vraag 40

In welke zorgsectoren vindt de meeste fraude plaats en wat zijn de oorzaken hiervan?

Antwoord:

Zorgverzekeraars hebben fraude vastgesteld in alle verzekeringsvormen. Uit de Rapportage bij het persbericht resultaten controle en fraudebeheersing 2017 van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) blijkt dat zorgverzekeraars voornamelijk in de Wlz (37%) en AWBZ (32%) fraude hebben vastgesteld, gevolgd door de Zorgverzekeringswet (26%). Ook in de Aanvullende verzekering werd fraude gepleegd (4%). In 1% van de fraude bewezen gevallen was een verzekeringsvorm onbekend of niet van toepassing. Onderstaande diagram geeft per zorgsoort/verstrekkingvorm de vastgestelde fraude weer. Wat betreft de oorzaken van onrechtmatigheden in de zorg verwijs ik uw Kamer naar het Programmaplan Rechtmatige Zorg, aanpak van fouten en fraude, 2015–2018.



Vraag 41

Zijn er zorgorganisaties die op dit moment onder verdenking staan van het Openbaar Ministerie (OM)?

Antwoord:

Als te doen gebruikelijk kan het OM geen mededelingen doen over lopende strafrechtelijke onderzoeken. Dit om het verloop van de onderzoeken niet te schaden.

Vraag 42

Hoeveel personen zijn in 2018 opgepakt voor fraude in de zorg?

Antwoord:

Als te doen gebruikelijk kan het OM geen mededelingen doen over lopende strafrechtelijke onderzoeken. Dit om het verloop van de onderzoeken niet te schaden.

Vraag 43

Hoeveel personen zijn berecht in 2018 voor fraude in de zorg?

Antwoord:

De opsporingsinstanties en het OM houden niet systematisch bij dat het om fraude in de zorg gaat. Deze informatie is derhalve niet beschikbaar.

Vraag 44

Hoeveel fulltime-equivalent (FTE) is er, uitgesplitst naar de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het Functioneel Pakket, het Openbaar Ministerie en de Zorgverzekeraars, beschikbaar voor de fraudeopsporing?

Antwoord:

De strafrechtelijke opsporing van fraude in de zorg is belegd bij de bijzondere opsporingsdiensten Inspectie SZW en FIOD. Deze diensten voeren strafrechtelijke onderzoeken uit onder gezag van het Functioneel Parket van het Openbaar Ministerie (OM/FP). Het OM/FP is tevens verantwoordelijk voor de strafrechtelijke vervolging en de tenuitvoerlegging van opgelegde straffen.

De Inspectie SZW is verantwoordelijk voor de opsporing van zorgfraude. De Inspectie SZW heeft hier structureel circa 69 fte voor beschikbaar.

De totaal beschikbare capaciteit voor zorgfraudebestrijding bij het gehele OM is niet exact in fte's aan te geven. Elke officier van justitie is in beginsel toegerust om fraudezaken af te doen en kan dit doen als onderdeel van een breder takenpakket. Hierdoor wordt de totale beschikbare capaciteit van het OM ingezet daar waar deze op dat moment het meest nodig is.

De capaciteit die de FIOD beschikbaar heeft voor zorgfraude is onveranderd en bedraagt op jaarbasis circa 20.000 opsporingsuren.

Volledigheidshalve merk ik op dat de NZa juridisch gezien geen opsporingstaak heeft. De NZa is krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) verantwoordelijk voor het bestuursrechtelijke toezicht en de handhaving van onrechtmatigheden in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). In dat kader voert de NZa ook toezichtonderzoeken uit. De capaciteit die de NZa in 2018 beschikbaar heeft voor toezicht en handhaving is 100 fte.

Ook voor zorgverzekeraars geldt dat zij formeel juridisch gezien geen opsporingstaak hebben. Wel voeren de zorgverzekeraars reguliere (formele en materiële) controles uit op de rechtmatigheid van de door zorgaanbieders en verzekerden ingediende declaraties. Bij vermoedens van fraude kunnen zorgverzekeraars ook een fraudeonderzoek instellen. Zorgverzekeraars Nederland laat desgevraagd weten dat zij geen administratie bijhoudt van de aantallen medewerkers die bij de verschillende zorgverzekeraars en zorgkantoren zijn belast met het uitvoeren van controles en (fraude)onderzoeken.

Vraag 45

Hoeveel FTE's waren er in 2018 in totaal belast met toezichthouden in de zorg? Hoeveel was dat aantal in vorige jaren? Hoe was dat uitgesplitst naar toezichthoudende instanties zoals de Fiscale inlichtingen- en opsporingsdienst (FIOD), de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit

(NVWA), de NZa, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Inspectie Jeugdzorg?

Antwoord:

In onderstaande tabel zijn voor de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), voorheen de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Inspectie Jeugdzorg, en de NZa opgenomen die in totaal belast zijn met toezicht in de zorg. De NVWA en de FIOD zijn niet in de tabel opgenomen. Het toezicht dat de NVWA voor VWS uitoefent op voedsel- en productveiligheid vindt plaats in het kader van de volksgezondheid, maar dit is geen toezicht op de zorg. De FIOD is een bijzondere opsporingsdienst en geen toezichthouder.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
IGZ ¹	490	516	536	574,7	631,4	n.v.t.	n.v.t.
IJZ ¹	61	62	63	67	67	n.v.t.	n.v.t.
IGJ						708,1	754 ²
NZa	40	50	80	96	100	100	100
Totaal	591	628	679	737,7	798,4	808,1	854

¹ Betreffen de formatiecijfers van de betreffende jaren per ultimo.

² De formatie van IGJ is per eind augustus 2018 754 fte. Cijfers over heel 2018 zijn nog niet bekend.

Vraag 46

Hoeveel (fraude-)onderzoeken zijn er door de NZa gedaan in 2018? Hoeveel daarvan hebben geleid tot een bestuursrechtelijke maatregel? En hoeveel tot een strafrechtelijke? Hoeveel waren dat er in de vorige jaren?

Antwoord:

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de bestuursrechtelijke maatregelen die de NZa in de periode 2012 – 2017 heeft uitgevoerd. De cijfers over 2018 zijn nog niet bekend.

Activiteiten	2012	2013	2014	2015	2016 ¹	2017
Interventies bij zorgaanbieders ²	102	34	26	382	354	498
Interventies bij zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders (zorgkantoren) ²	31	49	505 ³	117	224	156
Opgelegde boetes n.a.v. signalen en handhavingsacties	2	3	1	2	2	4
Handhaving informatieverplichtingen	251	370	491	318	193	164
Last onder dwangsom op grond van informatieverplichtingen	20	58	115	22	24	19
Totaal	406	514	1.138	841	797	841

¹ In 2016 is het Snelle Interventieteam gestart. De interventies van dit team zijn onderdeel van de aantallen interventies bij zorgaanbieders en verzekeraars/Wlz-uitvoerders (zorgkantoren).

² Een interventie is een actie van de NZa richting een toezichtobject, met als doel om een ongewenste situatie te beëindigen. Een interventie kan een rapportageverplichting, informatieverzoek, normoverdragend gesprek en de inzet van formele handhavingsinstrumenten (voornemen tot aanwijzing of last onder dwangsom) zijn.

³ Aanwijzingen die in 2014 zijn gegeven aan zorgkantoren zijn tevens verstuurd aan de alle achterliggende zorgverzekeraars. De NZa registreert dit als unieke aanwijzingen, waardoor het overzicht dubbeltellingen bevat.

Vraag 47

Hoeveel opsporingscapaciteit is er voor fraude met het persoonsgebonden budget (pgb), zowel bij Openbaar Ministerie, de Fiscale inlichtingen- en opsporingsdienst/Economische Controledienst (FIOD/ECD), Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en zorgkantoren?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar naar de beschikbare capaciteit per soort van zorgfraude. Afhankelijk van de soort zorgfraude die wordt geconstateerd vindt er door betrokken partijen inzet plaats. Voor de cijfers over de opsporingscapaciteit verwijs ik u naar het antwoord op vraag 44.

Vraag 48

Hoeveel budget is er in 2019 beschikbaar voor de opsporing van fraude met pgb's en voor welk bedrag is er sinds de invoering van het Trekkingsrecht gefraudeerd met pgb-gelden?

Antwoord:

Vanaf 2019 is er structureel € 8 miljoen beschikbaar voor ISZW voor de opsporing van zorgfraude. De meest recente en beschikbare cijfers over fraude met PGB gaan over de resultaten van de strafrechtelijke opsporing- en ontnemingsonderzoeken die de Inspectie SZW in 2017 heeft uitgevoerd. Op basis van deze onderzoeken heeft de Inspectie SZW circa € 1,1 miljoen aan wederrechtelijk verkregen voordeel berekend. Daarvan heeft € 0,1 miljoen betrekking op fraude met het pgb. Ter vergelijking, in 2016 ging het om een totaalcijfer van € 5 miljoen aan wederrechtelijk verkregen voordeel, waarvan € 1,9 miljoen fraude met het pgb (in de Wlz/ AWBZ) betrof.

Andere beschikbare cijfers over de omvang van fraude met het pgb zijn afkomstig van zorgverzekeraars en zorgkantoren. In de rapportage Controle en Fraudebeheersing 2017 geeft ZN aan dat de vastgestelde fraudes binnen de pgb-Wlz/AWBZ regelingen in 2017 23% van het totaal vastgestelde fraudebedrag uitmaken: € 6,1 miljoen van totaal € 27 miljoen. In 2016 betrof het vastgestelde fraudebedrag € 13,5 miljoen van in totaal € 18,9 miljoen. In 2015 ging het om € 8,2 miljoen euro van totaal € 11,1 miljoen. Fraudecijfers over WMO en Jeugdwet zijn niet beschikbaar.

De beschikbare cijfers over de resultaten van fraudeonderzoeken geven een indicatief beeld van de problematiek, maar geven geen uitsluitsel over de totale omvang van fraude met het pgb.

Vraag 49

Welke onderzoeken heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) extern laten uitvoeren en bij wie? Welke kosten waren hiermee gemoeid? En is er tussen het Ministerie van VWS en de onderzoekers gesproken over de concept-conclusies?

Antwoord:

De administratieve systemen van VWS zijn – conform rijksbrede voorschriften – niet zodanig ingericht dat deze vraag kan worden beantwoord. Onderzoek vormt geen aparte uitgavencategorie binnen de administratie.

Op verzoek van uw Kamer wordt vanaf najaar 2015 een overzicht van alle beleidsrelevante VWS-onderzoeken gepubliceerd op het VWS-deel van de website van de rijksoverheid (www.Rijksoverheid.nl). Conform de toezegging aan uw Kamer wordt vanaf dat moment met terugwerkende kracht het overzicht gepubliceerd van alle beleidsrelevante onderzoeksrapporten van de concernorganisaties en kennisinstellingen die vanaf april 2015 zijn verschenen. Omdat VWS deel uitmaakt van de pilot Open Overheid van het Ministerie van BZK worden in het overzicht ook alle sinds die datum verschenen rapporten van het door VWS uitgezette opdrachtonderzoek onder ARVODI-voorwaarden opgenomen. Het totaaloverzicht wordt maandelijks achteraf geactualiseerd.

VWS stelt bij conceptrapporten waar relevant vragen over (vermeende) feitelijke onjuistheden of over de wijze waarop de conclusies voortvloeien

uit het desbetreffende onderzoek. Daarbij is geen sprake van inhoudelijke beïnvloeding van de conceptconclusies.

Vraag 50

Kunt u een overzicht geven van congressen waaraan ambtenaren deelnamen? Hoeveel geld werd hieraan uitgegeven in 2018? Kunt u aangeven wat het doel was van deze congressen?

Antwoord:

Net als vorige jaren wordt er op het departement geen separate administratie bijgehouden, waarin wordt geregistreerd welke congressen worden bezocht. De gestelde vragen kunnen derhalve niet op het gevraagde detailniveau worden beantwoord. Wel worden alle declaraties van de politieke en ambtelijke leiding van alle departementen maandelijks gepubliceerd vanaf 1 januari 2013. Informatie is daarmee te allen tijde voor iedereen openbaar te raadplegen en beschikbaar.

Vraag 51

Kunt u een overzicht geven van congressen en reizen waaraan ambtenaren deelnamen in het buitenland? Hoeveel geld werd hieraan uitgegeven? Kunt u hierbij aangeven wat het doel was van deze congressen en reizen?

Antwoord:

Er is op het departement geen separate administratie, waarin wordt bijgehouden welke congressen worden bezocht of welke reizen worden afgelegd. De gestelde vragen kunnen derhalve niet op het gevraagde detailniveau worden beantwoord. Wel worden alle declaraties van de politieke en ambtelijke leiding van alle departementen maandelijks gepubliceerd vanaf 1 januari 2013. Deze informatie is daarmee te allen tijde voor iedereen openbaar te raadplegen en beschikbaar.

Vraag 52

Hoe vaak werden reizen en congressen geheel of gedeeltelijk bekostigd door externe partijen?

Antwoord:

Er is zoals bij vraag 51 aangegeven op het departement geen separate administratie, waarin wordt bijgehouden welke congressen worden bezocht of welke reizen worden afgelegd. De gestelde vragen kunnen derhalve niet op het gevraagde detailniveau worden beantwoord. Tot het najaar van 2012 was in het algemeen de lijn dat wanneer een VWS'er was uitgenodigd om een inleiding te houden, de deelname- en verblijfkosten voor rekening van de uitnodigende partij konden zijn. Met ingang van het parlementaire jaar in september 2012 hanteert VWS de lijn dat ook in zulke gevallen VWS bij volledige deelname aan het congres de deelname- en verblijfkosten voor eigen rekening neemt.

Vraag 53

Door wie werden de reizen waar ambtenaren aan deelnamen of hun verblijven bekostigd en wat was de bijdrage?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 52.

Vraag 54

Hoeveel procent van de zorgaanbieders maakten in 2016 gebruik van digitale gegevensuitwisseling met andere zorgaanbieders? Hoe was dat percentage in voorgaande jaren?

Antwoord:

In 2016 maakte 84 procent van de huisartsen gebruik van een systeem voor gestandaardiseerde elektronische gegevens uitwisseling met andere huisartsen. Tussen medisch specialisten was dit onderling 83 procent. 58 procent van de verpleegkundigen in de ouderenzorg gaven aan dat hun organisatie gebruik maakt van een systeem voor gestandaardiseerde elektronische gegevens uitwisseling. In de tabellenbijlage van de eHealth-monitor 2017 zijn cijfers over de eerdere jaren te zien, alsmede gegevens van andere zorgdomeinen.

Vraag 55

Hoeveel besloten vennootschappen (bv's), naamloze vennootschappen (nv's), verenigingen, vennootschappen onder firma (vof's), eenmanszaken en stichtingen hebben zich in 2018 geregistreerd als zorgverlener of zorginstelling?

Antwoord:

Het Landelijk Register Zorgaanbieders (LRZa) heeft in 2018 (tot 28 september) vanuit het Handelsregister de volgende aantallen registraties van zorginstellingen of zorgverleners ontvangen: 1.951 bv's, 0 nv's, 2 verenigingen, 843 vof's, 18.071 eenmanszaken en 71 stichtingen. Hierbij moet de kanttekening worden gemaakt dat het ook om een nieuwe vestiging van een al bestaande onderneming kan gaan.

Vraag 56

Hoeveel zorgorganisaties hebben onderhangende bv's?

Antwoord:

Het LRZa bevat 4.060 toegelaten zorginstellingen met een KvK-nummer, waarvan 366 zorginstellingen een dochter bv hebben (peildatum: 28 september 2018).

Vraag 57

Hoeveel mensen betalen een eigen bijdrage uit vermogen, uitgesplitst per Wlz en Wmo?

Antwoord:

Onderstaande tabel geeft informatie over het aantal Wlz-cliënten en Wmo-leefeenheden met vermogen.

Aantal cliënten/leefeenheden met vermogen

	Wlz	Wmo
2016	64.500	97.500
2017	63.500	86.500
2018 ¹	64.000	84.500

¹ = voor 2018, het lopend kalenderjaar, is er nog geen compleet beeld bekend.

Bron: CAK

Vraag 58

Hoeveel mensen zijn een eigen bv gestart om de eigen bijdrage met betrekking tot de vermogensinkomensbijtelling te omzeilen?

Antwoord:

Voor de uitoefening van haar taken heeft het CAK alleen het verzamelin-komen, de verschuldigde belasting en het vermogen in Box 3 nodig. Het is dus niet bekend hoeveel bijdrageplichtigen via een eigen BV de vermo-gensinkomensbijtelling omzeilen.

Vraag 59

Wat kost het Centraal Administratie Kantoor (CAK) jaarlijks?

Antwoord:

Voor 2019 worden de kosten geraamd op € 116 miljoen (zie pagina 106 van de VWS-begroting 2019).

Vraag 60

Hoeveel klachten en bezwaren heeft het CAK afgelopen jaar gekregen en hoeveel bedroeg dit voorgaande jaren?

Antwoord:

Onderstaand is opgenomen een overzicht van het totaal aantal klachten en bezwaren over de Wmo/Wlz regelingen die het CAK uitvoert.

Jaar	Klachten Wlz	Bezwaren Wlz	Klachten Wmo	Bezwaren Wmo
2016	390	1.695	517	2.323
2017	406	1.684	411	1.841
2018 (1 ^e halfjaar)	209	1.135	218	1.254

De definitieve cijfers over het aantal klachten bij de zogenaamde burgerregelingen zijn over 2017 nog niet beschikbaar. Voor 2017 werden de burgerregelingen uitgevoerd door het Zorginstituut.

Vraag 61

Kunt u nauwkeurig toelichten per beleidsartikel welke extra amendeerruimte nog bestaat? Als deze ruimte ontbreekt, wat is hiervoor de reden?

Antwoord:

De VWS begroting bevat geen extra amendeerruimte. In beginsel bestaan er voor alle budgetten voornemens voor de aanwending van de middelen. Middelen die nog niet juridisch verplicht zijn, kunnen wel op alternatieve wijze worden aangewend indien hier een amendement over wordt aangenomen.

In de VWS ontwerp-begroting is vanaf bladzijde 32 (Overzicht niet-juridisch verplichte uitgaven) een overzicht opgenomen van budgetten waarvoor wel voornemens bestaan, al dan niet samenhangend met bestuurlijke afspraken, maar die naar verwachting op 1 januari 2019 nog niet juridisch verplicht zijn.

Vraag 62

Kunt u aangeven hoeveel de bezuinigingen waren bij het afschaffen van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en de Compensatie Eigen Risico (CER)?

Antwoord:

Budgettaire gevolgen (x € 1 miljoen)	2014	2015	2016	2017/struc
CER afschaffen (premie)	- 200	- 200	- 200	- 200
Wtcg tegemoetkomingen (begroting)		- 348	- 414	- 418
uitvoeringskosten CAK		- 12,5	- 25	- 25
beschikbaar gemeenten	45	216	266	268
Totale besparing	- 155	- 344,5	- 373	- 375

Vraag 63

Wat zijn de opbrengsten indien het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) wordt afgeschaft en de indicatiestelling wordt teruggegeven aan professionele zorgverleners? Bent u bereid deze besparingsmogelijkheid in de zorg te onderzoeken?

Antwoord:

Zoals in antwoord op vraag 579 over de begroting 2018 (TK 34 775 XVI, nr. 14) is aangegeven, zullen de kosten van de indicatiestelling door professionals op voorhand lastig te bepalen zijn. Deze kosten zullen naar verwachting niet lager zijn als de indicatiestelling op dezelfde toegangscriteria is gebaseerd en op uniforme wijze wordt uitgevoerd door zorgprofessionals, in plaats van door het CIZ. Het kabinet hecht aan centrale indicatiestelling zodat het recht op zorg gefinancierd op basis van de Wlz eenduidig, onafhankelijk en integraal kan worden vastgesteld. Ik ben daarom niet bereid dit verder te onderzoeken.

Vraag 64

Hoeveel communicatiemedewerkers, of hoeveel FTE heeft het Ministerie van VWS in dienst?

Antwoord:

De directie Communicatie van VWS telde op 1 juni 2018 59 FTE.

Vraag 65

Kunt u een overzicht geven van alle (aanjaag)teams die het ministerie heeft ingezet, welke personen (uit welke organisaties) werken voor deze (aanjaag)teams, hoeveel FTE dit bedraagt, wat hun salariering bedraagt, wat hun doelstellingen zijn en welke resultaten ze tot nu toe hebben geboekt?

Antwoord:

Er zijn «praktijkteams» ingesteld onder verschillende benamingen (zoals aanjaagteam, interventieteam, praktijkteam). Deze teams kennen een wisselende samenstelling van medewerkers van VWS en andere organisaties (o.a. Zorgverzekeraars Nederland, VNG en diverse partijen uit de praktijk). Soms worden deze teams geleid door een VWS-medewerker, soms door iemand van één van deze organisaties.

In de meeste gevallen maakt het werken in een praktijkteam deel uit van een breder takenpakket van de betrokkenen. Het aantal uren dat zij werken in de praktijkteams wordt niet geregistreerd, zodat het niet mogelijk is uit te rekenen hoeveel fte er in de praktijkteams aan het werk zijn en wat de salariskosten van deze teams zijn.

Zoals gebruikelijk en zoals meermaals toegezegd, wordt aan uw Kamer verslag gedaan van de resultaten van de praktijkteams. Dat gebeurt bij de reguliere voortgangsrapportages aan uw Kamer over de diverse beleidsthema's.

De resultaten en werkwijzen van de praktijkteams zijn te vinden op de website www.denieuwepraktijk.nl

Vraag 66

Hoeveel medicatie (in bedragen en aantal medicijnen) wordt er jaarlijks vernietigd na inlevering? Hoe is de ontwikkeling ten opzichte van eerdere jaren?

Antwoord:

Op basis van onderzoek door RTL nieuws in 2012 wordt de hoeveelheid vernietigde medicatie geschat op circa 150.000 kilogram. Dit betreft de geneesmiddelen, die zijn ingeleverd bij apotheken en die vervolgens worden vernietigd. De waarde van deze geneesmiddelen wordt geschat op circa € 100 miljoen. Ik heb geen recentere gegevens op basis van specifiek onderzoek.

Zie verder het antwoord op vraag 144 bij de Begroting 2018 (TK, vergaderjaar 2017–2018, 34 775 XVI, nr.14). Er is mij geen andere en recentere informatie bekend.

Vraag 67

Hoeveel kosten de Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) en andere keurmerken in de zorg?

Antwoord:

Zoals in antwoord op de schriftelijke vraag (TK 34 775 XVI, nr.14) over de begroting 2018 is aangegeven, is certificering niet verplicht op grond van wet- en regelgeving, maar is een aangelegenheid van de partijen in het veld zelf.

Er wordt niet op een centrale plaats bijgehouden hoeveel keurmerken worden afgegeven en welke kosten verbonden zijn aan de verschillende keurmerken. Derhalve is het gevraagde bedrag aan kosten niet bekend.

Vraag 68

Hoeveel van deze keurmerken per merk worden jaarlijks afgegeven?

Antwoord:

Er wordt niet op een centrale plaats bijgehouden hoeveel keurmerken worden afgegeven en derhalve is niet bekend hoeveel keurmerken per merk jaarlijks worden afgegeven. Zie ook het antwoord op de begroting 2018 (TK 34 775 XVI, nr.14).

Vraag 69

Welke besparing is mogelijk als keurmerken in de zorg afgeschaft worden?

Antwoord:

Zoals in antwoord op de schriftelijke vraag (TK 34 775 XVI, nr.14) over de begroting 2018 is aangegeven wordt er niet op een centrale plaats bijgehouden hoeveel keurmerken worden afgegeven noch welke kosten verbonden zijn aan de verschillende keurmerken. Derhalve is niet bekend welke besparing mogelijk is als partijen in het veld geen gebruik meer maken van keurmerken.

Vraag 70

Welke keurmerken worden er vereist bij zorginkoop, uitgesplitst naar zorgkantoorregio?

Antwoord:

Ik heb geen overzicht van welke keurmerken door welk zorgkantoor/ zorgverzekeraar voor welke zorg verplicht worden gesteld. Zie ook het antwoord op de begroting 2018 (TK 34 775 XVI, nr.14).

- Voor de Wet langdurige zorg (Wlz) is een landelijk inkoopkader van toepassing.
- Voor 2017 staat daar onder meer in dat zorgaanbieders systematisch werken aan het verbeteren van de kwaliteit en dit borgen door middel van een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk- en/of internationaal erkend is en gepaard gaat met onafhankelijke toetsing.

- Met de inwerkingtreding van het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en het nieuwe kwaliteitskader Gehandicaptenzorg is voor 2018 deze eis anders verwoord. Nu is in het inkoopkader opgenomen dat zorgaanbieders zich moeten houden aan het voor de sector relevante kwaliteitskader of kwaliteitsstatuut. De zorgaanbieder waarop (nog) geen kwaliteitskader van toepassing is werkt systematisch aan de kwaliteit van zorg en borgt dit door het werken met een kwaliteitssysteem, voorzien van een periodieke externe visitatie.
- Zorgverzekeraars kunnen bij de Zvw gebruik maken van keurmerken. Zorgverzekeraars hebben de taak om ervoor te zorgen dat de zorg die zij vergoeden kwalitatief goed is en rechtmatig en doelmatig geleverd wordt. Een keurmerk wordt hiervoor soms als instrument gehanteerd.

Vraag 71

Wat kost de minutenregistratie jaarlijks?

Antwoord:

Vanuit de rijksoverheid bestaat er geen verplichting voor zorgaanbieders om een minutenregistratie te voeren. De minutenregistratie is één van grootste administratieve lasten in de wijkverpleging. We werken op dit moment aan het verschuiven van verantwoording op basis van tijd naar verantwoorden op basis van inhoud, zodat de minutenregistratie definitief uit de praktijk wordt verbannen. In de praktijk zijn er nu al verschillende instellingen die werken met verantwoordingsmethoden waar geen sprake is van minutenregistratie, zoals maandtarieven. Ik heb geen zicht op de wijze waarop elke zorgaanbieder zijn administratie heeft ingericht en dus ook niet op wat dit kost.

Vraag 72

Wat kost jaarlijks de bureaucratie in de zorg in Nederland?

Antwoord:

Dit is niet bekend. Er bestaat geen eenduidige definitie of meting van de omvang van de bureaucratie in Nederland.

Vraag 73

Hoe groot is de overhead en de kosten hiervan, uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord:

De overhead binnen de zorg, uitgesplitst voor ziekenhuizen, ggz, gehandicapten-, ouderen- en thuiszorg is door het CBS over de jaren 2008 tot en met 2011 gemeten als percentage van de kosten. Dit zijn de laatste beschikbare gegevens. In de CBS-statistieken over zorginstellingen wordt de volgende definitie gehanteerd voor overhead: personeel in algemene en administratieve functies; dit betreft personeel die zich niet daadwerkelijk bezig houdt met de gezondheid van de patiënten en/of cliënten, maar met bijvoorbeeld administratie, automatisering, interne opleiding en organisatie. Dit zijn de laatste metingen op dit onderwerp. Hieronder vindt u dit overzicht.

	<i>Eenheid</i>	2008	2009	2010	2011
Kosten van de zorg					
Ziekenhuizen, specialistenpraktijk	<i>x € 1 miljard</i>	20,3	21,6	22,7	22,7
Ouderenzorg	<i>x € 1 miljard</i>	14,8	15,2	15,7	16,4
Gehandicaptenzorg	<i>x € 1 miljard</i>	7,1	7,8	8,1	8,3
Geestelijke gezondheidszorg	<i>x € 1 miljard</i>	4,9	5,3	5,4	5,7
Aandeel overhead in instellingen					
Totaal ziekenhuizen	%	20	20	20	20
Zvw/AWBZ-gefinancierde ouderen- en thuiszorg	%	10	9	9	8
Zvw/AWBZ-gefinancierde gehandicaptenzorg	%	9	9	9	9
Zvw/AWBZ-gefinancierde GGZ	%	17	17	17	17

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek (2011, 2012, 2013 en 2014), *Gezondheid en zorg in cijfers 2011, 2012, 2013 en 2014*, Den Haag: CBS

In aanvulling daarop verwijs ik u graag naar het onderzoeksrapport naar overhead in de langdurige zorg dat mijn voorganger bij brief van 30 maart 2017 (TK 29 515, nr. 400) aan u heeft toegezonden, waaruit onder meer blijkt dat de niet-cliëntgebonden kosten van deelnemende organisaties gemiddeld 41,6% van hun totale kosten bedragen.

Vraag 74

Met hoeveel procent en kosten is de bureaucratie toegenomen na de decentralisaties naar de gemeenten, uitgesplitst in Wmo en de Jeugdwet?

Antwoord:

Op landelijk niveau zijn geen gegevens beschikbaar over het percentage en de kosten van bureaucratie in de Wmo 2015 en de Jeugdwet. Het Kabinet zet zich wel in om de bureaucratie in de uitvoering van de Wmo 2015 en de Jeugdwet te verminderen. In het programma (Ont)Regel de zorg, dat uw Kamer op 22 mei 2018 heeft ontvangen (TK 2017–2018, 29 515, nr. 424) staan diverse activiteiten genoemd die bijdragen aan het verminderen van de bureaucratie in het sociaal domein.

Vraag 75

Hoeveel mensen maken vanaf 2018 gebruik van de Wlz, in aantallen?

Antwoord:

Op 1 juli 2018 hebben 293.682 mensen een indicatie voor een zorgprofiel in de Wlz (bron: CIZ).

Vraag 76

Hoeveel mensen maken vanaf 2018 gebruik van de Wmo, in aantallen?

Antwoord:

Er zijn nog geen cijfers bekend over het gebruik van Wmo-voorzieningen vanaf 2018.

Vraag 77

Hoeveel mensen maken vanaf 2018 gebruik van de Zvw, in aantallen?

Antwoord:

De raming van het aantal Zvw-verzekerden door het Zorginstituut voor 2018 bedroeg 17.098.000 verzekerden.

Vraag 78

Kunt u aangeven op welke wijze uitvoering is gegeven aan amendement Dik-Faber/Veldman over het tegengaan van ondervoeding (TK 34 775 XVI, nr. 53)?

Antwoord:

Het amendement is uitgevoerd. De Stuurgroep Ondervoeding heeft de opdracht gekregen om de kennis over ondervoeding bij ouderen zelf en hun mantelzorgers te vergroten. Dit doen zij onder andere door de website www.goedgevoedouderworden.nl bekend te maken bij een groter publiek. Voor zorgprofessionals die met ouderen werken ontwikkelt de Stuurgroep Ondervoeding onderwijsmodules over het herkennen en behandelen van ondervoeding.

De uitvoering van deze opdracht loopt tot eind 2018.

Vraag 79

Hoeveel mensen maken vanaf 2018 gebruik van zorg vanuit de verschillende domeinen, Zvw, Wmo, Wlz en jeugdzorg?

Antwoord:

Er zijn nog geen gegevens bekend over aantal personen naar soort zorggebruik in 2018. Verder zijn er geen cijfers beschikbaar over aantallen personen per domein.

Wel valt er op verschillende onderdelen een beeld te schetsen van om hoeveel mensen het gaat. De meest recente cijfers zijn:

Zvw-domein: Percentage met minimaal één keer per jaar contact met de huisarts resp. specialist resp. tandarts

	2017
Huisarts	68,8
Specialist	39,4
Tandarts	79,9

Bron: VWS-monitor, pag 21

Wmo-domein: Gebruik bijdrageplichtige Wmo-maatwerkvoorzieningen, aantal personen in jaar.

	2016
Totaal leveringsvorm zorg	602.400
Persoonsgebonden budget (pgb)	76.885
Totaal zorg in natura (zin)	549.900

Bron: Monitor Langdurige Zorg

Wlz-domein: Gebruik eigenbijdrageplichtige Wlz-zorg naar leveringsvorm, aantal personen

	2016
Totaal leveringsvorm zorg	314.220
Uitsluitend persoonsgebonden budget (pgb)	32.235
Uitsluitend zorg in natura (zin)	284.610
Zin verblijf	253.250
Zin volledig pakket thuis (vpt)	11.985
Zin modulair pakket thuis (mpt)	40.195
Totaal combinatie zin/pgb	1.525

Bron: Monitor Langdurige Zorg

Jeugdzorg-domein: Aantal jongeren met jeugdhulp (met/zonder verblijf), -bescherming of -reclassering

	2017
Totaal jeugdhulp met verblijf	46.260
Totaal jeugdhulp zonder verblijf	371.850
Totaal jeugdreclassering	10.080
Totaal ondertoezichtstelling	30.785
Totaal voogdij	11.770

Bron: VWS-monitor, p. 16

Vraag 80

Hoeveel mensen maken gebruik van huishoudelijke verzorging?

Antwoord:

Gemeenten bieden op grond van de Wmo 2015 een diversiteit aan algemeen toegankelijke en individuele maatwerkvoorzieningen op het terrein van de maatschappelijke ondersteuning. Er is geen landelijke registratie van het aantal mensen dat daadwerkelijk een beroep doet op deze voorzieningen. Wel zijn er ramingen van het CBS beschikbaar die een inschatting geven van het gebruik van individuele maatwerkvoorzieningen. Het gaat om het gebruik van zorg in natura en/of een persoonsgebonden budget, ongeacht het feit of een (inkomensafhankelijke) eigen bijdrage betaald moet worden. Gegevens zijn afkomstig van gemeenten, die in het kader van de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein (GMSD) gegevens hebben aangeleverd en toestemming hebben gegeven voor publicatie. De cijfers over het totaal aantal cliënten in Nederland zijn door het CBS geschat met een regressiemodel op de data van de deelnemende gemeenten. De voorzieningen zijn uitgesplitst naar globale categorieën voorzieningen, omdat de precieze definitie van voorzieningen kan verschillen per gemeente.

Gebruik Wmo-maatwerkvoorzieningen naar type, personen in jaar

	2016	Voorlopige cijfers 2017
Totaal	1.053.505	1.042.790
Ondersteuning thuis (inc. begeleiding, persoonlijke verzorging, dagbesteding)	264.760	281.270
Hulp bij het huishouden	408.665	394.600
Verblijf en opvang (inc. beschermd wonen)	34.995	32.655
Hulpmiddelen en diensten https://www.monitorlangdurigezorg.nl/gebruik-wmo-maatwerkvoorzieningen – toel_hdrA019509_1 (inc. vervoersdiensten)	701.835	690.905

Bron: <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/kerncijfers/gebruik/gebruik-wmo-maatwerkvoorzieningen>

Vraag 81

Hoeveel mensen maken gebruik van dagbesteding?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 80.

Vraag 82

Kunt u aangeven op welke wijze uitvoering is gegeven aan amendement Dik-Faber over budget voor de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) (TK 34 775-XVI-54)?

Antwoord:

Het budget dat is toegekend aan de NDF via het amendement Dik-Faber is door middel van een subsidie verleend. De NDF heeft deze middelen gekregen om te komen tot een nadere uitwerking van de multidisciplinaire richtlijn diabetes voor kinderen en jongeren. In deze uitwerking wordt aandacht besteed aan onder andere ondersteuning bij zelfmanagement en leefstijl voor kinderen en jongeren met (pre)diabetes.

Vraag 83

Hoeveel mensen maken gebruik van begeleiding?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 80.

Vraag 84

Hoeveel mensen maken gebruik van begeleiding in combinatie met persoonlijke verzorging?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 80.

Vraag 85

Hoeveel mensen maken gebruik van beschermd wonen?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 80.

Vraag 86

Hoeveel mensen maken gebruik van ziekenhuiszorg?

Antwoord:

Op basis van de nog voorlopige realisatiecijfers over 2017 laten gegevens van Vektis zien dat het aantal patiënten dat gebruik maakt van ziekenhuiszorg in dat jaar circa 7,3 miljoen bedroeg.

Vraag 87

Hoeveel mensen maken gebruik van wijkverpleging?

Antwoord:

Uit de data van Vektis blijkt dat in 2015 512.000 mensen, in 2016 540.000 mensen en in 2017 557.000 mensen wijkverpleging hebben gebruikt. Voor het jaar 2017 waren dat er gemiddeld 293.000 per maand.

Vraag 88

Hoeveel mensen wonen in een verzorgingshuis?

Antwoord:

In 2017 bedroeg het aantal cliënten in een instelling met verzorgingshuiszorg (zonder behandeling) circa 40,6 duizend. Dit aantal is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg hebben gemaakt. In 2017 betroffen deze afspraken 14,8 miljoen dagen (bron: NZa). Er zijn nog geen recentere gegevens beschikbaar.

Vraag 89

Hoeveel mensen wonen in een verpleeghuis?

Antwoord:

In 2017 bedroeg het aantal cliënten in een instelling met verpleeghuiszorg (met behandeling) circa 82,4 duizend. Dit aantal is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg hebben

gemaakt. In 2017 betroffen deze afspraken 30,1 miljoen dagen (bron: NZa). Er zijn nog geen recentere gegevens beschikbaar.

Vraag 90

Hoeveel mensen wonen in een beschermde woonvorm?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 80.

Vraag 91

Hoeveel mensen wonen in een instelling voor gehandicaptenzorg?

Antwoord:

In 2017 bedroeg het aantal cliënten in een instelling voor gehandicaptenzorg circa 73,8 duizend. Dit aantal is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg hebben gemaakt. In 2017 betroffen deze afspraken 26,9 miljoen dagen (bron: NZa). Er zijn nog geen recentere gegevens beschikbaar.

Vraag 92

Hoeveel mensen wonen in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg?

Antwoord:

De Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige ggz 2017 van het Trimbos Instituut laat zien dat anno 2016 Nederland in totaal circa 16.000 klinische plaatsen telt (Zvw, Wlz en Jeugdwet), waarvan circa 6.500 plaatsen voor langdurig verblijf (opnamen van langer dan een jaar). Ik heb deze monitor op 22 december 2017 aan uw Kamer aangeboden (Vergaderjaar 2017–2018, TK 25 424, nr. 385).

Vraag 93

Hoeveel mensen maken gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg?

Antwoord:

De Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige ggz 2017 van het Trimbos Instituut laat zien dat op jaarbasis ruim een miljoen mensen Zvw-gefinancierde ambulante ggz ontvangen. Ik heb deze monitor op 22 december 2017 aan uw Kamer aangeboden (Vergaderjaar 2017–2018, TK 25 424, nr. 385).

Vraag 94

Hoeveel DBC's op weg naar Transparantie (DOT's) zijn er geopend in 2018, uitgesplitst per specialisme?

Antwoord:

Gegevens van Vektis laten zien dat er in 2018 tot en met peildatum 31 juli circa 8,8 miljoen DBC's zijn geopend. Voor 4,2 miljoen betreft dit DBC's die als declaratie in de database van Vektis zijn opgenomen. Voor 4,6 miljoen betreft het informatie over het onderhanden werk, die de zorgaanbieders aan de zorgverzekeraars leveren. Dit levert geen compleet beeld. Het werkelijke aantal geopende DBC's ligt daarom hoger. Voor het grootste deel van de DBC's die als declaratie in de database van Vektis zijn opgenomen is een uitsplitsing naar specialisme beschikbaar. Deze is in onderstaand overzicht opgenomen.

Declaratievolume per specialisme, openingsjaar 2018

Specialisme	Volume DBC-zorgproducten (x 1.000)
Allergologie	6,2
Anesthesiologie	55,4
Audiologie	21,7
Cardiologie	407,0
Cardio-pulmonale chirurgie	6,8
Chirurgie	368,9
Dermatologie	308,1
Geriatric	32,0
Geriatrische revalidatiezorg	15,4
Gynaecologie	223,6
Inwendige Geneeskunde	574,6
Keel-, Neus- en Oorheelkunde	238,1
Kindergeneeskunde	144,4
Klinische genetica	5,7
Longgeneeskunde	190,4
Maag-, Darm-, en Leverziekten	140,8
Neurochirurgie	19,4
Neurologie	222,1
Oogheelkunde	482,7
Orthopedie	274,0
Plastische chirurgie	80,8
Psychiatrie	5,0
Radiologie	0,1
Radiotherapie	22,7
Reumatologie	89,2
Revalidatiegeneeskunde	73,0
Urologie	146,6
Onbekend	3,5
Totaal	4.158,2

Bron: Vektis
 declaratiegegevens verwerkt tot en met 31 juli 2018

Vraag 95

Hoeveel personen hebben een zorg met verblijf-indicatie?

Antwoord:

Op 1 juli 2018 hebben 293.682 mensen een indicatie voor een zorgprofiel in de Wlz (bron: CIZ). Dit is een indicatie voor zorg met verblijf. Met een Wlz-indicatie heeft de cliënt de mogelijkheid om in een zorginstelling te wonen en daar zorg te ontvangen.

Vraag 96

Hoeveel personen hebben een zorg zonder verblijf-indicatie?

Antwoord:

Er worden na 1 januari 2015 geen indicaties «zorg zonder verblijf» meer afgegeven. Een deel van de ondersteuning op grond van de Wmo 2015 is te scharen onder de term «zorg zonder verblijf». Zie voor aantallen met betrekking tot deze ondersteuning het antwoord op vraag 80.

Vraag 97

Hoeveel personen hebben een Volledig Pakket Thuis (VPT)?

Antwoord:

Volgens de uitvoeringsinformatie van het Zorginstituut hebben circa 10,5 duizend personen een Volledig Pakket Thuis op 1 maart 2018. Dit zijn de meest recente cijfers.

Vraag 98

Hoeveel personen hebben een Modulair Pakket Thuis (MPT)?

Antwoord:

Volgens de uitvoeringsinformatie van het Zorginstituut hebben circa 20,1 duizend personen een Modulair Pakket Thuis op 1 maart 2018. Dit zijn de meest recente cijfers.

Vraag 99

Kunt u een overzicht geven van de vermogensontwikkeling van verpleeghuizen, verzorgingshuizen, gehandicapteninstellingen, thuiszorgorganisaties en ziekenhuizen van 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 en 2018?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 19.

Vraag 100

Hoeveel mensen hebben een Zorgzwaartepakket (ZZP)? Kunt u per Zorgzwaartepakket het aantal mensen noemen?

Antwoord:

Op 1 juli 2018 hebben 293.682 mensen een indicatie voor een zorgprofiel (zorgzwaartepakket) in de Wlz. In onderstaande tabel staan de aantallen cliënten per zorgzwaartepakket (ZZP) onderverdeeld naar: de ouderenzorg (VV), verstandelijk gehandicapten (VG), licht verstandelijk gehandicapten (LVG en SGLVG), zintuiglijk gehandicapten visueel en auditief (ZG), lichamelijk gehandicapten (LG) en GGZ-cliënten (GGZ).

Peildatum 1 juli 2018	Aantal cliënten
TOTAAL Wlz	293.682
VV01	771
VV02	1.987
VV03	3.603
VV04	33.914
VV05	72.659
VV06	30.617
VV07	11.024
VV08	2.541
VV09	3
VV09a	1
VV09b	1.128
VV10	144
Totaal VV	158.392
VG01	617
VG02	4.545
VG03	24.868
VG04	16.338
VG05	13.420
VG06	25.979
VG07	14.341
VG08	8.319
Totaal VG	108.427
LVG01	23
LVG02	499
LVG03	1.086
LVG04	286
LVG05	23
SGLVG01	383
Totaal (SG)LVG	2.300
ZGVIS01	52
ZGVIS02	254

Peildatum 1 juli 2018	Aantal cliënten
ZGVIS03	655
ZGVIS04	390
ZGVIS05	610
Totaal ZGVIS	1.961
ZGAUD01	74
ZGAUD02	460
ZGAUD03	559
ZGAUD04	241
Totaal ZGAUD	1.334
LG01	199
LG02	1.633
LG03	583
LG04	4.533
LG05	1.915
LG06	5.735
LG07	1.526
Totaal LG	16.124
GGZ01B	0
GGZ02B	0
GGZ03B	147
GGZ04B	536
GGZ05B	2.669
GGZ06B	535
GGZ07B	1.257
Totaal GGZB	5.144

Bron: Kwartaalrapportage CIZ 2017 Q3 t/m 2018 Q2
https://www.ciz.nl/images/pdf/cijfers-en-feiten/Kwartaalrapportage_indicatiestelling_Wlz_Q3_2017_tm_Q2_2018.pdf

Vraag 101

Hoe zijn de prijzen van Zorgzwaartepakketten de afgelopen jaren veranderd? Kunt u een historisch overzicht geven van de prijsontwikkeling van ZZP's?

Antwoord:

In de onderstaande tabel is de ontwikkeling van de maximumtarieven per dag uit de NZa-beleidsregels weergegeven. Dit zijn de tarieven voor de ZZP's inclusief behandeling en dagbesteding. Naast deze tarieven zijn toeslagen en meerzorg mogelijk. Met ingang van 2018 zijn de tarieven inclusief normatieve investeringscomponent (NHC) en normatieve investeringscomponent (NIC). In 2019 zijn de tarieven (met uitzondering van de tarieven in de sector verpleging en verzorging waarop het kwaliteitskader verpleeghuiszorg van toepassing is (ZZP V&V 4 en hoger)) gewijzigd als gevolg van het kostprijsonderzoek. Tevens zijn de tarieven geïndexeerd.

ZZP-tarieven (max. NZa-beleidsregel)	2015	2016	2017	2018	2019
VV 4	€ 143,22	€ 143,12	€ 146,75	190,32	197,33
VV 5	€ 188,24	€ 188,11	€ 192,89	241,07	250,05
VV 6	€ 188,55	€ 188,42	€ 193,21	242,14	251,14
VV 7	€ 224,62	€ 224,46	€ 230,17	282,58	293,16
VV 8	€ 256,25	€ 256,07	€ 262,58	319,35	331,33
VV 9b	€ 223,57	€ 223,41	€ 229,09	289,88	300,63
VV 10	€ 277,11	€ 276,92	€ 283,96	341,29	354,14
GGZ 3B	€ 153,95	€ 148,91	€ 150,76	€ 194,73	€ 210,33

ZZP-tarieven (max. NZa-beleidsregel)	2015	2016	2017	2018	2019
GGZ 4B	€ 174,99	€ 169,26	€ 171,37	€ 215,95	€ 222,55
GGZ 5B	€ 187,50	€ 181,37	€ 183,63	€ 238,16	€ 233,41
GGZ 6B	€ 245,50	€ 237,47	€ 240,43	€ 291,76	€ 366,18
GGZ 7B	€ 334,00	€ 323,07	€ 327,09	€ 390,79	€ 429,67
VG 3	€ 149,48	€ 150,05	€ 151,92	€ 190,95	€ 186,10
VG 4	€ 164,50	€ 165,13	€ 167,19	€ 206,67	€ 218,97
VG 5	€ 205,56	€ 206,35	€ 208,92	€ 258,21	€ 280,76
VG 6	€ 199,45	€ 200,21	€ 202,70	€ 249,59	€ 251,38
VG 7	€ 276,08	€ 277,13	€ 280,58	€ 331,98	€ 350,87
VG 8	€ 231,81	€ 232,70	€ 235,60	€ 295,08	€ 345,41
LVG 1	€ 140,71	€ 141,25	€ 143,01	€ 181,78	€ 218,26
LVG 2	€ 181,30	€ 181,99	€ 184,26	€ 224,24	€ 259,58
LVG 3	€ 223,71	€ 224,56	€ 227,36	€ 281,04	€ 337,38
LVG 4	€ 263,13	€ 264,14	€ 267,43	€ 322,29	€ 385,52
LVG 5	€ 261,93	€ 262,93	€ 266,20	€ 321,03	€ 367,79
SGLVG 1	€ 340,98	€ 342,28	€ 346,54	€ 405,94	€ 421,16
LG 2	€ 158,74	€ 159,35	€ 161,33	€ 200,46	€ 199,01
LG 4	€ 192,17	€ 192,90	€ 195,30	€ 223,13	€ 255,00
LG 5	€ 223,28	€ 224,13	€ 226,92	€ 236,87	€ 274,66
LG 6	€ 238,67	€ 239,58	€ 242,56	€ 301,59	€ 340,26
LG 7	€ 247,30	€ 248,24	€ 251,33	€ 310,58	€ 351,58
ZG aud 2	€ 301,29	€ 302,44	€ 306,21	€ 355,01	€ 390,87
ZG aud 3	€ 345,44	€ 346,76	€ 351,08	€ 405,12	€ 457,94
ZG aud 4	€ 234,59	€ 235,49	€ 238,42	€ 285,22	€ 295,83
ZG vis 2	€ 139,99	€ 140,52	€ 142,27	€ 183,67	€ 190,36
ZG vis 3	€ 184,07	€ 184,77	€ 187,07	€ 232,35	€ 240,90
ZG vis 4	€ 234,87	€ 235,77	€ 238,71	€ 291,34	€ 302,13
ZG vis 5	€ 255,53	€ 256,51	€ 259,70	€ 319,86	€ 331,67

Vraag 102

Wat heeft de extramuralisering opgeleverd?

Antwoord:

Onderstaande tabel geeft een beeld van de netto-besparingen door de maatregel «extramuraliseren ZZP 1 t/m 3». Deze lopen op tot € 200 miljoen in 2019 en € 235 miljoen structureel.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	structureel
Netto effect extramuralisering (bedragen x € 1 miljoen)	- 20	- 50	- 130	- 170	- 180	- 190	- 200	- 235

Vraag 103

Hoeveel procent van de zorgaanbieders maakten in 2017 gebruik van digitale gegevensuitwisseling met andere zorgaanbieders? Hoe was dat percentage in voorgaande jaren?

Antwoord:

In 2017 maakte 82 procent van de huisartsen gebruik van een systeem voor gestandaardiseerde elektronische gegevens uitwisseling met andere huisartsen. Tussen medisch specialisten was dit onderling 75 procent. 56 procent van de verpleegkundigen in de ouderenzorg gaven aan dat hun organisatie gebruik maakt van een systeem voor gestandaardiseerde elektronische gegevens uitwisseling. In de tabellenbijlage van de eHealth-monitor 2017 zijn cijfers over de eerdere jaren te zien, alsmede gegevens van andere zorgdomeinen.

Vraag 104

Hoeveel mensen maken gebruik van de Tegemoetkoming Specifieke Zorgkosten (TSZ)?

Antwoord:

Voor de jaren 2009 t/m 2015 maakten gemiddeld circa 157.000 mensen gebruik van de TSZ. De toekenning voor 2016 is nog niet afgerond, maar naar verwachting zullen voor dat jaar ruim 150.000 mensen gebruik maken van de TSZ. Over 2017 zijn nog onvoldoende gegevens beschikbaar om een gefundeerde prognose te doen.

Vraag 105

Kunt u een overzicht per jaar geven van de kostenontwikkeling van verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg van 2000 tot 2005 en van 2006 tot en met 2018 en kunt u deze cijfers voorzien van uw duiding?

Antwoord:

Ja. Bij de beantwoording van de schriftelijke vragen bij de ontwerpbegroting 2015 (zie het antwoord op vraag 230) heb ik het gevraagde overzicht verstrekt tot en met 2013 en van mijn duiding voorzien. Dat heb ik gedaan via een tabel over de totale ouderenzorg uit de «Zorgrekeningen» van het CBS over de periode 2000–2013. De cijfers uit de Zorgrekeningen zijn niet gewijzigd en dat geldt ook voor de duiding. Hieronder treft u de tabel over de intramurale ouderenzorg voor de periode 2014 tot en met 2018. De cijfers tot en met 2017 zijn gebaseerd op het jaarverslag van VWS. Voor 2018 betreft het cijfers uit de ontwerpbegroting 2019. Dit cijfer wordt bij het jaarverslag geactualiseerd. Naar verwachting stijgen de uitgaven in 2018 ten opzichte van 2017 met bijna € 1 miljard tot € 10,2 miljard. Daarbij is rekening gehouden met de extra middelen die beschikbaar zijn gesteld voor verbetering van de kwaliteit in verpleeghuizen (€ 435 miljoen in totaal voor 2018 en € 335 miljoen extra ten opzichte van 2017), de groei van het aantal cliënten, de loon- en prijsontwikkelingen en technische verschuivingen.

Bedragen in miljoenen euro	2014	2015	2016	2017	2018
intramurale ouderenzorg	8.6	8.5	8.8	9.3	10.2

Vraag 106

Kunt u een overzicht geven van alle (aanjaag)teams die het ministerie heeft ingezet, welke personen (uit welke organisaties) werken voor deze (aanjaag)teams, hoeveel FTE dit bedraagt, wat hun salariering bedraagt, wat de doelstellingen zijn van deze teams en welke resultaten de teams tot nu toe hebben geboekt?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 65.

Vraag 107

Wat kost jaarlijks de bureaucratie in Nederland? Hoe groot is de overhead en de kosten hiervan, uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord:

Zie antwoord op vraag 72 en vraag 73.

Vraag 108

Welke concrete maatregelen in de begroting ondersteunen de transitie van eerste naar tweedelijnszorg en «zorg op de juiste plek»?

Antwoord:

De beweging naar de juiste zorg op de juiste plek gaat deels over het verschuiven van zorg van tweede naar eerste lijn, maar is veel breder. Uitgangspunt van de juiste zorg op de juiste plek is het voorkomen van (duurdere) zorg, het verplaatsen van zorg dicht bij mensen thuis en het vervangen van zorg, bijvoorbeeld door e-health. Het moet mensen vooral helpen in hun dagelijks functioneren. Het rapport van de Taskforce licht toe hoe partijen daar invulling aan kunnen geven, bijvoorbeeld door het functioneren van zorggebruikers werkelijk als uitgangspunt te nemen voor de zorgorganisatie en in de regio gezamenlijk een gedeeld beeld te maken van de benodigde en geboden zorg in een regio, nu en op de langere termijn.

De budgettaire kaders in de VWS-begroting zijn in lijn met het gedachtegoed van de juiste zorg op de juiste plek en overeenkomstig de afspraken in de hoofdlijnenakkoorden. De maximale volumegroei voor medisch-specialistische zorg wordt beperkt tot 0,8% in 2019 aflopend tot 0% in 2022. Gelijktijdig wordt in de hoofdlijnenakkoorden wijkverpleging en huisartsenzorg een hogere maximale volumegroei beschikbaar gesteld. Bij de huisartsen is dit 2,5% in de jaren 2019 en 2020 en 3% in de jaren 2021 en 2022. Voor de wijkverpleging is dit 2,4% in de jaren 2019 tot en met 2022. Het gaat immers om het voorkomen van zorg in de tweede lijn, bijvoorbeeld door betere vroegsignalering van problemen door huisartsen en wijkverpleegkundigen. En om het tot stand brengen van een betere uitstroom van tweede naar eerste lijn of naar huis van mensen die in ziekenhuizen liggen, maar die eigenlijk geen noodzaak voor medisch-specialistische zorg meer hebben. Tevens zijn voor de medisch-specialistische zorg incidentele middelen gereserveerd om investeringen te ondersteunen die de transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek kunnen faciliteren.

Van belang is dat er meer gebruik wordt gemaakt van innovatieve zorgvormen (bijvoorbeeld eHealth) en om er voor te zorgen dat patiëntgegevens kunnen worden uitgewisseld tussen zorgverlener en patiënt, en tussen zorgverleners onderling. Het gaat ook om het voortdurend bezien wat «juiste zorg» is (gepast gebruik) en vervolgens die inzichten ook in de praktijk toe te passen (stimulering zorgevaluatie en -implementatie en stimuleren dat veelbelovende nieuwe zorgvormen sneller bij de patiënt komen). Daarbij hoort ook het vergroten van inzicht in de kwaliteit van zorg die er voor de patiënt echt toe doet (stimulering uitkomsttransparantie) en het ondersteunen van partijen om in de spreekkamer het goede gesprek te kunnen voeren (samen beslissen). Daarnaast wordt ook geïnvesteerd in het aanpakken van knelpunten op de arbeidsmarkt (de juiste zorgverlener op de juiste plaats) en in het terugdringen van de regeldruk in de zorg om zorgverleners zoveel mogelijk ruimte te geven om ook echt zorg te kunnen verlenen. Over al deze aspecten zijn afspraken gemaakt in de hoofdlijnenakkoorden. De budgettaire effecten van de gemaakte afspraken zijn verwerkt in de financiële kaders voor de betreffende sectoren zoals ze in de VWS-begroting zijn opgenomen. Ik verwacht u op korte termijn mijn reactie op het rapport van de Taskforce te sturen.

Vraag 109

Kunt u een overzicht geven van alle financiële middelen die op dit moment beschikbaar zijn voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg?

Antwoord:

Zoals in de ontwerp-begroting 2019 is opgenomen is voor Innovatie en Zorgvernieuwing in 2019 zorgbreed circa 26 miljoen beschikbaar. Dat is

inclusief de impuls van dit kabinet van 10 miljoen per jaar voor deze kabinetsperiode uit het Regeerakkoord. Tevens is er circa 30 miljoen in 2019 beschikbaar voor de stimuleringsregeling ehealth thuis. De inzet van middelen uit de Hoofdlijnenakkoorden of het actieplan Werken in de Zorg kunnen ook ingezet worden voor arbeidsbesparende innovaties. Arbeidsbesparende innovaties worden op eigen initiatief ingezet door de zorginstellingen zelf. VWS heeft geen totaal overzicht welke bedragen instellingen daarvoor inzetten.

Vraag 110

In 2014 zijn in de Kamerbrief over e-health en zorgverbetering (27 529, nr. 130) drie ambities geformuleerd voor het stimuleren van e-health; hoeveel procent van de chronisch zieken en hoeveel procent van de Nederlanders heeft op dit moment direct toegang tot bepaalde medische gegevens? Hoeveel procent van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen kan op dit moment zelfstandig metingen uitvoeren en deze delen met een zorgverlener op afstand? En heeft op dit moment iedereen die thuis zorg en ondersteuning ontvangt de mogelijkheid tot beeldschermzorg en domotica?

Antwoord:

Uit de e-healthmonitor van 2017 blijkt dat:

Bijna een kwart van de zorggebruikers zegt bij de huisarts online inzage te hebben gehad in voorgeschreven medicatie. Het aantal zorggebruikers dat aangeeft online inzage te hebben in hun gegevens bij de huisarts, is rond de 3%-5%.

Ruim de helft van de chronisch zieken (55%) en de helft van de kwetsbare ouderen (50%) zelf metingen van bepaalde gezondheidswaarden (zoals gewicht, bloeddruk en bloedsuikerwaarde) uitvoert.

Bij maximaal 10% van de patiënten in de ouderenzorg beeldbellen plaatsvindt. In de ziekenhuiszorg is dat percentage 11%. In de huisartsenzorg is het gebruik van beeldbellen nog nihil.

Vraag 111

Wat zijn de verwachte kostenbesparingen wanneer e-health breed geïmplementeerd wordt?

Antwoord:

De besparing is niet op voorhand in beeld te brengen. Deze is contextafhankelijk en niet altijd in geld uit te drukken. Dit omdat beeldbellen met een arts in het ziekenhuis de patiënt levensvrijheid oplevert doordat hij niet naar het ziekenhuis hoeft te reizen.

Vraag 112

Hoeveel tijd/FTE's wordt verwacht vrij te komen voor de mensen die werken in de zorg wanneer e-health breed geïmplementeerd wordt?

Antwoord:

De besparing is niet op voorhand in beeld te brengen omdat het per persoon en context zal verschillen.

Vraag 113

Hoe wordt de zorg persoonlijker en beter?

Antwoord:

In 2019 wordt een aantal intensiveringen gedaan om de zorg persoonlijker en beter te maken. Zo wordt het basispakket voor de zorgverzekering uitgebreid en is jaarlijks € 105 miljoen beschikbaar om veelbelovende behandelingen, medische technologie en geneesmiddelen sneller

beschikbaar te krijgen voor de patiënt. Met dit geld worden ontwikkelaars van nieuwe zorgideeën geholpen bij het opzetten en uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek. Ook in de hoofdlijnenakkoorden met de MSZ, wijkverpleging, huisartsen en GGZ hebben we afspraken gemaakt over kwaliteitsverbeteringen in de zorg. Zo verplaatsen we zorg (dichter) bij mensen thuis als dat kan dan wel verder weg (geconcentreerd) als het omwille van de kwaliteit en doelmatigheid moet. En vervangen we zorg door andere zorg, zoals e-health, met een gelijkwaardige of betere medisch-inhoudelijke kwaliteit van de zorg.

Voorts komt er meer geld beschikbaar voor de ouderenzorg om voldoende tijd, aandacht en goede zorg, thuis of in het verpleeghuis te kunnen bieden. In 2019 gaat het om een bedrag van ruim € 1 miljard extra ten opzichte van dit jaar, waaronder € 600 miljoen extra voor het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. In totaal loopt de extra investering in de ouderenzorg deze kabinetsperiode op naar jaarlijks ruim € 3 miljard per jaar vanaf 2021. Door de nieuwe kwaliteitsstandaarden in de langdurige zorg is het mogelijk om meer persoonlijke zorg aan cliënten te leveren. Met ingang van 2019 brengen we ook informatie over de cliënttevredenheid en bewonerservaringen per locatie in beeld. Toekomstige bewoners kunnen hierdoor in één oogopslag een indruk krijgen van de locatie waarvoor zij kiezen.

Voor een meer uitputtend overzicht van alle maatregelen die wij treffen in de zorg (zoals de jeugd- en gehandicaptenzorg) verwijs ik uw Kamer naar de VWS-beleidsagenda 2019.

Vraag 114

Hoeveel nieuwe collega's zijn er in respectievelijk 2017 en 2018 geworven in de sectoren Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT), Verpleging & Verzorging (V&V) en de thuiszorg?

Antwoord:

In 2017 is de werkgelegenheid in de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT) gestegen met ongeveer 13 duizend personen, waarvan ongeveer 8 duizend in de Verpleging & Verzorging (V&V) en ongeveer 5 duizend in de Thuiszorg. Voorlopige cijfers over het eerste kwartaal 2018 laten een verdere stijging van ongeveer 2 duizend personen zien voor de VVT, welke volledig is toe te rekenen aan de V&V (bron: www.azwinfo.nl).

Vraag 115

Ervaren mensen in de zorg al dat zij minder tijd kwijt zijn aan administratieve lasten? Zo ja, hoeveel tijd besteden zij minder aan administratieve lasten?

Antwoord:

Eind mei lanceerden mijn collega's en ik samen met alle betrokken organisaties het programma (Ont)Regel de Zorg, dat als doel heeft om de ervaren regeldruk in de zorg merkbaar terug te dringen. Dat is een ambitieus en concreet programma, waarin zo'n 160 maatregelen beschreven staan die aan dat doel moeten bijdragen, door knelpunten weg te nemen die zorgprofessionals en patiënten dagelijks ervaren. Het programma is momenteel volop in uitvoering. De eerste resultaten zijn inmiddels zichtbaar: voor huisartsen is er een vereenvoudigd formulier voor het vergoeden van zorg aan onverzekerden. Het invullen van dit formulier kostte de huisarts veel tijd. En voor de wijkverpleegkundigen bevat het programma een actie om het niet meer standaard afvinken van een risicosignaleringslijst uit de praktijk te bannen. Ook dat heeft een groot bereik onder wijkverpleegkundigen. Om het effect van de maatregelen te monitoren, wordt onder meer gebruik gemaakt een merkbaar-

heidsscan per sector. Met de merkbaarheidsscan wordt de ervaren regeldruk zowel met een door zorgverleners gegeven rapportcijfer als in tijdsbesteding per maatregel uitgedrukt. De eerste 0-meting van de merkbaarheidsscan vindt begin 2019 plaats.

Vraag 116

Is een stijging van het aandeel niet-gecontracteerde fysiotherapie waarneembaar de afgelopen jaren? Zo ja, hoe ziet de stijging eruit?

Antwoord:

Cijfers hierover zijn mij niet bekend. Zoals eerder aangegeven (TK 2017–2018, Aanhangsel van de handelingen nr. 1831) is de NZa op dit moment bezig met een monitor naar de ontwikkelingen van de geboden tarieven in relatie tot de kwaliteit en toegankelijkheid van de paramedische zorg, waaronder fysiotherapeuten. Deze monitor wordt begin 2019 verwacht en zal ook op de bovenstaande vraag in gaan.

Vraag 117

Wat zijn de verschillen tussen patiënten die gebruik maken van gecontracteerde en niet-gecontracteerde fysiotherapie?

Antwoord:

Hierover zijn mij geen gegevens bekend.

Vraag 118

Op welke wijze wordt contractering van fysiotherapie op dit moment bevorderd?

Antwoord:

Zoals eerder aangegeven (TK 2017–2018, Aanhangsel van de handelingen nr. 1831) is de NZa op dit moment bezig met een monitor naar de ontwikkelingen van de afgesproken tarieven in relatie tot de kwaliteit en toegankelijkheid van de paramedische zorg, waaronder fysiotherapie. Deze monitor wordt begin 2019 verwacht en zal een basis bieden om indien nodig verder met fysiotherapeuten en zorgverzekeraars over de contractering in gesprek te gaan.

Vraag 119

Op welke wijze kunnen de administratieve lasten rondom contractering voor fysiotherapeuten worden teruggedrongen?

Antwoord:

De paramedische zorg – waaronder de fysiotherapie – maakt onderdeel uit van het actieplan (Ont)Regel de Zorg. In het plan staan diverse maatregelen die zien op het terugdringen van administratieve lasten rondom de contractering. Eén van de maatregelen die door zorgverzekeraars genomen zijn om de regeldruk rondom contractering te verminderen is het (deels) uniformeren van de opzet van zorginkoopcontracten. Per 1 januari 2019 gaan alle zorgverzekeraars dezelfde structuur en voor een deel dezelfde bepalingen gebruiken voor de algemene voorwaarden en declaratieparagraaf van contracten in de paramedische zorg. Door het zo veel mogelijk uniformeren van deze onderdelen van de contracten, kan een zorgverlener voortaan in één oogopslag zien waar de verschillen zitten in de algemene voorwaarden en declaratieparagraaf die zorgverzekeraars gebruiken.

Vraag 120

Welke stappen worden er gezet om de kwaliteit en doelmatigheid van fysiotherapie per individuele zorgaanbieder inzichtelijk te maken?

Antwoord:

Binnen de fysiotherapie bestaat een aantal instrumenten die kwaliteit, doelmatigheid of delen daarvan inzichtelijk proberen te maken per individuele zorgaanbieder. Bijvoorbeeld PROM's, PREM's, de behandel-index, opname in kwaliteitsregisters en Zorgkaart Nederland. In het kader van het hoofdlijnenakkoord paramedische zorg 2017–2018 wordt gewerkt aan het verder inzichtelijk maken van kwaliteit en doelmatigheid. Met als doel dat zorgaanbieders in staat worden gesteld te leren en zich te ontwikkelen, patiënten de juiste informatie hebben om een keuze te maken en zorgverzekeraars instrumenten hebben om de inkoop vorm te geven. Op dit moment loopt hier een onderzoek naar door onderzoeksbureau KPMG in samenwerking met de partijen die aangesloten zijn bij het hoofdlijnenakkoord. De resultaten worden in november verwacht en zullen het startpunt vormen voor het verder ontwikkelen van de inzichtelijkheid van kwaliteit en doelmatigheid.

Vraag 121

Mag een geneesmiddel niet meer dan € 50.000 euro per persoon per jaar kosten? Waar is die grens van € 50.000 euro op gebaseerd? Wie heeft daarover geadviseerd? Hoeveel geneesmiddelen boven de € 50.000 euro per jaar worden er nu vergoed? Welke zijn dit?

Antwoord:

Geneesmiddelen mogen wel meer dan € 50.000 euro per behandeling kosten. Het bedrag van € 50.000 per behandeling maakt onderdeel uit van de criteria om een sluisprocedure te starten, zoals in de toelichting op de algemene maatregel van bestuur (AMvB) waarmee de sluis verankerd is in het Besluit zorgverzekering, en in het Schriftelijk Overleg over deze AMvB is beschreven.

De regering acht op dit moment het bedrag van minimaal € 50.000 per behandeling als uitzonderlijk hoge kosten per behandeling. Uit de beoordelingen van dure geneesmiddelen die het Zorginstituut in de afgelopen jaren heeft gedaan, valt op te maken dat geneesmiddelen die minimaal € 50.000 per behandeling kosten doorgaans een ongunstige kosteneffectiviteit hebben en dat een verlaging van de kosten de meeste invloed heeft op het verbeteren van deze kosteneffectiviteit. Middelen met deze kosten per behandeling vormen echter niet altijd een zodanig risico dat toepassing van de sluisprocedure noodzakelijk is. De sluis wordt voor dergelijke intramurale geneesmiddelen toegepast mits het verwachte jaarlijks macrokostenbeslag € 10 miljoen of meer bedraagt.

Dit betekent dat er voor de toepassing van een geneesmiddel bij een bepaalde indicatie een sluisprocedure gestart wordt als aan beide onderdelen van dit criterium wordt voldaan. Als onderdeel van een sluisprocedure kan het Zorginstituut een advies uitbrengen over de pakketwaardigheid en zullen er eventuele onderhandelingen plaatsvinden om tot een financieel arrangement te komen. Tevens kunnen gepast gebruikafspraken gemaakt worden.

Voor geneesmiddelen die onderdeel uitmaken van het Geneesmiddelen-vergoedingssysteem kunnen ook financiële arrangementen afgesloten worden op basis van dezelfde criteria als bij intramurale geneesmiddelen.

Op basis van cijfers Vektis Zorgprisma geldt m.b.t. het jaar 2016 voor de volgende 31 intramurale geneesmiddelen dat het bedrag gemiddeld genomen boven de € 50.000 per patiënt uitkomt: Galsulfase, Idursulfase, Ceprotin, Alglucosidase alfa, Laronidase, Eculizumab, Feiba S-TIM 4, Agalsidase alfa, Mononine, Mabthera, Agalsidase beta, Elosulfase alfa, Ivacaftor, Immunonine, Novoseven, Benefix, Kogenate Bayer, Aafact,

Nonafact, ReFacto AF, Helixate Nex Gen, Advate, Blinatumomab, NovoEight, Canakinumab, Kovaltry, Elocta, Crisantaspase, Rixubis, Ipilimumab en Defibrotide.

Op basis van cijfers van GLP-databank (Zorginstituut) geldt m.b.t. het jaar 2017 voor de volgende negen extramurale geneesmiddelen dat het bedrag gemiddeld genomen boven de € 50.000 per patiënt uitkomt: Ivacaftor, Velaglucerase alfa, Cargluminezuur, Tafamidis, Miglustat, Eliglustat, Lomitapide, Imiglucerase en Treprostinil.

Vraag 122

Geldt die openheid over de prijzen van geneesmiddelen ook voor de onderhandelingen van het Ministerie van VWS zelf? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wanneer krijgen we die te horen?

Antwoord:

Ik dring aan op transparantie van geneesmiddelenprijzen. Recent heb ik het congres van de Vereniging Innovatie Geneesmiddelen toegesproken en heb ik opgeroepen dat hoofdkantoren hierop worden aangesproken. Ook in onderhandelingen zet ik in op zoveel mogelijk openheid van de fabrikant over de opbouw en onderbouwing van hun prijs. Zoals bekend is nu het grootste deel van de kortingen nog vertrouwelijk omdat dit een eis is van fabrikanten. Dat vind ik onbevredigend. Het liefst zou ik precies vertellen wat we uiteindelijk voor elk middel betalen. Maar als ik dat doe, stelt de farmaceut – zo leert de ervaring – het middel niet meer beschikbaar. In dat geval kies ik voor de patiënt, al betekent dat dat de afspraken geheim blijven. Ik zet wel altijd in op zoveel mogelijk transparantie van kortingen, bijvoorbeeld door openbare prijsverlagingen. Dat zal ik blijven doen ook in samenwerking met andere landen. Ieder jaar geef ik uw Kamer een overzicht van de totaal behaalde kortingen door middel van financiële arrangementen.

Vraag 123

Hoeveel gezondheidswinst hebben geneesmiddelen de afgelopen decennia opgeleverd? Kan dit weergegeven worden in gewonnen levensjaren?

Antwoord:

Er is geen informatie over de totale gezondheidswinst die geneesmiddelen in de afgelopen decennia hebben opgeleverd. Er is wel informatie over de ervaren gezondheid in de Staat Volksgezondheid en Zorg. Ervaren gezondheid hangt echter niet alleen af van geneesmiddelen maar ook van o.a. arbeidsomstandigheden, woonomstandigheden en milieu.

Vraag 124

Aan welke geneesmiddelen waren er de afgelopen jaren tekorten? Wat wordt er gedaan aan geneesmiddeltekorten of wordt dit aan de markt overgelaten?

Antwoord:

Per 1 januari 2017 is het Meldpunt Geneesmiddelentekorten en -defecten operationeel. Dit Meldpunt wordt gecoördineerd door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Het CBG en IGJ gaan bij ieder melding van een (verwachte) leveringsonderbreking na of er voldoende alternatieven beschikbaar zijn, en welke partijen eventueel actie moeten ondernemen om een tekort te voorkomen. Zij werken daarbij samen met het bedrijf en de andere leden van de Werkgroep Geneesmiddelentekorten (koepels van apothekers, artsen, patiëntenverenigingen, farmaceutische bedrijven, groothandels, zorgverzekeraars en VWS) aan oplossingen.

Uit de jaarrapportage van het Meldpunt (<https://www.meldpuntgeneesmiddelentekortendefecten.nl/documenten/rapporten/2018/03/>) blijkt dat in 2017 bijna 400 meldingen zijn ontvangen van (verwachte) leveringsonderbrekingen van medicijnen. In nagenoeg alle gevallen is het gelukt om voor de patiënt een adequaat alternatief medicijn te vinden. In slechts een enkel geval was dit niet het geval: voor het Hepatitis A-vaccin en een smalspectrum antibioticum.

In 2018 ziet het Meldpunt een stijgende trend van het aantal meldingen van (verwachte) leveringsonderbrekingen. Het Meldpunt zal van alle meldingen in 2018 een rapportage opstellen, die 1e kwartaal 2019 wordt gepubliceerd. In 2018 was er tot nu toe geen alternatief medicijn beschikbaar voor een antibiotica neuszalf (Bactroban), Levothyroxine, een diagnostisch middel (Lymphoseek) en een middel voor de behandeling van alcoholverslaving (Refusal). Zorgverleners zijn daarom door de overheidspartijen gevraagd om het geneesmiddel voor een beperktere groep patiënten voor te schrijven of aan de patiënten een kleinere hoeveelheid van het geneesmiddel mee te geven. Voor Lymphoseek is de houdbaarheid van de resterende voorraad verlengd om zo de leveringsonderbreking te overbruggen. Naast deze maatregelen wordt er ook regelmatig een vergelijkbaar geneesmiddel uit het buitenland naar Nederland gehaald, of geeft de IGJ toestemming voor het voeren van een tijdelijk afwijkende verpakking (kortweg: identiek geneesmiddel, maar in een verpakking uit een andere EU-lidstaat). In een aantal gevallen is een leveringsonderbreking opgevangen door apotheekbereidingen.

De samenwerking in de Werkgroep Geneesmiddelentekorten verloopt over het algemeen goed. Ook komen firma's sneller tot een oplossing omdat nu duidelijker is welke mogelijkheden er zijn. Omdat de meldingen van (verwachte) leveringsonderbrekingen toenemen, zal ik samen met de Werkgroep alle maatregelen uit de routekaart evalueren en uw kamer daarover in 2019 informeren.

Geneesmiddelentekorten komen niet alleen in Nederland voor, maar in alle landen. Daarnaast is geneesmiddelenproductie een internationale markt. Als gevolg daarvan zijn maatregelen niet altijd voldoende om productieproblemen in bijvoorbeeld Azië op te lossen. Daarom overleg ik ook met mijn Europese collega's om tekorten zoveel mogelijk te voorkomen. Gedacht kan worden aan een systeem om tekorten in de Europese Unie te monitoren in plaats van enkel op nationaal niveau. Daarmee wordt het ook gemakkelijker om acties op Europees niveau af te spreken.

Vraag 125

Wat betekenen de regeerakkoordbezuinigingen op extramurale geneesmiddelen voor de beschikbaarheid van medicijnen?

Antwoord:

In het regeerakkoord «Vertrouwen in de toekomst» van 10 oktober 2017 is afgesproken om de kosten van geneesmiddelen en hulpmiddelen verder te beheersen. In mijn brief van 15 juni jl (TK II 2017/18, 29 477, nr. 489) heb ik uw Kamer geïnformeerd over de maatregelen die ik daarvoor neem. Zoals in deze brief aangegeven kies ik voor een pakket van maatregelen dat niet alleen inzet op lagere prijzen van genees- en hulpmiddelen, maar ook op de toegankelijkheid en beschikbaarheid. Patiënten moeten kunnen vertrouwen op goede, tijdige en betaalbare toegang tot geneesmiddelen en hulpmiddelen. Om die reden heb ik bijvoorbeeld bij de beoogde wijziging van de Wet geneesmiddelenprijzen gekozen voor het vervangen van Duitsland als referentieland door Noorwegen per 1 januari 2020. En niet voor het «Noorse model», omdat daarbij nóg sterker gedrukt zou

worden op de prijzen, wat risico's heeft voor de beschikbaarheid van geneesmiddelen. De gevolgen van de maatregelen worden gemonitord.

Vraag 126

Bent u bekend met het feit dat er duidelijke verschillen bestaan tussen opioïden (pijnstillers) daar waar het gaat om bijwerkingen en veiligheid, en dat er alternatieven beschikbaar zijn in Nederland met een ander bijwerkingenprofiel?

Antwoord:

Ja, ik vind het in eerste instantie van belang dat de voorschrijver bekend is met de verschillen tussen opioïden, daar waar het gaat om bijwerkingen, veiligheid en mogelijke alternatieven. De voorschrijver moet immers na afweging van de risico's die pijnstilling voorschrijven die past bij het profiel van de patiënt. De voorschrijver kan zich hierbij laten ondersteunen door richtlijnen, maar ook het Farmacotherapeutisch Kompas en de expertise van de apotheker op het terrein van geneesmiddelen.

Het Bijwerkingencentrum Lareb brengt in oktober een rapport uit over de gemelde bijwerkingen na het gebruik van opioïden. Ik verwacht dat dit rapport verdere inzicht geeft in de ervaren bijwerkingen als gevolg van opioïden. Ik zal de Kamer het rapport na ontvangst toesturen.

Vraag 127

Welke opioïden worden in Nederland het meest voorgeschreven? Klopt het dat dit juist de opioïden zijn met de meeste bijwerkingen?

Antwoord:

Ik heb recent hier Kamervragen over beantwoord (2018D41283, 21-09-2018). De top 3 van voorgeschreven opioïden is oxycodon, fentanyl, morfine.

Het Bijwerkingencentrum Lareb brengt in oktober een rapport uit over de gemelde bijwerkingen na het gebruik van opioïden. Dit rapport moet meer inzicht geven in de ervaren bijwerkingen van patiënten. Ik zal u het rapport na ontvangst toesturen.

Vraag 128

Zijn er gegevens bekend over de relatie tussen de kwaliteit en het opioïde-gebruik?

Antwoord:

Ik kan uit de vraag niet opmaken op welke kwaliteit u doelt. Ik kan wel aangeven dat er in Nederland veel onderzoek is en wordt gedaan naar pijnstilling en de kwaliteit van pijnstilling op onderscheidene gebieden. Voor de richtlijn Pijn van de Nederlandse Huisartsen Genootschap en de Multidisciplinaire Richtlijn Pijn van Verenzo ligt immers onderzoek aan de basis. Daarnaast is veel onderzoek gedaan naar pijnbeleving bij diverse aandoeningen of ingrepen, zoals pijnstilling bij kanker en pijnstilling in abortusklinieken.

Vraag 129

Wordt, gezien de discussie over het gebruik van opioïden, voldoende geïnvesteerd in de opleiding van artsen op specifiek dit gebied?

Antwoord:

Het is aan de beroepsgroep om te bepalen of er noodzaak is tot het vergroten van kennis over nieuwe inzichten via bij- en nascholing. Zij worden hierbij ondersteund met protocollen en richtlijnen.

Ik heb het initiatief genomen om experts uit de zorgpraktijk uit te nodigen om met elkaar van gedachten te wisselen over de oorzaken van de toename van het gebruik van opioïden. Ik zal bij deze expertmeeting stilstaan bij de bewustwording van betrokkenen als het gaat om de risico's en bijwerkingen van opioïden. De expertmeeting vindt plaats op 18 oktober aanstaande.

Vraag 130

Wanneer zijn de verkenning van de sociaaleconomische Raad (SER) en het advies van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) klaar?

Antwoord:

De WRR en SER gaan over hun eigen werkprogramma en daarbij behorende planning. In de verkenningaanvraag aan de sociaaleconomische Raad (SER) (bijlage bij TK 32 620, nr. 208) heb ik gevraagd om begin 2019 in gesprek te treden over de eerste bevindingen. Ook heb ik aangegeven dat ik de uiteindelijke verkenning, waarbij ook meer specifieke thema's worden belicht, graag eind 2019 ontvang. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) heeft aangegeven ons verzoek tot het doen van onderzoek naar de houdbaarheid van de zorguitgaven (bijlage bij TK 32 620, nr. 208) te willen honoreren, maar heeft daarbij geen tijdsindicatie gegeven wanneer ze het eindresultaat presenteren. De WRR is voornemens om dit onderzoeksproject in het begin van 2019 te starten (<https://www.wrr.nl/onderwerpen/toekomst-zorgkosten>).

Vraag 131

Waarom komen fraudeurs in een Waarschuwingsregister Zorg in plaats van dat het ze verboden wordt om nog in de zorgsector te werken? Welke initiatieven worden er nog meer genomen op het gebied van fraude aanpak?

Antwoord:

De Tweede Kamer heeft in 2015 verzocht om tot een zwarte lijst te komen van frauderende pgb-bemiddelingsbureaus. Er wordt gewerkt aan een wetsvoorstel waarin dit via een Waarschuwingsregister Zorg wordt geregeld. Dit waarschuwingsregister is een digitale infrastructuur, waarmee zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders en gemeenten informatie over door hen vastgestelde fraudes kunnen gaan delen. Op dit moment kunnen fraudeurs hun activiteiten elders (bijvoorbeeld bij een andere zorgverzekeraar of in een andere gemeente) voortzetten of herhalen, zonder dat de verantwoordelijke verstrekker daar zicht op heeft. Door frauderende (rechts)personen te registreren in het Waarschuwingsregister Zorg, zijn de partijen alert en kunnen zij vooraf maatregelen nemen.

De mogelijkheden om een verbod op te leggen aan een fraudeur bestaan al. Sinds 1 juli 2016 bestaat de mogelijkheid om een civielrechtelijk bestuursverbod op te leggen. Daarnaast kan er door de rechter een strafrechtelijk beroepsverbod worden opgelegd. Ten slotte bestaat er een bestuursverbod voor stichtingsbestuurders.

In het programmaplan rechtmatige zorg dat in april 2018 naar de Kamer is verzonden zijn verschillende maatregelen aangekondigd om fraude in de zorg aan te pakken. Het gaat onder andere om wetgevingstrajecten, maar ook maatregelen in vijf specifieke zorgsectoren, namelijk medisch-specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, mondzorg, wijkverpleging en persoonsgebonden budget.

Vraag 132

In de begroting staat dat het belangrijk is dat mensen goed geïnformeerd zijn over onder andere behandelmogelijkheden; in hoeverre vormt e-health nu een onderdeel van die behandelmogelijkheden?

Antwoord:

In een groeiend aantal zorginstellingen maakt enigerlei vorm van digitaal ondersteunde zorg steeds vaker deel uit van de behandelmogelijkheden. De e-health monitor die in november van dit jaar verschijnt geeft inzicht in de mate waarin verschillende toepassingsgebieden aangeboden worden. VWS is onlangs gestart met het traject Zorg van Nu om burgers en professionals te informeren over de mogelijkheden van digitale toepassingen in zorg en welzijn. De middelen hiervoor komen uit de middelen van het regeerakkoord.

Vraag 133

In hoeverre worden medewerkers in de zorg betrokken bij het digitaal vaardig worden in de zorg?

Antwoord:

De digitale vaardigheid in de zorg van patiënten en medewerkers is cruciaal voor de inzet van e-health in de zorg. In deze kabinetsperiode is € 40 miljoen beschikbaar voor het bevorderen van digitaal ondersteunde zorg en innovatieve werkwijzen. Met deze middelen is onder andere het communicatietraject Zorg van Nu van start gegaan, wordt met het zorg- en onderwijsveld een toolkit ter ondersteuning van verpleegkundigen ontwikkeld en worden hulpmiddelen ontwikkeld om burgers en professionals te ondersteunen bij een verantwoorde keuze uit elektronische hulpmiddelen. Ik heb u daarover geïnformeerd in de Voortgangsrapportage E-health en zorgvernieuwing van 18 mei jl. (TK II, 27 529, nr. 156).

Vraag 134

Is er nog wel ruimte voor mensen die beslissingen liever aan professionals overlaten, die liever niet zelf de regie willen voeren, die liever in het ziekenhuis behandeld worden dan thuis, die liever niet hun familie, hun kinderen, burens of vrienden willen aanspreken maar liever hulp van een echte zorgverlener willen ontvangen? Of worden zij verplicht om eerst het hele traject te doorlopen van zelf beslissen, zelf regie voeren en zelfredzaam zijn?

Antwoord:

Er is ruimte voor degenen die dat willen, om beslissingen over te laten aan professionals. Het programma Uitkomstgerichte zorg 2018–2022, waarvan Samen Beslissen één van de programmalijnen is, richt zich erop dat mensen die dat willen ook kunnen meebeslissen. Het gaat hier om het bevorderen van het gezamenlijke gesprek in de spreekkamer. Hiervan kan daarom ook een uitkomst zijn dat de patiënt de beslissing aan de zorgverlener overlaat.

Daar waar het gaat om ondersteuning vanuit de gemeente (vanuit de Wmo) wordt na een melding in nauwe samenspraak met betrokkene gezien hoe de ondersteuning, waar relevant ook in samenhang met zorgverlening in de betreffende situatie het beste vorm kan worden gegeven. Daarbij wordt ook gezien wat betrokkene zelf of met behulp van zijn sociaal netwerk kan organiseren. Uitgangspunt is maatwerk; passende zorg en ondersteuning.

Ditzelfde geldt ook voor wijkverpleging die onder de Zvw valt. De wijkverpleegkundige stelt de indicatie vast, waarbij altijd rekening wordt gehouden met de omgeving en voorkeuren van de cliënt. Bij de indicatiestelling gaat het erom welke zorg de cliënt in de eigen omgeving nodig

heeft gezien zijn zorgvraag én gezien zijn persoonlijke factoren binnen de eigen omgeving.

Vraag 135

Wat wordt in de begrotingstoelichting precies bedoeld met een betere ICT en meer ondersteuning geven aan de medisch specialist? Welke maatregelen zijn er op dit gebied al genomen en welke bent u voornemens om te nemen?

Antwoord:

De informatie die de arts in zijn dossier heeft moet zo compleet en actueel mogelijk zijn. Het komt voor dat de medisch specialist informatie bij andere zorginstellingen moet opvragen of dat hij de patiënt moet vragen om bij de apotheek of een ander ziekenhuis de informatie op te halen. Vervolgens moet deze informatie worden overgetypt. Dit moet anders: zo moet het makkelijker worden voor artsen om over de actuele medische gegevens van de patiënt te kunnen beschikken zodat zij zich in het gesprek op de patiënt kunnen richten.

Binnen het Informatieberaad Zorg zijn afspraken gemaakt over het gestandaardiseerd vastleggen en delen van gegevens, met extra aandacht voor het medicatieproces. Er is een Basisgegevensset Zorg afgesproken (welke generieke gegevens bij overdracht gedeeld moeten worden) en er zijn zorginformatiebouwstenen vastgesteld. Een zorginformatiebouwsteen beschrijft op welke manier informatie moet worden vastgelegd in het informatiesysteem. Als alle instellingen voor medisch-specialistische zorg informatie op dezelfde manier vastleggen, volgens het format van een zorginformatiebouwsteen, kunnen zij elkaars digitale informatie hergebruiken, ongeacht welk informatiesysteem zij zelf gebruiken. Hierdoor kan informatie makkelijker uitgewisseld worden en in het elektronisch patiëntendossier worden getoond op het moment dat de specialist deze informatie nodig heeft.

Een nieuwe maatregel om het voor medisch specialisten makkelijker te maken is gericht op het uitwisselen van beeldmateriaal van patiënten, zoals röntgenfoto's. Het doel is om ervoor te zorgen dat dit beeldmateriaal niet meer op DVD's hoeft te worden gebrand, maar digitaal uitgewisseld kan worden.

Via het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling patiënt en professional (VIPP) ontvangen 67 ziekenhuizen en 137 instellingen voor overige medisch-specialistische zorg een financiële bijdrage, zodat zij in 2020 daadwerkelijk de patiënteninformatie volgens deze standaarden in de patiëntendossiers opslaan en met de patiënt kunnen delen en dat het actuele medicatieoverzicht digitaal aan de patiënt kan worden meegegeven als deze het ziekenhuis verlaat.

Om ervoor te zorgen dat informatie straks sectoroverstijgend volgens deze standaarden wordt aangeleverd, worden er informatie-uitwisselingsprogramma's in andere sectoren opgestart die zo veel mogelijk gebruik maken van dezelfde zorginformatiebouwstenen als het VIPP-programma voor de ziekenhuizen. Dit betreft twee programma's voor de ggz (één voor instellingen en één voor vrijevestigden), een programma voor de geboortezorg (Babyconnect), een programma voor de care (het programma InZicht) en een programma voor huisartsen en de programmatische ketenzorg (OPEN).

Vraag 136

Welke stappen worden er in 2019 gezet om mogelijk te maken dat patiënten binnen enkele jaren zelf hun medische gegevens kunnen inzien en gebruiken?

Antwoord:

In 2019 komen Persoonlijke Gezondheidsomgevingen (PGO's) beschikbaar die voldoen aan de eisen en standaarden van het MedMij-afsprakenstelsel. Om het gebruik hiervan te stimuleren wordt begin 2019 een subsidieregeling van kracht waarmee gebruikers kosteloos van een PGO gebruik kunnen maken. Tevens wordt in 2019 de beheerorganisatie MedMij ingericht.

Om gegevens vanuit systemen van zorgaanbieders naar gebruikers van een PGO te ontsluiten dienen ook de systemen van zorgaanbieders te voldoen aan het MedMij-afsprakenstelsel. Daartoe worden in het kader van de VIPP-programma's in ziekenhuizen en GGZ, het Open programma voor de eerstelijnszorg en het programma Inzicht in de langdurige zorg vanaf 2019 aanpassingen verricht. Meetbare resultaten zijn daarbij voorwaarde voor subsidieverlening. Eind 2019 moeten ziekenhuizen en instellingen voor medisch specialistische zorg de resultaatsverplichtingen van de VIPP-subsidie hebben behaald. Dit betreft onder meer dat 200 instellingen de patiënt bepaalde informatie veilig en digitaal ter beschikking moeten kunnen stellen via een beveiligd portaal of een PGO die aan de MedMij-standaarden voldoet. Deze informatie moet in ieder geval bestaan uit de gestandaardiseerde basisgegevensset zorg, laboratoriumuitslagen, ontslagbrieven en het gebruikte implantaat. Daarnaast moeten de instellingen waar klinische zorg geboden wordt de patiënt bij ontslag gestandaardiseerd de medicatieafspraken (het nieuwe actuele medicatieoverzicht) digitaal kunnen meegeven.

Voor een adequate informatie-uitwisseling is tevens van belang dat er eenduidigheid bestaat over de «taal» waarin informatie wordt uitgewisseld. Daartoe is in het Informatieberaad onder voorzitterschap van VWS de Basisgegevensset Zorg (BGz) vastgesteld. De BGz is en wordt tevens opgenomen in eerder genoemde stimuleringsregelingen. In 2019 zal de uitwisseling van de BGz tussen huisartsen en ziekenhuizen beproefd worden. Conform afspraak zal de BGz als standaard opgenomen worden in het kwaliteitsregister van het Zorginstituut zodat uiteindelijk op het gebruik van de standaard gehandhaafd kan worden.

In het Informatieberaad worden in 2019 onder meer standaarden voor veilige mail, toegankelijkheid van digitale voorzieningen voor mensen met een beperking en voor beelduitwisseling tussen zorgaanbieders vastgesteld.

Vraag 137

Waaruit blijkt dat mensen zelf de regie willen voeren over hun eigen gezondheid in plaats van dit aan een professional over te laten?

Antwoord:

Onder andere uit een onderzoek van de patiëntenfederatie onder bijna 7900 patiënten in 2017, bleek dat 94% van de mensen betrokken wil worden bij beslissingen over behandelopties. Daarbij gaf 14% aan zich onvoldoende betrokken te voelen bij het behandelproces. Bovendien kreeg 48% vaak maar één behandeloptie voorgelegd en vindt 37% het lastig om hun persoonlijke voorkeuren te bespreken met hun zorgverlener. Het is daarom belangrijk dat de zorg ruimte biedt voor zowel de patiënten die zelf willen meebeslissen over de behandeling, als voor mensen die niet zelf regie willen voeren.

Bovendien tonen verschillende wetenschappelijke onderzoeken aan dat regie voeren door samen te beslissen meerdere positieve effecten heeft. Het draagt bij aan:

- hogere tevredenheid van de patiënt over zijn behandeltraject
- verhoogde therapietrouw
- grotere betrokkenheid van de patiënt bij het zorgtraject
- het gevoel dat patiënten beter geïnformeerd zijn

- afname van twijfel en spijt bij patiënten na consulten
- afname van kosten en het aantal operaties

Vraag 138

Waaruit blijkt dat zorg dichtbij kosten bespaart? De ambulante ggz valt toch juist duurder uit dan de klinische ggz?

Antwoord:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar de brief die ik uw Kamer op 17 juli 2018 heb gestuurd over wachttijden in de ggz (Vergaderjaar 2017–2018, TK 25 424, nr. 423).

In die brief staat dat uit Vektisdata 2015 blijkt dat de gemiddelde kosten voor ambulante behandeling lager zijn dan voor een behandeling met klinisch verblijf. Voor bijvoorbeeld schizofrenie en andere psychotische stoornissen kost behandeling zonder verblijf gemiddeld € 5.034 en behandeling met verblijf gemiddeld € 39.255. Er maken echter veel meer mensen gebruik van ambulante zorg dan van klinische zorg waardoor er in totaal dus meer aan ambulante zorg dan aan klinische zorg wordt uitgegeven.

Vraag 139

Kan een overzicht van de kosten c.q. besparingen gegeven worden van alle sectoren waarin ambulantisering heeft plaatsgevonden de afgelopen vijf jaar?

Antwoord:

Deze kosten c.q. besparingen zijn niet los af te bakenen en derhalve niet bekend. Financiële effecten van ambulantisering, concentratie of andere bewegingen in de zorg zijn namelijk niet te isoleren van ontwikkelingen als toegenomen risicodragendheid van verzekeraars en eerdere verhogingen van het eigen risico. Ook is er sprake van een bredere ontwikkeling dan alleen ambulantisering. De zorg wordt namelijk waar mogelijk steeds dichter bij de patiënt georganiseerd, wat meer aspecten kent dan alleen verschuiving van zorg, zoals bijvoorbeeld vroegsignalering van problemen door huisartsen en wijkverpleegkundigen en een veranderend zorgaanbod met behulp van nieuwe, innovatieve toepassingen.

Vraag 140

Hoe wordt op dit moment het aantal medewerkers in de zorg gemonitord en geraamd? Is deze aanpak op dit moment sluitend, of zijn er zorgmedewerkers die niet geraamd worden op dit moment? Wat is daarvan de oorzaak?

Antwoord:

Het aantal medewerkers in de zorg wordt gemonitord en geraamd via het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW). De focus van dit programma ligt op het verpleegkundig, verzorgend en sociaal agogisch personeel tot en met hbo niveau.

Voor gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch specialisten die bekostigd worden vanuit de beschikbaarheidsbijdragen raamt het Capaciteitsorgaan de aantallen.

Vanaf 1 augustus 2018 voert het Centraal Bureau voor de Statistiek de dataverzameling uit voor het onderzoeksprogramma AZW.

Vraag 141

Waarom worden de cijfers rond de uitstroom in de zorg niet meegenomen in het kader van het Actieprogramma Werken in de zorg? Kunt u een

overzicht geven van de afgelopen vijftien jaar van het aantal mensen dat de zorg heeft verlaten, met daarbij de bijbehorende reden?

Antwoord:

De cijfers rond de uitstroom uit de zorg worden wel degelijk meegenomen in het actieprogramma Werken in de Zorg. Daarbij verwijs ik naar de tabel op p. 56 van het actieprogramma. De uitstroom is één van de belangrijke indicatoren voor actielijn 3.

Voor de jaren 2015, 2016 en 2017 zijn op dit moment uitstroomcijfers voor handen. In die jaren verlieten respectievelijk circa 94, 83 en 97 duizend personen zorg en welzijn. Deze cijfers zijn afkomstig van het Pensioen-fonds Zorg en Welzijn (PFZW). Dit betekent dat uitstroom uit zorg en welzijn bij werkgevers die niet aangesloten zijn bij PFZW hierin niet zijn meegenomen. Dit betreft voornamelijk de Universitair Medische Centra. Die zijn aangesloten bij het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds (ABP). De redenen voor uitstroom zijn divers. We weten dat er afgelopen jaren ongeveer 10 duizend medewerkers per jaar met pensioen zijn gegaan en dat ongeveer 2 duizend medewerkers in arbeidsongeschiktheidsrege-lingen terechtkwamen. Voor de overige uitstroom hebben we geen precies beeld van de redenen. Het kan bijvoorbeeld gaan om (niet uitputtend) een andere baan buiten de zorg, het starten van een nieuwe opleiding, omstandigheden in de privésituatie of de werkdruk.

Vraag 142

In hoeverre worden gemeenten en het Uitvoeringsinstituut Werknemers-verzekeringen (UWV) betrokken bij het werven van «mensen met afstand tot de arbeidsmarkt» in relatie tot de zoektocht naar extra personeel voor de zorg? Kunt u een overzicht geven van de resultaten die hiermee worden bereikt aan nieuwe mensen die aan de slag gaan binnen de zorg?

Antwoord:

Voor de zomer van 2018 hebben de Minister van VWS en de Staatssecre-taris van SZW samen met VGN, ActiZ, de Sectorraad Praktijkonderwijs, de PO-raad, Lecso, Divosa, het UWV, Regioplus en CNV Zorg & Welzijn een initiatief ondertekend gericht op een betere inzet van de talenten van mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt. In het najaar gaan twee pilots in de zorg lopen. Het UWV is dus goed betrokken. In de volgende voortgangsrapportage zal ik u rapporteren over de voortgang.

Vraag 143

Werkgevers en opleidingen maken volgens de begroting afspraken om tot meer stageplekken te komen; hoe groot (in aantallen) is op dit moment het tekort aan stageplaatsen?

Antwoord:

Er zijn geen gegevens beschikbaar over het tekort aan stageplaatsen. Voor het mbo beoordeelt de Samenwerkingsorganisatie Beroepsonderwijs Bedrijfsleven (SBB) de kans op een stage op basis van 5 categorieën (1 is geringe kans en 5 is goede kansen). Deze laat in zeer beperkte mate regionale verschillen zien. Voor bijna alle mbo opleidingen in zorg en welzijn geldt dat er voldoende tot ruim voldoende kans is op een stage. Uitzonderingen zijn de opleidingen mbo-verpleegkundige en de opleiding tot thuisbegeleider. Hiervoor geldt een matige kans op een stage.

Het aanbieden van voldoende kwalitatief goede stageplaatsen is de primaire verantwoordelijkheid van de zorg- en welzijnsinstellingen en het onderwijsveld. Het matchen van stagiairs en stageplaatsen gebeurt op regionaal niveau. Voor een stijgende instroom in de opleiding zijn meer stageplaatsen nodig. Om dit te kunnen realiseren maken zorginstellingen en onderwijsinstellingen op regionaal niveau aanvullende afspraken in de

regionale actieplannen. Dit ondersteunen we met het Actieprogramma *Werken in de Zorg*.

Vraag 144

In welke regio's is op dit moment een tekort aan stageplaatsen? Zijn er ook regio's waar juist een overschot aan stageplaatsen is? Hoe is dat te verklaren?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 143.

Vraag 145

In de geestelijke gezondheidszorg is het aantal beschikbare opleidingsplekken met circa 40 procent verruimd; hoeveel opleidingsplekken (in aantallen) betreft dat? Is die capaciteit voldoende verruimd om de vraag naar medewerkers in de geestelijke gezondheidszorg op te vangen?

Antwoord:

Zie antwoord op vraag 240.

Vraag 146

In de begrotingstoelichting wordt gesproken over oudere werknemers die bijvoorbeeld studie- en stagebegeleiding voor nieuwe medewerkers op zich kunnen nemen; hoeveel oudere medewerkers stromen op dit moment vroegtijdig uit de zorg? Hoe bent u voornemens dit voorstel uit te werken? Bij wie ligt de verantwoordelijkheid om dit plan op te zetten? Uit welke financiële middelen wordt dit plan betaald?

Antwoord:

De gemiddelde pensioenleeftijd in zorg en welzijn is 64 jaar. Hoeveel oudere medewerkers vroegtijdig uitstromen is niet bekend. In 2015 deed 18,6% van de medewerkers ouder dan 60 jaar een beroep op arbeidsongeschiktheidsvoorzieningen. Lichtere werkzaamheden, in combinatie met bijvoorbeeld studie- en stagebegeleiding kunnen eraan bijdragen dat medewerkers langer en gezonder kunnen doorwerken. Hierover moet het goede gesprek plaatsvinden binnen organisaties. Daarnaast kunnen sociale partners hierover afspraken maken in cao's. VWS biedt ondersteuning met het Stagefonds met middelen voor stagebegeleiding en met SectorplanPlus, waarmee oudere medewerkers bijvoorbeeld kunnen worden opgeleid tot praktijkbegeleider.

Vraag 147

Wat is het aantal zij-instromers dat geworven is?

Antwoord:

In onderstaande tabel is het aantal zij-instromers in 2015, 2016 en 2017 weergegeven.

	2015	2016	2017
Aantal zij-instromers	32.950	36.418	43.850

Bron: PFZW

Deze cijfers zijn afkomstig van het Pensioenfonds Zorg en Welzijn (PFZW). Dit betekent dat zij-instromers die aangenomen zijn bij werkgevers die niet aangesloten zijn bij PFZW hierin niet zijn meegenomen. Dit betreft voornamelijk de Universitair Medische Centra. Die zijn aangesloten bij het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds (ABP).

Vraag 148

Wat is het aantal herintreders dat geworven is?

Antwoord:

In onderstaande tabel is het aantal herintreders in 2015, 2016 en 2017 weergegeven.

	2015	2016	2017
Aantal herintreders	30.775	37.215	42.424

Bron: PFZW

Deze cijfers zijn afkomstig van het Pensioenfonds Zorg en Welzijn (PFZW). Dit betekent dat herintreders die aangenomen zijn bij werkgevers die niet aangesloten zijn bij PFZW hierin niet zijn meegenomen. Dit betreft voornamelijk de Universitair Medische Centra. Die zijn aangesloten bij het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds (ABP).

Vraag 149

Is het ziekteverzuim reeds teruggedrongen? Zo ja, hoeveel?

Antwoord:

De ontwikkeling van het ziekteverzuim in de zorg is als volgt:

Jaar	2013	2014	2015	2016	2017
Percentage	4,8	4,8	5,0	5,1	5,3

De ziekteverzuimcijfers over 2018 komen medio 2019 beschikbaar.

De ziekteverzuimcijfers over het eerste kwartaal, traditioneel het kwartaal met de hoogste verzuimcijfers, laten nog geen daling zien. Mede veroorzaakt door een griepgolf, lag dit percentage in het eerste kwartaal van 2018 op 6,5%. In 2017 was dit percentage 5,7%.

Vraag 150

Hoeveel contracten zijn er dit jaar uitgebreid? Hoe is dit gemeten?

Antwoord:

Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal uitgebreide contracten.

Vraag 151

Hoeveel banen voor mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt zijn er reeds gecreëerd door herschikking van taken? Hoeveel mensen met afstand tot de arbeidsmarkt zijn er extra in de zorg aan het werk gekomen door herschikking van taken?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar over het aantal banen dat is gecreëerd met taakherschikking, en hoeveel mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt daarmee extra aan het werk zijn gekomen. We weten wel hoeveel mensen een baan hebben gekregen in de zorg, maar niet of ze een afstand hadden tot de arbeidsmarkt.

Vraag 152

Hoeveel banen voor ouderen zijn er reeds gecreëerd door herschikking van taken? Hoeveel ouderen zijn er extra in de zorg aan het werk gekomen door herschikking van taken?

Antwoord:

Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal banen in de zorg dat is gecreëerd voor ouderen of het aantal ouderen dat aan het werk is gekomen door herschikking van taken.

Vraag 153

Hoe heeft de onbedoelde schade en potentieel vermijdbare sterfte zich de afgelopen tien jaar ontwikkeld? Is er een stijging of daling van vermijdbare schade of sterfte te constateren gedurende Avond- Nacht- en Weekend-(ANW-) diensten?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers bekend over vermijdbare schade en sterfte in Avond-, Nacht en Weekenduren en eventuele trends daarin.

Het NIVEL heeft over de periode van 2004 tot 2015/2016 vier keer dossieronderzoek uitgevoerd om de omvang van zorggerelateerde en vermijdbare schade en sterfte in Nederlandse ziekenhuizen vast te stellen. De onderzoeken laten zien dat er met name tussen 2008 (het tweede dossieronderzoek) en de 2011–2012 (het derde dossieronderzoek) een grote daling van ongeveer 50% van vermijdbare zorggerelateerde schade en sterfte is opgetreden. Dit hangt waarschijnlijk samen met de uitvoering van het VMS Veiligheidsprogramma in diezelfde periode.

In 2017 is het vierde onderzoek gepubliceerd, dat is uitgevoerd over de periode 2015–2016. Uit deze vierde meting bleek dat de vermijdbare zorggerelateerde schade en sterfte niet verder zijn gedaald ten opzichte van de derde meting. Later dit jaar zullen de brancheorganisaties van ziekenhuizen, medisch specialisten en verpleegkundigen een gezamenlijk plan van aanpak om zorggerelateerde schade en sterfte verder terug te dringen publiceren.

Vraag 154

Hoe vaak hebben ambulances in 2018 uit moeten wijken naar een ander ziekenhuis omdat een ziekenhuis geen capaciteit had om mensen op te vangen? Kunt u hiervan een overzicht geven?

Antwoord:

Er is geen landelijke registratie van ambulances die moeten uitwijken naar een ander ziekenhuis wegens een zogenaamde «stop» op de SEH. In de marktscan acute zorg van september 2017 (TK 2016–2017, 29 247, nr. 236) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) wel een relevante analyse gegeven van het totaal aantal spoedeisende inzetten dat in 2016 in de regio Amsterdam vanwege een stop in het dichtstbijzijnde ziekenhuis in een ander ziekenhuis eindigde dan in de twee meest nabijgelegen ziekenhuizen (zie TK 34 775 XVI, nr. 14, antwoord op vraag 460). Eind dit jaar komt de NZa met een nieuwe monitor acute zorg.

Overigens betekent een «stop» niet dat de betreffende afdeling in absolute zin is gesloten voor nieuwe patiënten. Zo'n stop is een signaal aan de ambulancedienst dat het – vaak tijdelijk – erg druk is op de betreffende afdeling en dat het beter is om naar een ander ziekenhuis te rijden dat een paar minuten verder weg ligt, als de zorg daar sneller kan worden verleend (TK 2015–2016, 29 247, nr. 224). In alle regio's is afgesproken dat patiënten in levensbedreigende situaties in een geval van een stop op de SEH toch altijd terecht kunnen (TK 2017–2018, 29 247, nr. 249).

Vraag 155

Hoe vaak is passend (ambulance)vervoer ingezet voor mensen met verward gedrag of acute ggz-problematiek? Hoe vaak was dat in 2010 tot en met 2018?

Antwoord:

Cijfers over het aantal keren waarop passend vervoer is ingezet voor mensen met verward gedrag zijn op dit moment niet beschikbaar. Momenteel vindt monitoring plaats van pilots met passend vervoer van personen met verward gedrag. De monitoring betreft ook het aantal inzetten. Begin 2019 verwacht ik de resultaten daarvan te ontvangen.

Vraag 156

Hoe groot is het personeelstekort in de ambulancezorg?

Antwoord:

Er zijn geen recente gegevens over het personeelstekort in de ambulancezorg. Medio november 2018 publiceert het Capaciteitsorgaan een raming over het aantal benodigde opleidingsplekken voor ambulanceverpleegkundigen.

De meest recente arbeidsmarktanalyse voor de ambulancesector betreft het rapport van Kiwa Carity (<https://www.ambulancezorg.nl/themas/arbeidsmarkt-en-werkgeverschap/arbeidsmarktbeleid>). In opdracht van Ambulancezorg Nederland (AZN) is eind 2016 een raming gemaakt van de ontwikkeling van vraag en aanbod naar ambulanceverpleegkundigen en verpleegkundig centralisten meldkamer ambulancezorg in de komende 5 tot 10 jaar. Er zijn verschillende scenario's doorgerekend, waarin onder andere rekening is gehouden met het stijgende aantal ritten en de verwachte uitstroom. Wanneer de vraag naar ambulancezorg zou blijven stijgen volgens de trend tussen 2010 en 2015 (gemiddeld 3,6%), dan was op een termijn van vijf jaar jaarlijks behoefte aan een instroom van 271 ambulanceverpleegkundigen en 39 verpleegkundig centralisten meldkamer ambulancezorg. Op een termijn van tien jaar was dit aantal jaarlijks respectievelijk 234 en 39. Dit betreft een sectorale arbeidsmarktanalyse. Per regio verschilt de situatie. In 2017 zijn er in de opleiding tot ambulanceverpleegkundige 179 en tot verpleegkundig centralist meldkamer ambulancezorg 56 mensen ingestroomd. Tevens zijn er 18 BMH'ers ingestroomd in het traineeprogramma ambulancezorg.

Vraag 157

Hoe gaat de regering ervoor zorgen dat er meer aanbod van groente en fruit is op scholen en op het werk?

Antwoord:

Eerder dit jaar [TK 31 532, nr. 193] bent u geïnformeerd over het voedingsbeleid. In algemene zin verstrekt het Voedingscentrum informatie aan consumenten over gezonde voeding en de Schijf van Vijf. Onderdeel hiervan is het stimuleren van de consumptie van groenten en fruit, dit gebeurt onder andere ook door het Nationaal Actieplan Groenten en Fruit (NAGF). Voor scholen wordt het programma Gezonde School aangeboden waarbij scholen ondersteund kunnen worden om structureel in te zetten op thema's als gezonde voeding. Voor dit thema kunnen scholen gebruik maken van bijvoorbeeld EU-schoolfruit (waarbij scholen voor 20 weken gratis groenten en fruit ontvangen voor de leerlingen) of kan men de kantine gezond(er) maken via het programma De Gezonde Schoolkantine van het Voedingscentrum. Met de Richtlijnen Gezondere Kantines kunnen ook bedrijfsrestaurants aan de slag.

Vraag 158

Hoeveel mensen hebben de afgelopen jaren gebruik gemaakt van het Programma Stoppen met roken? Hoeveel mensen zijn er daadwerkelijk gestopt en hoeveel maken er opnieuw gebruik van dit programma; hoeveel draaideur patiënten zijn er?

Antwoord:

Jaarlijks doen ongeveer 1 miljoen rokers een serieuze stoppoging, maar lukt het ongeveer 50.000 mensen om blijvend te stoppen. Slechts in 8% van de stoppogingen wordt gebruik gemaakt van effectieve methoden om te stoppen (gedragmatige begeleiding, als dan niet in combinatie met farmacotherapie), terwijl door het gebruik van effectieve methoden de kans om blijvend te stoppen met factor 4 toeneemt. Uit het VECTIS-systeem (declaraties op Stoppen met Roken bij zorgverzekeraars) blijkt dat in 2017 ongeveer 16.000 mensen gebruik hebben gemaakt van een programma via de huisarts of de praktijkondersteuner. Het Zorginstituut Nederland geeft aan dat daarnaast naar schatting 35.000 rokers gebruik maken van begeleiding door bijvoorbeeld een stoppen met een roken coach. Sinds 2014 is het aantal volwassen rokers gedaald van 25,7% naar 23,1%.

Vraag 159

Hoe scoort Nederland in vergelijking met andere landen als het gaat om roken, alcohol en overgewicht? Wat is de (internationale) trend van de afgelopen vijf jaar? En wat zijn de cijfers voor jeugdigen tot 18 jaar?

Antwoord:

Een (voorzichtige) internationale vergelijking is mogelijk op basis van de data uit de Eurobarometer en uit Espad. Als het gaat om roken onder volwassen Nederlanders, scoort Nederland met 19% rokers lager dan het Europese gemiddelde van 26% (Eurostat 2017), het laagst scoren het Verenigd Koninkrijk (17%) en Zweden (7%), maar in Zweden wordt nog relatief veel (23%) snus (rookloze tabak) gebruikt. Het roken (in de afgelopen maand) onder jongeren van 15 en 16 jaar ligt iets lager 20,5% dan het Europese gemiddelde van 21,4% (Espad 2015). Met het alcoholgebruik (in de afgelopen maand) onder jongeren (15–16 jaar), scoort Nederland met 49,3% iets hoger dan het Europese gemiddelde van 47,5 (Espad 2015). Overgewicht onder volwassenen komt in Nederland (34,8%) net zo vaak voor als in andere Europese landen gemiddeld. Ernstig overgewicht komt in Nederland iets minder vaak voor (12,9%) dan gemiddeld in Europa (15,4%) (Eurostat 2014).

De data uit de Eurobarometer wijken nog wel eens af van de prevalentie zoals die via de Leefstijlmonitor wordt verkregen, dit heeft te maken met het kleine aantal respondenten van de Eurobarometer (1000 per land) en een verschillende vraagstelling, dit maakt een heel betrouwbare onderlinge vergelijking niet mogelijk. Dit geldt overigens niet voor de data die voor Espad worden verzameld. Zie ook <https://www.staatvenz.nl> en <https://www.rokeninfo.nl/professionals/cijfers-gebruik-en-gevolgen/cijfers-gebruik/internationale-vergelijking1>.

Vraag 160

Welke nieuwe aandoeningen zullen worden onderzocht in het kader van het uitbreiden van de hielprik?

Antwoord:

Op 21 december 2017 heeft de Staatssecretaris van VWS uw Kamer geïnformeerd (TK 29 323, nr. 120) over zijn besluit om, conform de uitvoeringstoets van het RIVM, de hieprikscreening uit te breiden met 12 aandoeningen. In de uitvoeringstoets heeft het RIVM geadviseerd deze aandoeningen in tranches gefaseerd in te voeren en is een voorlopige planning opgenomen voor de go/no go-besluiten over de implementatie van de verschillende tranches. Op basis van deze planning wordt het eerste go/no go-besluit begin 2019 voorzien. Daarbij wordt dan gekeken of er nog belemmeringen zijn om de aandoening toe te voegen. Zo ja, dan kan de invoering bijvoorbeeld worden uitgesteld totdat de belemmering is opgeheven.

Aangezien deze uitbreiding loopt tot 2022 is het goed denkbaar dat in de tussentijd signalen komen dat andere aandoeningen eveneens in aanmerking komen voor opname in de hielprik. In dit geval zal onder andere moeten worden gezien hoe het toevoegen van additionele aandoeningen ingrijpt op de (planning van de) lopende uitbreiding. In de brief over de uitbreiding van de hielprik heeft de Staatssecretaris aangegeven uw Kamer op de hoogte te houden van de voortgang.

Vraag 161

Kan een overzicht worden gegeven van de dalende vaccinatiegraad sinds 2015, waar mogelijk uitgesplitst naar vaccin?

Antwoord:

Het rapport Vaccinatiegraad en Jaarverslag Rijksvaccinatieprogramma Nederland 2017 bevat informatie over de ontwikkeling van de vaccinatiegraad vanaf verslagjaar 2016 (met daarin de vaccinatiegraadinformatie over 2015). Bijlage 3 van het rapport expliciteert de ontwikkeling per vaccin.

Vraag 162

Kan per regio in Nederland inzichtelijk worden gemaakt wat de gemiddelde vaccinatiegraad is?

Antwoord:

Het rapport «Vaccinatiegraad en Jaarverslag Rijksvaccinatieprogramma Nederland 2017» bevat informatie over de vaccinatiegraad per GGD-regio (zie bijlage 4 van het rapport). Daarnaast is informatie te vinden op de website van volksgezondheidzorg.info over de vaccinatiegraad van de afgelopen jaren per gemeente.

Vraag 163

Hoe wilt u concreet inzetten op het voorkomen van en ondersteunen bij onbedoelde (tiener)zwangerschappen? Heeft dit gevolgen voor het basispakket in Caribisch Nederland?

Antwoord:

De plannen moeten voor Caribisch Nederland nog worden uitgewerkt. We doen dit samen met de organisaties op de eilanden. We bekijken of de diverse initiatieven in Nederland op dit onderwerp ook op de eilanden wenselijk en bruikbaar zijn. De extra inzet op onbedoelde zwangerschappen nemen we mee in het nog te sluiten Caribisch sport- en preventieakkoord, begin 2019. Daar waar de noodzakelijke extra ondersteuning bij onbedoelde (tiener)zwangerschappen geboden kan worden door zorgaanbieders op basis van de Regeling aanspraken zorgverzekering BES («het basispakket» in Caribisch Nederland) zullen we dit doen.

Vraag 164

Welke middelen heeft de regering beschikbaar om de ambities rondom het tegengaan van de dalende vaccinatiegraad te vervolmaken?

Antwoord:

In mijn brief van 25 juni jl. (TK 32 793, nr. 315) heb ik toegezegd uw Kamer in het najaar te informeren over de maatregelen die ik zal nemen om de vaccinatiegraad te verbeteren.

Vraag 165

Welke maatregelen worden bedoeld met het eerder ingrijpen bij gezinnen waar een onveilige situatie niet snel genoeg verbeterd?

Antwoord:

Met het Actieprogramma «Geweld hoort nergens thuis» dat de Kamer in april 2018 heeft ontvangen willen we bereiken dat geweld in gezinnen zo snel mogelijk wordt gestopt. Door het geweld eerder en beter in beeld te brengen kan de duur van het geweld worden verkort en kan erger worden voorkomen. De aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling krijgt vorm in de samenwerking tussen professionals en de betrokken organisaties in de regio. Zorgen dat professionals daadwerkelijk werken met de Meldcode huiselijk geweld en het versterken van Veilig Thuis zijn belangrijke maatregelen in de aanpak. Aangeboden hulp is gericht op het hele gezinsysteem: alle gezinsleden en hun sociale netwerk zijn betrokken bij het stoppen en duurzaam oplossen van het geweld.

Vraag 166

Welke Europese landen hebben een (vorm van) suikertaks ingevoerd en wat zijn daarvan de (grensoverschrijdende) effecten?

Antwoord:

In Estland, Finland, Frankrijk, Ierland, Portugal, Verenigd Koninkrijk en Catalonië is een vorm van belasting op suikerhoudende dranken ingevoerd. Dit is ook het geval in Hongarije, maar daar worden ook andere producten zoals snacks belast (niet alleen op basis van suikergehalte). Uit onderzoek in Hongarije bleek dat ongeveer 30% van de bevolking aangaf minder suikerhoudende dranken te drinken ten gevolge van de taks. Van de Catalaanse belastinginvoering is op basis van omzetgegevens van een grote supermarkt bekend dat de verkoop van suikerhoudende dranken met 22% daalde. Uit Groot-Brittannië is bekend dat 50% van de producenten de suikergehaltes van hun dranken heeft verlaagd sinds de aankondiging in maart 2016.

In de meeste gevallen is de belastingmaatregel onderdeel van een breder pakket aan volksgezondheidsmaatregelen. Dit maakt onderzoek naar het specifieke effect van de belastingmaatregel lastig.

Over grensoverschrijdende effecten is weinig bekend. In de meeste gevallen is de absolute prijsverhoging relatief klein, waardoor reiskosten vaak groter zijn dan de eventuele besparing op de producten zelf.

Vraag 167

In welke Europese landen is een (soort) convenant afgesloten tussen de overheid en de voedselindustrie, waarin het reduceren van suiker in voedsel en/of (fris)dranken een doelstelling is, en wat zijn daarvan de effecten?

Antwoord:

In ieder geval in België, Polen, Slowakije, Slovenië, Spanje, Noorwegen en Zwitserland. In diverse landen zijn, mede naar aanleiding van de agendering van productverbetering tijdens het Nederlands EU voorzitterschap, afspraken gemaakt met verschillende sectoren. Vaak in de vorm van reductiepercentages of maximum niveaus. In de meeste gevallen lopen de periodes waarin de afspraken behaald moeten worden nog. Een overzicht van effecten is op het moment niet voorhanden.

Vraag 168

Op welke wijze wordt de Europese aanpak van vet, suiker en zout geïmplementeerd in de Europese lidstaten? Wat zijn hiervan de eerste effecten?

Antwoord:

Na de agendering van de urgentie van een Europese aanpak tijdens het Nederlands EU voorzitterschap in 2016, hebben steeds meer lidstaten beleid over productverbetering rond zout, vet en suikers ingevoerd. Alle

lidstaten hebben of werken aan zo'n aanpak. In de meeste landen betreft dit een combinatie van criteria voor producten en of (school)maaltijden, informatie voor consumenten (bijvoorbeeld via de verpakking) en of belastingmaatregelen.

Vraag 169

Welk effect heeft de invoering van belasting op suikerhoudende frisdranken in het Verenigd Koninkrijk gehad op de groep «consumenten met de hoogste suiker inname»?

Antwoord:

Dit is (nog) niet onderzocht. Wel is in het algemeen bekend dat mensen met een lager inkomen vaker overgewicht hebben en dat zij prijsgevoeliger zijn.

Vraag 170

Welke effecten heeft het instellen van een vettaks in Denemarken gehad en welke grensoverschrijdende gevolgen had deze maatregel?

Antwoord:

De vettaks in Denemarken is ruim een jaar van kracht geweest. Een vrij korte periode om structureel effect van de invoering te onderzoeken. Een studie (Bødker et al. 2015) concludeert op basis van verkoopgegevens dat de totale verkoop van belaste producten zo'n 0,9% was gedaald. In een andere studie op basis van een consumentenpanel waar mensen zelf hun inkopen bijhouden, is kort na introductie van de taks een consumptieafname van 10–15% gevonden (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306919213000705>). Deze studie concludeert tevens dat er weinig bekend is over grenseffecten.

Vraag 171

In welke andere landen is nu sprake van een suikertaks en/of vettaks?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 166 met betrekking tot suikertaksen in de EU. Buiten de EU zijn bijvoorbeeld belastingmaatregelen ingevoerd in Barbados, Brunei, Chili, Filipijnen, Mexico, Saoedi Arabië, Sri Lanka, Thailand, Verenigde Arabische Emiraten, Verenigde Staten (diverse steden waaronder San Francisco, Seattle, Philadelphia, Berkeley) en Zuid-Afrika. In de meeste gevallen wordt belasting geheven op een bepaalde productgroep, te weten suikerhoudende drank. In Mexico en Hongarije wordt ook op andere producten die veel suiker, vet en of zout bevatten belasting geheven. Belastingmaatregelen op een voedingsstof of ingrediënt, zoals voorheen in Denemarken voor vet het geval was, zijn verder niet bekend.

Vraag 172

Welke categorie alcoholische dranken wordt het meest geconsumeerd door probleemdrinkers in Nederland?

Antwoord:

Systematisch inzicht hierin ontbreekt. Contact met de Verslavingskunde Nederland leert dat de beelden wisselend zijn en verschillende soorten dranken door cliënten worden geconsumeerd.

Vraag 173

Wat zijn de netto fiscale kosten van drinken, roken en overgewicht voor de Nederlandse Staat?

Antwoord:

Ik heb «netto fiscale kosten voor de Nederlandse Staat» geïnterpreteerd als de maatschappelijke kosten en baten. Maatschappelijke kosten- en batenanalyses (MKBA's) becijferen alle kosten en baten van interventies op een bepaald vlak, en zijn recent uitgevoerd voor roken in de Nederlandse context. Deze MKBA's komen tot de conclusie dat roken de Nederlandse samenleving netto € 33 miljard per jaar kost, indien rekening wordt gehouden met de geldelijke waardering van immateriële zaken als meer gezonde levensjaren en genot. De maatschappelijke kosten en baten ontlopen elkaar niet veel wanneer enkel naar materiële zaken wordt gekeken.

Het RIVM heeft mij laten weten dat zij momenteel werken aan update van hun laatste MKBA alcohol uit 2016, zij verwachten deze update eind oktober uit te brengen.

Een MKBA is niet gedaan voor overgewicht in de Nederlandse context. Een Duitse studie heeft wel de directe en indirecte kosten van obesitas ingeschat, en komt op zo'n 1% uit van het bruto binnenlands product.

Vraag 174

Wat is de prijselasticiteit van tabaksproducten, alcoholhoudende dranken en suikerhoudende frisdranken?

Antwoord:

Volgens het Trimbos instituut ligt de prijselasticiteit van sigaretten rond de -0,4 bij volwassenen in landen met een hoog welvaartsniveau. Dat wil zeggen dat voor elke procent dat een sigaret duurder wordt, de vraag afneemt met 0,4%. Jongeren en jongvolwassenen zijn over het algemeen prijsgevoeliger doordat hun besteedbaar inkomen lager is. Studies naar prijselasticiteit bij hen komen dan ook uit op een prijselasticiteit rond de -0,7.

Volgens het RIVM ligt de prijselasticiteit voor alcoholhoudende drank in het algemeen rond de -0,5. De prijselasticiteit van bier, wijn en sterke drank ligt respectievelijk rond de -0,3; -0,45 en -0,55.

Volgens de WHO ligt de prijselasticiteit van suikerhoudende dranken tussen de -0,9 en -1,3. Daarbij geldt dat mensen met een lager inkomen en mensen die veel suikerhoudende dranken drinken prijsgevoeliger zijn.

Vraag 175

Zijn er de afgelopen jaren maatregelen genomen op het gebied van tabak, alcohol en/of ongezond voedsel die achteraf niet effectief bleken? Zo ja, welke zijn dit?

Antwoord:

Het beleid op tabak, alcohol en gezonde voeding is gericht op het inzetten van zo effectief mogelijke maatregelen. In het interdepartementaal beleidsonderzoek gezonde leefstijl (TK 32 793, nr. 240) uit 2016 wordt nader ingegaan op de verschillende categorieën van effectiviteit. Bij een klein aantal maatregelen is wetenschappelijk effectiviteit aangetoond. Een groter aantal maatregelen kan aangeduid worden als potentieel effectief of plausibel effectief. Ingezette beleidsmaatregelen worden regelmatig geëvalueerd om het beleid aan te scherpen en uiteindelijk effectiever te maken. Dit heeft tot gevolg dat na verloop van tijd kan blijken dat ingezette maatregelen op onderdelen niet effectief kunnen zijn.

Op 18 augustus 2015 bent u in beantwoording op de vragen van lid Bergkamp geïnformeerd over de resultaten van het onderzoek naar de

effectiviteit van het lesprogramma De Gezonde School en Genotmiddelen. De onderzoeken lieten geen effecten zien van voorlichting binnen het basisonderwijs. Dit heeft er toe geleid dat het Trimbos-instituut is gestopt met de voorlichting over alcohol en roken in het basisonderwijs, en op basis van de aangetoonde effectiviteit in het voortgezet onderwijs het programma heeft doorontwikkeld.

Ook op het gebied van voeding bleek uiteindelijk het voedselkeuzelogo «Vinkje» niet over voldoende draagvlak te beschikken om als effectief aangemerkt te kunnen worden. Dit heeft er aan bijgedragen dat het Vinkje inmiddels bijna is uitgefaseerd. Dit neemt niet weg dat een voedselkeuzelogo wel invulling kan geven aan het doel van het voedingsbeleid consumenten te informeren over gezonde voeding, mits deze aan een aantal voorwaarden voldoet, zoals een breed draagvlak onder betrokken partijen en dat logo goed wordt begrepen door de consument.

Vraag 176

Welke maatregelen op het gebied van tabak, alcohol en/of ongezond voedsel hebben andere Europese lidstaten de afgelopen jaren genomen waarvan achteraf is gebleken dat deze niet of nauwelijks effectief zijn?

Antwoord:

Helaas beschik ik niet over een dergelijk overzicht van andere landen.

Vraag 177

Wat is de voortgang rond het Pact voor de Ouderenzorg, welke middelen zijn hier in de meerjarenraming tot en met 2023 mee gemoeid en waaraan worden deze besteed?

Antwoord:

Het Pact voor de Ouderenzorg is op 8 maart 2018 gesloten. De acties uit het Pact zijn nader uitgewerkt in de drie programma's die ik in maart, april en juni 2018 heb gepresenteerd: Eén tegen Eenzaamheid, Thuis in het Verpleeghuis, Langer Thuis. Inmiddels doen ruim 170 partijen mee aan het Pact. Deze partijen maken zich in hun praktijk hard voor betere zorg en ondersteuning aan ouderen. Op 11 oktober 2018 komen we samen op de Parade Pact voor de Ouderenzorg, om van elkaar te horen wat bevindingen zijn en waar krachten kunnen worden gebundeld. Kansrijke allianties van partijen die ontstaan, kunnen gebruik maken van ondersteuning. Daarnaast worden ouderen zelf betrokken bij de uitvoering van het Pact en de drie programma's. Dit gebeurt via de Raad van Ouderen die door het reeds bestaande initiatief van BeterOud wordt opgezet, voortkomend uit het Nationaal Programma Ouderen (NPO). Samen met ouderen wordt in 2019 onder andere invulling gegeven aan een campagne die gaat over de herwaardering van ouderen en beeldvorming. Voor de hierboven beschreven activiteiten van het Pact worden de € 2 miljoen aangewend die vanuit het Regeerakkoord per jaar beschikbaar zijn, tot 2021, voor de campagne herwaardering ouderen. De overige middelen uit het Regeerakkoord voor waardig ouder worden, krijgen hun beslag in de genoemde programma's en andere initiatieven. De Tweede Kamer wordt binnenkort over de voortgang van het Pact voor de Ouderenzorg geïnformeerd.

Vraag 178

Wat gebeurt er om, met het oog op de beeldvorming, meer prioriteit te geven aan positieve aspecten van ouder worden (zoals ouderen die mantelzorg verlenen of op andere wijze actief zijn)?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 177.

Vraag 179

Welke middelen zijn in de meerjarenraming tot en met 2023 met het Pact voor de Ouderenzorg gemoeid en waaraan worden deze middelen besteed?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 177.

Vraag 180

Kunt u een uitsplitsing maken van zowel de herkomst (zowel privaat als publiek) als de bestemming van de middelen die beschikbaar zijn voor het Programma Kansrijke Start (in totaal € 41 miljoen voor de jaren 2018–2021)?

Antwoord:

Voor het actieprogramma Kansrijke Start is € 41 miljoen beschikbaar voor de uitvoering t/m 2021. De middelen worden globaal als volgt verdeeld over de diverse maatregelen en projecten:

- Impuls t.b.v. lokale coalities: € 9 miljoen
- Nu Niet Zwanger: € 7,9 miljoen
- ZonMw programma's: € 7,5 miljoen
- maatregelen tbv van de 3 actielijnen: € 13,1 miljoen
- Wetswijziging Wet publieke gezondheid t.b.v. inzet prenataal huisbezoek € 3,5 miljoen (v.a. 2022: € 3,5 miljoen per jaar structureel)

Een deel van de middelen (€ 17 miljoen.) komt uit de enveloppe in het regeerakkoord ten behoeve van » Onbedoelde Zwangerschappen ». De impuls voor lokale coalities (€ 9 miljoen) wordt via een decentralisatie-uitkering beschikbaar gesteld aan GIDS-gemeenten die een lokale coalitie rondom de eerste 1.000 dagen of Kansrijke Start willen vormen. Daarnaast zijn enkele private fondsen, waaronder de Bernard van Leer Foundation, bereid om te investeren (ca. € 1,5 miljoen.) in de uitvoering waar het actieprogramma aansluit bij hun strategie. Wat betreft de wetswijziging geldt dat dit een eerste inschatting en reservering is. Dit traject behoeft nog een verdere uitwerking.

De Kamer wordt twee keer per jaar geïnformeerd over de voortgang van Kansrijke start. Voor de zomer en voor het einde van het jaar.

Vraag 181

Wat betekent de circa € 60 miljoen voor e-health voor de (oudere) patiënt en hoe worden diens digivaardigheden versterkt?

Antwoord:

De circa € 60 miljoen is beschikbaar voor de Stimuleringsregeling E-health Thuis (SET) en voor InZicht. SET draagt eraan bij dat thuiszorg-technologie cliënten, mantelzorgers en professionals nog meer kan ondersteunen. Thuiszorgtechnologie is voor ouderen van betekenis omdat de eigen regie versterkt wordt, mantelzorgers ontlast worden en professionals ondersteuning en zorg meer integraal kunnen verlenen. InZicht beoogt om de gegevensuitwisseling binnen de langdurige zorg (inclusief de wijkverpleging) te verbeteren en draagt er daarmee aan bij dat gegevens op het juiste moment beschikbaar zijn voor zowel cliënten als professionals. Voor de cliënt draagt dit bij aan meer regie en goed op elkaar aangesloten ondersteuning en zorg. Bij de uitwerking van SET betrek ik de digivaardigheden van cliënten. Bij InZicht wordt het cliëntperspectief betrokken bij de manier waarop de gegevensontsluiting wordt vormgegeven.

Vraag 182

Hoeveel extra vernieuwende geclusterde woonzorgvormen kunnen met € 30 miljoen gerealiseerd worden? Wat is het gewenste aantal woningen dat voor dit bedrag gerealiseerd zou moeten worden?

Antwoord:

Op dit moment wordt de regeling nog uitgewerkt. Het zal gaan om een regeling waarmee de realisatie van vernieuwende geclusterde woonvormen wordt gestimuleerd. Het gaat daarbij om een bijdrage in de opstart kosten. Zo kunnen veel initiatieven worden ondersteund. Het gewenste aantal woningen is daarom vooraf lastig te bepalen. Daar kom ik op terug wanneer ik u de regeling aanbied.

Vraag 183

Hoe staat het met de eerder (in Kamerstuk 29 538, nr. 261) aangekondigde verkenning van meer ingrijpende alternatieven voor de langere termijn ten behoeve van het oplossen van de zorgval?

Antwoord:

Meer ingrijpende oplossingen worden nog nader verkend. De resultaten hiervan worden betrokken bij de uitwerking van de motie Bergkamp c.s. Deze motie verzoekt de regering een domeinoverstijgende verkenning uit te voeren over de wijze waarop de kwaliteit van zorg thuis geborgd kan blijven. Hiervoor stelt het kabinet een commissie in die advies uitbrengt over wat er nodig is om de zorg voor thuiswonende ouderen ook in de toekomst op peil te houden, rekening houdend met de demografische, maatschappelijke en technologische ontwikkelingen. Eind oktober informeer ik uw Kamer over de samenstelling en de start van deze commissie.

Vraag 184

Hoeveel mantelzorgers zijn er in Nederland, wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord:

1 op de 3 Nederlanders (16+) gaven in 2016 mantelzorg (circa 4,4 miljoen mantelzorgers). De laatste cijfers dateren uit 2016 (Voor Elkaar, SCP 2017).

Vraag 185

Wordt verwacht dat het aantal mantelzorgers en vrijwilligers toeneemt? Zo ja, wat is de reden daarvan?

Antwoord:

In de afgelopen jaren bleef het aantal mantelzorgers en vrijwilligers redelijk stabiel. Het PBL en SCP hebben voorspeld dat in 2040 het aantal mantelzorgers in krimpgebieden onder druk komt te staan. Als gevolg van demografische ontwikkelingen.

Vraag 186

Hoeveel overbelaste mantelzorgers zijn er in Nederland, wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord:

8,6% van de mantelzorgers voelt zich zwaar belast (380.000 mantelzorgers, Voor Elkaar, SCP 2017)

Vraag 187

Wat zijn de laatste recente cijfers van mantelzorg?

Antwoord:

1 op de 3 Nederlanders (16+) gaven in 2016 mantelzorg (circa 4,4 miljoen mantelzorgers). De laatste cijfers dateren uit 2016 (Voor Elkaar, SCP 2017).

Vraag 188

Hoeveel vrijwilligers zijn er in Nederland, wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord:

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) heeft in juli van dit jaar cijfers over 2017 bekend gemaakt. Uit deze cijfers blijkt onder andere dat 48,5% van de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder minimaal één keer als vrijwilliger actief is geweest.

Vraag 189

Hoeveel vrijwillige mantelzorgers zijn er in Nederland, wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord:

Mantelzorg is nooit verplicht en dus altijd vrijwillig. 1 op de 3 Nederlanders (16+) gaven in 2016 mantelzorg (circa 4,4 miljoen mantelzorgers). De laatste cijfers dateren uit 2016 (Voor Elkaar, SCP 2017).

Vraag 190

Hoeveel respijtvoorzieningen en logeeropvanghuizen zijn er in Nederland?

Antwoord:

Respijtvoorzieningen zijn er in veel verschillende vormen (vanuit de WLZ, WMO, ZvW, langdurig, kortstondig). Het is aan gemeenten om in gesprek met mantelzorgers te bepalen wat de juiste vorm van respijtzorg op dat moment moet zijn.

Er is geen landelijke registratie van het aantal respijtvoorzieningen en het gebruik ervan.

Vraag 191

Zijn het aantal respijtvoorzieningen in 2018 gestegen, gelijk gebleven of gedaald en wat is uw duiding hierop?

Antwoord:

Zie antwoord vraag 190.

Vraag 192

Hoe vaak worden mantelzorgers ingezet als vervanging van professionele zorg?

Antwoord:

Er zijn 4,4 miljoen mantelzorgers in Nederland. Zij vervangen geen professionele zorg, maar zijn een vrijwillige aanvulling op de zorg die nodig is voor de cliënt.

Vraag 193

Wat kosten de persoonsgebonden budgetten jaarlijks?

Antwoord:

W/z

In 2015 bedroegen de pgb-uitgaven € 1.285 miljoen. In 2016 bedroegen de pgb-uitgaven 1.463 en in 2017 bedroegen de pgb-uitgaven € 1.756 miljoen. In 2018 is de verwachting dat de pgb-uitgaven uitkomen op

€ 1.984 miljoen. Voor 2019 bedragen de verwachte pgb-uitgaven € 2.070 miljoen (zie tabel 19 van het Financieel Beeld Zorg in de begroting 2018).

Zvw

De uitgaven bedroegen in 2015 € 297 miljoen. In 2016 werd ruim € 307 miljoen aan pgb uitgekeerd, in 2017 € 328 miljoen. In de Zvw wordt binnen het budgettaire kader voor de wijkverpleegkundige zorg vooraf geen afzonderlijk kader voor het pgb vastgesteld. Na afloop van 2018 zal derhalve pas bekend zijn wat is uitgegeven aan het pgb in dat jaar.

Jeugdwet en Wmo

SVB-gegevens laten zien dat er eind 2015 respectievelijk € 297 miljoen en € 673 miljoen aan het pgb door de gemeenten is toegekend in het kader van de Jeugdwet en de Wmo. Eind 2016 bedroeg dit € 286 miljoen in het kader van de Jeugdwet en € 591 in het kader van de Wmo. Voor 2017 gaat de SVB uit van € 189 miljoen voor de Jeugdwet en € 447 miljoen voor de Wmo. Voorts geldt ook voor de Wmo en de Jeugdwet dat vooraf geen afzonderlijk budgettair kader wordt vastgesteld voor het pgb en er dus voor 2018 en 2019 nog geen gegevens beschikbaar zijn.

Vraag 194

Hoeveel persoonsgebonden budgetten worden jaarlijks afgegeven per zorgdoelgroep en sector?

Antwoord:

Volgens de gegevens van Vektis waren er ultimo juli 2018 40.475 Wlz-budgetten. Ultimo 2017 waren er 39.943 Wlz-budgetten, ultimo 2016 waren dit er 39.881 en ultimo 2015 34.352

De globale verdeling van de verzekerden met een zorgprofiel is als volgt:

- Verpleging en verzorging: 21%
- Verstandelijke beperking: 65%
- Lichamelijke beperking: 13%
- Zintuiglijke beperking: 1%

Wmo en Jeugdwet

Volgens de gegevens van de SVB waren er ultimo augustus 2018 15.740 Jeugdwet budgetten en 55.332 Wmo budgetten. Ultimo 2017 waren er 17.615 Jeugdwet budgetten, ultimo 2016 waren er 19.033 Jeugdwet budgetten en ultimo 2015 waren dit er 25.650. Ultimo 2017 waren er 59.237 Wmo budgetten, ultimo 2016 waren dit er 65.408 en ultimo 2015 83.488.

Zvw

De aantallen over 2018 worden bekend in de eerste helft van 2019 wanneer de gegevens over de uitvoering van het Zvw-pgb in 2018 beschikbaar zijn. Volgens de monitor Zvw-pgb 2015 was het aantal mensen met een pgb op 1 januari 2015 30.631 en op 31 december 2015 23.482. Volgens de monitor 2016 was het aantal mensen met een pgb op 1 januari 2016 19.412 en op 31 december 2016 16.912. In 2017 is het aantal budgethouders toegenomen van 16.847 op 1 januari

Vraag 195

Hoeveel indicaties «Begeleiding» hebben een pgb-financiering?

Antwoord:

Volgens de gegevens van de SVB waren er ultimo augustus 2018 31.358 Wmo-BG budgetten. Naast deze groep die expliciet begeleiding geïndi-

ceerd heeft gekregen, kan begeleiding ook ingekocht worden met een Jeugdwet-pgb en een Wlz-pgb.

Vraag 196

Hoeveel indicaties «Persoonlijke verzorging» hebben een pgb-financiering?

Antwoord:

Voor Zvw-budgethouders die hun declaraties rechtstreeks indienen bij de eigen zorgverzekeraar geldt dat eind 2017 2.025 van hen formele verzorging en 8.147 informele verzorging inkochten. Eén budgethouder kan overigens zowel formele verzorging als informele verzorging inkopen.

Vraag 197

Hoeveel mantelzorgers worden betaald uit het pgb?

Antwoord:

Zoals in antwoord op vraag 343 van de schriftelijke vragen over de begroting 2018 (TK 34 775 XVI, nr.14) is aangegeven, is mantelzorg onbetaalde en vaak langdurige zorg voor zieke familieleden of vrienden. Mantelzorg wordt dan ook niet uit een pgb betaald. Wel kan informele zorg uit het pgb betaald worden.

Vraag 198

Hoeveel mensen zetten per jaar hun zorg in natura om in pgb?

Antwoord:

Zoals in antwoord op vraag 344 van de schriftelijke vragen over de begroting 2018 (TK 34 775 XVI, nr.14) is aangegeven, zijn er op landelijk niveau geen gegevens bekend van hoeveel mensen jaarlijks hun zorg omzetten van zorg in natura naar pgb.

Vraag 199

Wat is het hoogste en laagste pgb-bedrag voor iemand?

Antwoord:

Het hoogste pgb-bedrag dat bij de SVB geregistreerd staat is een Wmo BG-budget en is € 412.082. Het laagste pgb-bedrag dat bij de SVB geregistreerd staat betreft een Wmo-HH budget en is € 69.

Vraag 200

Hoeveel klachten heeft de Sociale Verzekeringsbank (SVB) de afgelopen twee jaar binnengekregen?

Antwoord:

Het aantal klachten dat de SVB ontvangt over de uitvoering van het pgb is de afgelopen jaren steeds verder afgenomen. Over heel 2017 zijn 3.908 klachten binnengekomen. In 2018 zijn tot en met augustus 1.921 klachten ontvangen, dat is een daling van ca 39% ten opzichte van de stand september 2017.

Vraag 201

Kunt u een overzicht geven van alle plussen en minnen uit de begroting 2017 met betrekking tot het persoonsgebonden budget?

Antwoord:

De gerealiseerde uitgaven aan het Wlz pgb in 2017 zijn 1.755,6 miljoen en zijn 10,2 miljoen hoger dan begroot.

Voor de Zvw, Wmo 2015 en de Jeugdwet is vooraf geen specifiek pgb-kader begroot. De gerealiseerde uitgaven zijn als volgt (zie ook

antwoord 91 van 34 950 XVI, nr. 7): Wmo € 447 miljoen, Jeugdwet € 189 miljoen en Zvw € 328 miljoen.
Daarnaast is in 2017 € 50,1 miljoen ter beschikking gesteld aan de SVB, € 15 miljoen meer dan begroot. Het betreft hier meerkosten als gevolg van ICT-investeringen bij de SVB (€ 6 miljoen), de uitvoering van de salarisadministratie door de SVB voor Zvw-Pgb's (€ 2 miljoen), de uitvoering van het pgb-trekkingsrecht voor de Wmo 2015 en de Jeugdwet tezamen (€ 6,4 miljoen uit het gemeentefonds) en voor de loonbijstelling (€ 0,6 miljoen).

Vraag 202

Hoeveel procent van de maandelijks ingediende pgb-declaraties wordt goedgekeurd en hoeveel procent wordt hiervan afgekeurd?

Antwoord:

Het percentage declaraties dat direct kan worden goedgekeurd door de SVB is constant. In 2018 werd tot en met augustus gemiddeld 96.7% van de declaraties direct goedgekeurd. De overige 3,3% is in eerste instantie afgekeurd waarbij vervolgens aanvullende informatie wordt opgevraagd bij de budgethouder om tot goedkeuring van de declaratie over te kunnen gaan. Het merendeel van de declaraties zal tot uitbetaling komen indien er voldoende budget beschikbaar is.

Vraag 203

Hoeveel pgb's zijn in 2018 afgegeven, uitgesplitst per maand, indicatie en zorgsector? Hoeveel was dit in 2017?

Antwoord:

In onderstaande tabellen is voor 2017 en 2018 het aantal pgb's opgenomen per wet.

2017 (ultimo per maand)	Wlz	Jeugdwet	Wmo	Zvw
januari	37.778	17.046	61.109	16.847
februari	38.228	17.439	61.749	16.908
maart	38.547	17.852	62.287	17.253
april	38.799	17.881	61.184	17.459
mei	39.021	17.377	60.493	17.593
juni	39.206	17.599	60.512	17.753
juli	38.384	17.689	60.293	18.038
augustus	38.541	17.415	60.332	18.178
september	38.805	17.412	60.151	18.290
oktober	39.089	17.419	59.912	18.393
november	39.290	17.464	59.435	18.442
december	39.943	17.615	59.237	18.437

Bron Wlz: Nza

Bron Wmo en Jeugdwet: SVB

Bron Zvw: Zvw-monitor

2018 (ultimo per maand)	Wlz	Jeugdwet	Wmo
januari	39.266	15.602	55.899
februari	39.498	16.273	56.749
maart	39.730	16.638	57.192
april	39.736 ¹	16.687	56.715
mei	39.979 ¹	16.466	56.179
juni	40.208	16.488	55.697
juli	40.475	16.158	55.535
augustus	–	15.740	55.332

¹ Voor de maanden april en mei ontbreekt het aantal budgethouders van één Wlz-uitvoerder. Deze zijn bij geschat op basis van een interpolatie tussen de maart en juni standen. Voor het Zvw-geldt dat de aantallen over 2018 bekend worden in de eerste helft van 2019 wanneer de gegevens over de uitvoering van het Zvw-pgb in 2018 beschikbaar zijn.

Bron Wlz: Vektis (voorlopige gegevens)
Bron Wmo en Jeugdwet: SVB

In onderstaande tabel staat het aantal budgethouders dat volgens informatie van Vektis een persoonsgebonden budget uit de Wlz heeft, uitgesplitst naar het geïndiceerde zorgzwaartepakket (ZZP) en onderverdeeld naar: de ouderenzorg (VV), verstandelijk gehandicapten (VG), licht verstandelijk gehandicapten (LVG en SGLVG), zintuiglijk gehandicapten visueel en auditief (ZG), lichamelijk gehandicapten (LG) en GGZ-cliënten (GGZ). Het aantal budgethouders betreft de cliënten dat op peildatum ultimo juni 2018 een persoonsgebonden budget heeft. Ik beschik niet over een vergelijkbare verdeling in 2017 en in de overige maanden van 2018.

ZZP	Aantal budgethouders
ZZP VV 1–3	0
ZZP VV 4–10	8.608
ZZP LVG 1–5	73
ZZP VG 1–2	116
ZZP VG 3–8	25.794
ZZP LG 1,3	33
ZZP LG 2, 4–7	5.023
ZZP ZG 1	0
ZZP ZG 2–5	495
ZZP GGZB	0
Functies en klassen	66
Totaal	40.208

Bron: Vektis (voorlopige gegevens)

Vraag 204

Hoeveel gemeenten doen uitbetaling van pgb's zelf? Welke gemeenten zijn dit?

Antwoord:

Zoals in antwoord op vraag 350 van de schriftelijke vragen over de begroting 2018 (TK 34 775 XVI, nr. 14) is aangegeven, zijn op grond van de Wmo 2015 gemeenten verplicht om de uitbetaling van pgb's door de SVB te laten uitvoeren. De SVB voert voor alle gemeenten de uitbetaling van pgb's uit. Enkele gemeenten doen vanuit het verleden een klein deel van de pgb's zelf.

Vraag 205

Hoeveel pgb-aanvragen zijn in 2017 en 2018 geweigerd?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar over het weigeren van pgb's in de Wlz, Wmo en Jeugdwet.

In 2016 werden 17.798 Zvw-rgb's voor verpleging en verzorging aangevraagd en 5.666 afgewezen. In 2017 was het totaal aantal aanvragen 11.785, dat jaar werden 2.474 aanvragen geweigerd.

De aantallen over 2018 worden bekend in de eerste helft van 2019 wanneer de gegevens over de uitvoering van het Zvw-rgb in 2018 beschikbaar zijn.

Vraag 206

Kunt u bij de invoering van een nieuw rgb-systeem rekening houden met vertegenwoordiging op basis van een levenstestament en hiermee voorkomen dat alsnog een rechterlijke beschermingsmaatregel (bijvoorbeeld meerderjarigebewind) moet worden uitgesproken?

Antwoord:

In het nieuwe rgb-systeem kan een geregistreerde vertegenwoordiger van de budgethouder het rgb-budget beheren. Als een vertegenwoordiger genoemd in een levenstestament bij de verstrekker geregistreerd staat, kan hij/zij in het nieuwe rgb-systeem het budget beheren.

Vraag 207

Hoeveel rgb-houders waren er uitgesplitst per zorgwet (Jeugdwet, Wmo, Wlz en Zvw) op 1 januari 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 en 2018? Wat was de gemiddelde hoogte van het uitgekeerde budget per zorgwet over die jaren?

Antwoord:

In 2012, 2013 en 2014 was er geen Wlz-, Jeugdwet- en Zvw-rgb. Voor Wmo- budgetten zijn er van de jaren vóór 2015 geen landelijke cijfers beschikbaar.

In onderstaande tabel worden de ultimo jaarcijfers voor 2015, 2016 en 2017 voor de Wlz, Wmo en Jeugdwet weergegeven omdat dit beter aansluit bij de registratie.

Jaar	Aantal budgethouders Wlz	Gemiddeld toegekend budget Wlz	Aantal budgethouders Wmo	Gemiddeld toegekend budget Wmo	Aantal budgethouders Jeugdwet	Gemiddeld toegekend budget Jeugdwet
2015	34.352	€ 40.596	83.488	€ 9.651	25.650	€ 15.164
2016	39.881	€ 44.756	65.408	€ 6.499	19.033	€ 9.467
2017	39.943	€ 49.968	59.237	€ 7.451	17.615	€ 11.579
2018	40.208 (ultimo juni)*	€ 52.472	55.332 (ultimo augustus)	€ 7.352	15.740 (ultimo augustus)	€ 10.828

Bron Wlz: www.monitorlangdurigezorg.nl; *2018: voorlopige gegevens van Vektis

Bron Wmo en Jeugdwet: SVB

Volgens de monitor Zvw-rgb 2015 was het aantal mensen met een rgb op 1 januari 2015 30.631 en op 31 december 2015 23.482. Volgens de monitor 2016 was het aantal mensen met een rgb op 1 januari 2016 19.412 en op 31 december 2016 16.912. In 2017 is het aantal budgethouders genomen van 16.847 op 1 januari tot 18.437 ultimo december.

In 2015 was voor het Zvw-rgb het gemiddelde gedeclareerde bedrag per maand: € 1.266,-

In 2016 was voor het Zvw-rgb het gemiddelde gedeclareerde bedrag per maand: € 1.614,-

In 2017 was voor het Zvw-rgb het gemiddelde gedeclareerde bedrag per maand: € 1.679,-

De aantallen over 2018 worden bekend in de eerste helft van 2019 wanneer de gegevens over de uitvoering van het Zvw-pgb in 2018 beschikbaar zijn

Vraag 208

Hoe verhoudt een zo licht mogelijke behandeling zich tot tegelijkertijd een zo intensief mogelijke behandeling binnen de geestelijke gezondheidszorg?

Antwoord:

Een zo licht mogelijke behandeling is wenselijk, tegelijkertijd moet de behandeling zo intensief als nodig kunnen worden geboden binnen de ggz. Dat is zorg volgens het principe van *matched care*.

Vraag 209

Hoe worden ervaringsdeskundigen concreet ingezet binnen de geestelijke gezondheidszorg? In welke fase van zorg worden deze ervaringsdeskundigen ingezet?

Antwoord:

In overleg met de cliënt wordt bepaald in welke fase van zorg de inzet van een ervaringsdeskundige behulpzaam kan zijn. Ervaringsdeskundigen kunnen een belangrijke rol hebben in preventie, in het toeleiden naar en verleiden tot zorg en begeleiding, in het herstelproces van de patiënt in de verzorging en ondersteuning en bij het overbruggen van wachttijden.

Vraag 210

Hoe staat het op dit moment met de wachttijden binnen de geestelijke gezondheidszorg?

Antwoord:

Op 17 juli jl. heb ik uw Kamer geïnformeerd over onder andere de stand van zaken van de landelijke afspraken wachttijden in de ggz op basis van de voortgangsrapportage van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (Vergaderjaar 2017–2018, TK 25 424, nr. 423). In die brief heb ik uw Kamer ook geïnformeerd over het actieplan wachttijden 2018–2019 van ZN, MIND, GGZ Nederland en Platform MEERGGZ. Dit actieplan beschrijft de concrete resultaten die er toe moeten leiden dat de wachttijden voor alle behandelingen in alle regio's binnen de Treeknormen zijn. Voor het einde van het jaar verschijnt er een nieuwe monitor van de NZa. Ik zal die te zijner tijd aan uw Kamer doen toekomen.

Vraag 211

Hebben op dit moment alle ggz-aanbieders hun wachttijden bij Vektis aangeleverd? Zo nee, wat is hiervoor de verklaring? Om welke ggz-aanbieders gaat het?

Antwoord:

Ggz-aanbieders zijn verplicht om de wachttijden aan te leveren bij Vektis en te publiceren op hun website. In mijn brief van 17 juli jl. heb ik uw Kamer gemeld dat niet alle instellingen aan deze verplichting voldeden en heb ik het handhavingproces uiteengezet. (Vergaderjaar 2017–2018, TK 25 424, nr. 423).

Eind juli heeft de NZa vastgesteld dat drie van de 100 grootste instellingen (gemeten naar omzet) nog geen wachttijdinformatie aanleverden. De NZa heeft deze drie instellingen een aanwijzing gegeven. De betreffende instellingen hebben de informatie binnen de in de aanwijzing gestelde termijn alsnog aangeleverd. De namen van deze instellingen worden daarom niet openbaar gemaakt.

In de ggz wordt ongeveer 20% van de zorg geleverd door vrijgevestigde zorgverleners. Eind juli leverde 71% van deze groep wachtlijninformatie aan bij Vektis. In de groep vrijgevestigden die geen wachtlijninformatie aanleveren, zijn ook vrijgevestigden voor wie de aanleverplicht niet geldt. Daarbij valt te denken aan vrijgevestigden die als zzp'er werken bij een instelling of vrijgevestigden die alleen in de jeugd-ggz werken. Het is ook mogelijk dat de totale groep van 4.000 vrijgevestigden nog zorgverleners bevat die inmiddels geen ggz-zorg meer verlenen, bijvoorbeeld omdat zij met pensioen zijn.

Afgelopen zomer zijn alle vrijgevestigden die geen wachtlijninformatie aanleverden, benaderd door de NZa. Deze actie leidt er toe dat preciezer inzicht ontstaat en in de groep van vrijgevestigden beter onderscheid kan worden gemaakt tussen vrijgevestigden op wie de aanleverplicht bij Vektis wel of niet aan de orde is. In oktober wordt duidelijk hoeveel vrijgevestigden ten onrechte geen wachtlijden hebben aangeleverd en dan stelt de NZa ook het vervolgtraject vast. Ik vraag de NZa om in de reeds aangekondigde rapportage voor eind 2018 nogmaals aandacht te besteden aan de aanlevering door zowel instellingen als vrijgevestigden.

Vraag 212

In hoeverre verwijzen zorgverzekeraars mensen die wachten op een behandeling in de geestelijke gezondheidszorg door naar een andere hulpverlener met kortere wachtlijden?

Antwoord:

In het kader van de aanpak van de wachtlijsten in de ggz heeft de NZa in haar regels opgenomen dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders mensen beter dienen te informeren over zorgbemiddeling. In de Eindrapportage Landelijke afspraken wachtlijden in de ggz meldt de NZa dat GGZ Nederland en ZN aangeven dat het aantal zorgbemiddelingen vorig jaar ongeveer verdubbeld is naar enkele duizenden.

Vraag 213

Welke maatregelen worden op korte termijn genomen om het tekort aan gespecialiseerde hulpverleners binnen de geestelijke gezondheidszorg op te lossen?

Antwoord:

Op basis van de raming van het Capaciteitsorgaan heeft VWS middelen beschikbaar gesteld voor 610 opleidingsplaatsen voor gz-psychologen. In juni 2018 is besloten om daar 150 opleidingsplaatsen aan toe te voegen. In het Hoofdlijnenakkoord GGZ is daarnaast afgesproken om in 2019 eenmalig maximaal € 20 miljoen extra te investeren in opleidingen die het meest bijdragen aan het oplossen van de wachtlijden. We blijven goed volgen of dit aansluit op de vraag. Eind 2018 volgt een nieuwe raming van het Capaciteitsorgaan voor het aantal benodigde opleidingsplekken in de GGZ.

Vraag 214

Is er een landelijk dekkend beeld van het aantal mensen dat gebruik maakt van de maatschappelijke opvang? Zo ja, over hoeveel mensen gaat het? En over welke mensen gaat het? Zo nee, wat is hiervoor de verklaring?

Antwoord:

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de opvang en begeleiding van mensen die de thuissituatie hebben verlaten en niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving. Zij zijn verantwoordelijk voor het inkopen van voldoende opvangplekken, passend bij wat in hun regio noodzakelijk is. De capaciteit en het aantal opvanglocaties fluctueert

daarmee en kan ook variëren door het jaar heen. Er is geen centrale registratie van het aantal mensen dat gebruik maakt van de maatschappelijke opvang. De Federatie Opvang geeft in haar rapportage «Cijfers maatschappelijke opvang 2016» (bijlage bij TK 29 325, nr. 92) aan dat in 2016 tenminste 60.000 mensen een beroep hebben gedaan op de maatschappelijke opvang. Samen met VNG Realisatie en vijf gemeenten voer ik een pilot uit om in beeld te brengen of en zo ja, welke informatie gemeenten structureel willen gaan monitoren via de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein.

Vraag 215

Hoe lang is de wachttijd op dit moment binnen de maatschappelijke opvang? Hoeveel mensen stromen jaarlijks door vanuit de maatschappelijke opvang? En hoeveel mensen stromen uit de maatschappelijke opvang? En welke afspraken zijn omtrent de nazorg gemaakt?

Antwoord:

Er is geen centrale registratie van de wachttijd binnen de maatschappelijke opvang. Hetzelfde geldt voor de door- en uitstroom. Er bestaat geen landelijk beeld van de afspraken over nazorg. Dit is maatwerk en kan daarmee per persoon verschillen.

Vraag 216

Worden ervaringsdeskundigen ingezet om de wachtlijsten terug te dringen in de ggz?

Antwoord:

Ja, in het hoofdlijnenakkoord ggz is afgesproken dat ervaringsdeskundigen worden ingezet om mensen toe te leiden naar zorg en hen te verleiden tot zorg. Ze kunnen ook worden ingezet in het herstelproces van de patiënt in de verzorging van en ondersteuning bij het overbruggen van wachttijden. Ervaringsdeskundigen worden nu al op veel plekken ingezet in de ggz en in het hoofdlijnenakkoord ggz is afgesproken dat partijen de inzet verder zullen stimuleren.

Vraag 217

Wat is de meerwaarde van ervaringsdeskundigen in de ggz? Wanneer is iemand ervaringsdeskundige? Onder wiens toezicht treden ervaringsdeskundigen op?

Antwoord:

Ervaringsdeskundigen hebben kennis en ervaring waar mensen die hulp zoeken erg bij gebaat kunnen zijn. Het kan prettig zijn om te weten hoe iemand anders iets heeft aangepakt. Ervaringsdeskundigen kunnen onder supervisie van de regiebehandelaar een belangrijke rol hebben in preventie, in het toeleiden naar en verleiden tot zorg en begeleiding, in het herstelproces van de patiënt in de verzorging en ondersteuning en bij het overbruggen van wachttijden. Instellingen hanteren op dit moment verschillende eisen voor de inzet van iemand als ervaringsdeskundige, variërend van een training tot een 2-jarige HBO studie. In het kader van de uitwerking van de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord zullen partijen nadenken over welke verplichte opleidings- en kwaliteitseisen wenselijk zijn.

Vraag 218

Hoeveel zwervjongeren telt Nederland nu en hoeveel opvangplekken hebben wij voor deze zwervjongeren?

Antwoord:

Uit onderzoek van Labyrinth (bijlage bij TK 24 515, nr. 432) blijkt dat er op peildatum 1 januari 2016 naar schatting 10.700 feitelijk daklozen tussen de 18 en 27 jaar waren. Er is geen landelijk beeld van het aantal opvangplekken voor zwerfjongeren.

Vraag 219

Hoeveel opvangplekken zijn de afgelopen jaren gesloten?

Antwoord:

Gemeenten zijn verantwoordelijk afdoende opvangplekken in te kopen, passend bij wat in hun regio noodzakelijk is. De capaciteit en het aantal locaties fluctueert daarmee en kan ook variëren door het jaar heen. Er is geen centrale registratie van het aantal plekken dat is ingekocht, noch van een toe- of afname daarvan.

Vraag 220

Hoeveel gezinnen zijn in 2018 op straat beland vanwege de crisis?

Antwoord:

Gemeenten zijn verplicht om dak- en thuislozen die zich bij hen melden op te vangen. Dat geldt zeker ook voor gezinnen. Er is geen centrale registratie van het aantal gezinnen dat in 2018 dak- of thuisloos is geworden. Samen met VNG Realisatie en vijf gemeenten voer ik een pilot uit om in beeld te brengen of en zo ja, welke informatie gemeenten structureel willen gaan monitoren via de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein.

Vraag 221

Hoeveel opvangplekken zijn er voor gezinnen en is dit voldoende?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 219.

Vraag 222

Zijn er voor zwerfjongeren en daklozen voldoende aansluitingsmogelijkheden naar werk, wonen en zorg? Wat is hiervan de huidige capaciteit?

Antwoord:

Gemeenten moeten voor zowel zwerfjongeren als daklozen zorgen voor voldoende aansluitingsmogelijkheden naar werk, wonen en zorg. De exacte capaciteit hiervan wordt landelijk niet bijgehouden. Centraal staat passend maatwerk per individu.

Met de meerjarenagenda beschermd wonen en maatschappelijke willen de betrokken organisaties de partijen op lokaal en regionaal niveau faciliteren bij het realiseren van diverse opgaven, onder andere op het terrein van werk, wonen en zorg (TK 29 325, nr. 93).

Vraag 223

Welke acties worden er ondernomen om de overgang van 18- naar 18+ binnen de maatschappelijke opvang te verbeteren?

Antwoord:

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor een soepele overgang van minderjarigheid naar meerjarigheid. Dat geldt in het bijzonder voor de kwetsbare jongeren die al bij de gemeente in beeld zijn vanwege verblijf in de jeugdzorg of de maatschappelijke opvang. Vanuit het actieprogramma Zorg voor de Jeugd en de meerjarenagenda beschermd wonen en maatschappelijke opvang werken onder meer gemeenten, branches, verzekeraars, cliëntenorganisaties en het Rijk samen om met een aantal

maatregelen een soepele overgang naar volwassenheid te bevorderen. Belangrijk zijn het werken met een toekomstplan dat met de kwetsbare jongere wordt opgesteld, het zorgen voor continuïteit van de zorgverlening en het werken met een coach of mentor. In het najaar zal ik in de voortgangsrapportage Zorg voor de jeugd nader ingaan op de verschillende activiteiten in dit kader.

Vraag 224

Hoeveel locaties maatschappelijke opvang zijn er in Nederland?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 219.

Vraag 225

Hoeveel locaties vrouwenopvang zijn er in Nederland?

Antwoord:

Er zijn geen landelijke cijfers over aantallen opvangplekken voor vrouwen per gemeente. Er is een landelijk dekkend stelsel van vrouwenopvang met landelijke toegankelijkheid. Het landelijk stelsel vrouwenopvang garandeert dat deze slachtoffers, indien nodig, directe en veilige opvang en hulp bij herstel krijgen, 7 maal 24 uur. Alle 35 centrumgemeenten vrouwenopvang hebben opvangvoorzieningen. Die wordt geboden door 21 rechtspersonen. Hun aanbod varieert van crisisbedden, safe houses (bij ernstige bedreiging) tot ambulante hulpverlening.

Vraag 226

Hoeveel opvanglocaties zijn er totaal in Nederland?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 219.

Vraag 227

Hoeveel maatschappelijke opvang en vrouwencentra hebben te maken met wachtlijsten en hoe lang zijn deze wachtlijsten?

Antwoord:

Er worden geen wachtlijsten voor maatschappelijke opvang en vrouwencentra bijgehouden op landelijk niveau.

Vraag 228

Wat is de huidige capaciteit voor opvangcentra, welke tekorten zijn er en in welke regio's?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 219.

Vraag 229

Wat houdt de specifieke aandacht voor vrouwen met een postnatale depressie in bij de campagne «Hey het is oké, maak depressie bespreekbaar»?

Antwoord:

In Nederland ontwikkelen jaarlijks ruim 23.400 vrouwen een depressie na de bevalling. Dat is 1 op de 8 moeders. Velen van hen durven hun situatie niet aan te kaarten. Zij zijn bang om gezien te worden als een slechte moeder (47,4%) en willen anderen niet belasten (52,2%), blijkt uit een peiling onder vrouwen die (signalen van) een postnatale depressie hebben gehad. Hierdoor blijft postnatale depressie, ook wel postpartum depressie (PPD) genoemd, te vaak onbesproken. Daarom hebben we extra

aandacht besteed aan postnatale depressie binnen de Hey, het is oké-campagne.

De online-campagne is onder andere samen met Jennie Lena opgestart, onder andere bekend van The Voice. Ook zij heeft na de geboorte van haar dochter een postnatale depressie gehad. Praten met familie en vrienden hielp haar bij haar herstel.

Andere digitale platformen die we hebben ingezet voor de campagne zijn Famme baby, Ouders van Nu, Mama Liefde en &C (and see), het 360° mediamerk van Chantal Janzen. We hebben bekende en minder bekende vrouwen hun verhaal laten vertellen. Met blogs, artikelen en video's» willen we op deze platformen, gericht op deze specifieke doelgroep, in gesprek over PPD en het onderwerp bespreekbaar maken.

Vraag 230

Zijn er al tussentijdse resultaten bekend over de Hey-publiekscampagne? Is er meer bewustwording rondom depressie gecreëerd? En zijn depressieve klachten en depressies meer bespreekbaar geworden?

Antwoord:

De resultaten van de campagne staan op [rijksoverheid.nl](https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/campagnes/campagneresultaten-2017/omgaan-met-depressie):
<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/campagnes/campagneresultaten-2017/omgaan-met-depressie>

In het kort:

Het kennisniveau en de houding van het algemeen publiek en jonge vrouwen is stabiel gebleven tijdens de campagneflight. Het kennisniveau en de houding van jongeren is verbeterd. De houding van jongeren tegenover het helpen van anderen met een depressie is nu vergelijkbaar met het algemeen publiek. De houding van jongeren tegenover hulp zoeken voor zichzelf is nog wel lager dan onder het algemeen publiek. Jonge vrouwen hebben van de campagnedoelgroepen de hoogste kennis over depressies en de meest positieve houding ten aanzien van het zoeken en bieden van hulp.

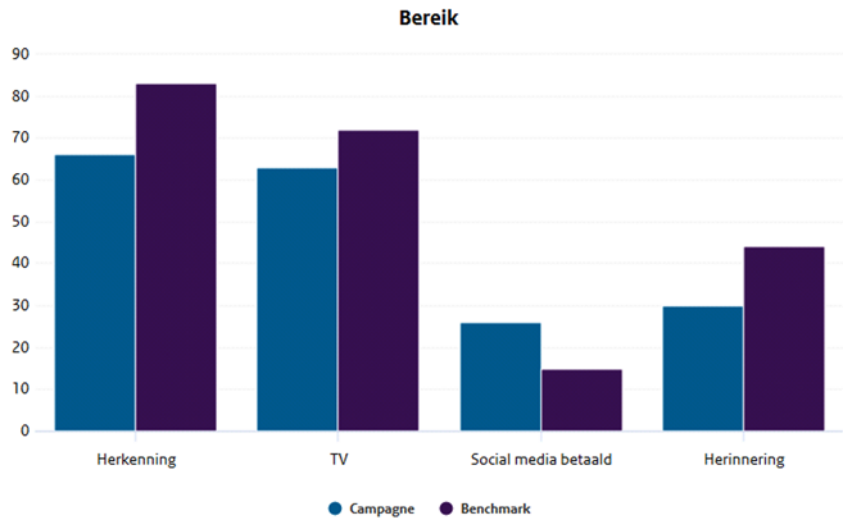
De doelgroepen herkennen na de campagne ongeveer evenveel signalen als ervoor. Binnen alle doelgroepen worden na de campagne wel één of meer specifieke signalen vaker herkend.

Meer jongeren vinden het na de campagne vanzelfsprekend om hulp te bieden aan iemand in hun omgeving met signalen van depressie en meer jongeren vinden het in die situatie belangrijk om hierover te praten met diegene. Ook vinden meer jongeren het na de campagne vanzelfsprekend om hulp te zoeken als zij signalen van depressie zouden herkennen bij zichzelf.

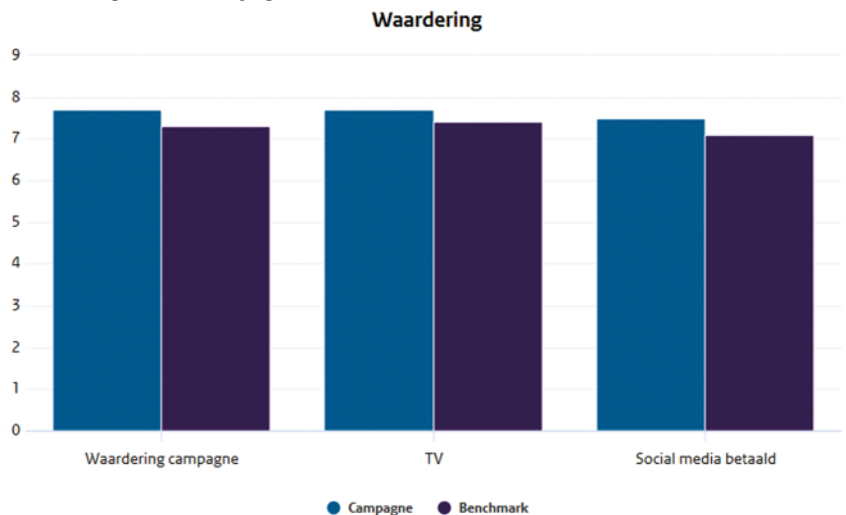
Het bereik en de herinnering van de campagne zijn hoger dan vorig jaar, maar blijven nog wel achter op de benchmark. Vrouwen en jongeren zijn iets beter bereikt door de campagne dan het algemeen publiek. Dit heeft vooral te maken met een hoger bereik van de uitingen op social media.

De campagne wordt net als vorig jaar relatief hoog gewaardeerd in vergelijking met de benchmark en de boodschapoverdracht is over het algemeen goed. De campagne brengt het beste over dat het belangrijk is om over depressie te praten en de signalen van depressie te herkennen. Dat depressie een ernstige ziekte is, zit minder expliciet in de campagne en wordt ook wat minder goed overgebracht.

Bereik van de campagne



Waardering van de campagne



Vraag 231

Wordt er onderzocht of er een verband is tussen de stijging van het aantal suïcides enerzijds en de wachttijden, het tekort aan zorgprofessionals en de ambulantisering anderzijds? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Het aantal suïcides is in absolute zin gestegen maar per hoofd van de bevolking is het percentage al sinds enige jaren stabiel (11 per 100.000). Onder de jongeren is wel sprake van een relatief forse stijging. Ik heb u over de eerste duiding van de suïcidecijfers onder jongeren en de verdere stappen voor breder en diepgaander onderzoek bij brief van 24 september jl. geïnformeerd. Het desbetreffende onderzoek zal wel meenemen of de betrokken jongere mogelijk in afwachting was van hulp of al in zorg was. Er zal naar verwachting niet worden ingaan op ambulantisering en arbeidsmarktproblematiek.

Vraag 232

Wordt er onderzocht of de zelfdoding onder LHBTI-jongeren (lesbische vrouwen (L), homoseksuele mannen (H), biseksuelen (B), transgenders (T) en intersekse personen (I)) een gevolg is van de massa-immigratie van niet westerse-allochtonen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Ik heb u bij brief van 24 september 2018 geïnformeerd over de uitkomsten van de eerste duiding van de toename van het aantal suicides onder jongeren en de stappen om breder en diepgaander onderzoek in gang te zetten. De door u genoemde aspecten maken geen deel uit van de opzet en aanpak van het onderzoek.

Vraag 233

Welke regeerakkoordprioriteiten zijn nog in ontwikkeling?

Antwoord:

Bij aanvang van het nieuwe kabinet is afgesproken dat voor een groot aantal maatregelen uit het regeerakkoord de gereserveerde middelen op de aanvullende post bij Financiën worden geplaatst in afwachting van bestedingsplannen waarin concreet wordt aangegeven hoe de betreffende middelen worden ingezet. Na akkoord van Financiën en goedkeuring in de ministerraad kunnen de middelen worden overgeheveld van de aanvullende post naar de departementale begroting van VWS.

De afgelopen periode heeft VWS met Financiën overeenstemming bereikt over een fors aantal bestedingsplannen. Over een vijftal aanvullende voornemens bent u geïnformeerd bij nota van wijziging die uw Kamer eerder deze week heeft ontvangen. Het gaat hierbij om preventiemaatregelen (in het bijzonder ten aanzien van ondersteuning bij onbedoelde (tiener) zwangerschappen, het Preventieakkoord en onderzoek naar de effectiviteit van preventieve interventies), de experimenten omtrent de regulering wietteelt en de Maatschappelijke diensttijd.

Daarnaast is nog een beperkt deel van de regeerakkoordvoornemens van VWS in ontwikkeling. Het gaat om de volgende posten (inclusief bijbehorende budgettaire reeksen). Zie de tabel hieronder. De hiermee samenhangende beleidsvoornemens worden in de komende periode verder uitgewerkt. Over de concrete uitwerking wordt u geïnformeerd zodra de aanvullende middelen uit het regeerakkoord worden overgeheveld naar de VWS-begroting.

Resterende middelen VWS aanvullende post (bedragen x € 1 miljoen)

#	Omschrijving	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Struc
H57	Bevorderen digitaal ondersteunende zorg	0,0	0,0	3,6	10,0	10,0	5,0	5,0
H59	Preventiemaatregelen (preventieakkoord)	0,0	0,0	0,0	0,0	10,2	9,1	8,0
	– w.v. preventieakkoord	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0	5,0	5,0
	– w.v. preventie en ondersteuning bij onbedoelde zwangerschappen	0,0	0,0	0,0	0,0	5,2	4,1	3,0
H62	Onafhankelijke cliëntondersteuning (restant)	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	10,0	10,0
H65	Belonen van uitkomsten	0,0	0,0	0,0	2,7	5,7	0,0	0,0
H64	Brede aanpak LVB, daklozen en zwerfjongeren (LVB)	0,0	1,6	1,6	1,8	1,0	0,0	0,0
	– w.v. LVB	0,0	1,6	1,6	1,8	1,0	0,0	0,0
H70	Experimenten regulering wietteelt	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
G39	Maatschappelijke diensttijd (restant)	0,0	54,0	75,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totaal		0,0	55,6	81,2	115,5	137,8	125,1	124,0

Vraag 234

Wat gebeurt er met de aanbeveling van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)?

Antwoord:

De aanbeveling van het RIVM om naast de huidige maatschappelijke doelstellingen ook specifieke doelen met een directere link naar het bestaande beleid op te nemen wordt niet middels de VWS-monitor gerealiseerd. De VWS-monitor is bedoeld als monitor waarmee trends over een langere periode kunnen worden gevolgd en daarmee signalerend en agenderend werkt.

De regeerakkoordprioriteiten vinden hun weerslag in de beleidsagenda als onderdeel van de begroting. Verder zijn de uitgewerkte programma's waar mogelijk al van concrete indicatoren voorzien. Deze worden waar relevant ook aangehaald in de beleidsagenda.

Vraag 235

Zijn er mogelijke risico's voor de vaccinaties in Nederland tegen meningo-kokken nu blijkt dat meerdere landen tegelijk zullen besluiten hiertegen te vaccineren? Zo ja, welke risico's?

Antwoord:

Over het algemeen geldt dat wanneer meerdere landen tegelijk besluiten om te gaan vaccineren, het moeilijker wordt om via aanbestedingstrajecten contracten te sluiten vanwege de beperkte beschikbaarheid van het vaccin en de lange doorlooptijd om nieuwe vaccins te produceren.

Wanneer wordt bedoeld op mogelijke risico's in verband met beschikbaarheid van vaccins voor de maatregelen tegen meningokokken W in 2018 en 2019 waarover de Kamer is geïnformeerd op 25 september 2017 en 16 juli 2018 (TK 32 793 nr. 322 en nr. 279) geldt dat op dit moment en ook de komende jaren te verwachten is dat er voldoende vaccins beschikbaar is.

Voor de verkrijgbaarheid van vaccins via de huisarts of GGD voor eigen kosten geldt dat dit afhankelijk is van de situatie op de vrije markt. Wanneer de vraag in het buitenland toeneemt, zal de beschikbaarheid op de vrije markt ook meer onder druk komen te staan. Op leveringen van de vaccinproducenten aan groothandels heeft de overheid geen invloed.

Vraag 236

Welke kosten zouden er verbonden zijn aan uitbreiding van het Rijksvaccinatieprogramma met vaccinatie tegen meningokokken type W onder ouderen, en waarom is hier nog niet toe overgegaan?

Antwoord:

Dit is niet becijferd. Om de huidige toename van meningokokken W een halt toe te roepen is op advies van deskundigen besloten over te gaan tot het vervangen van de MenC-vaccinatie op de leeftijd van 14 maanden in het Rijksvaccinatieprogramma voor een ACWY-vaccinatie en het vaccineren van adolescenten uit de geboortejaren 2001 tot en met 2005 in de periode oktober 2018 tot en met december 2019. Reden hiervan is dat het dragerschap onder adolescenten het hoogst is. Door deze groep te vaccineren treedt ook een beschermend effect op voor de rest van de bevolking (groepsbescherming), waaronder ouderen. Van vaccinatie van ouderen is dit effect (groepsbescherming) niet te verwachten. Ook is deze groep vele malen groter omdat meningokokkenziekte op alle leeftijden voorkomt. De Gezondheidsraad komt eind dit jaar met haar advies over een brede vaccinatiestrategie tegen meningokokken (alle typen). Op basis daarvan kan worden gezien of vaccineren van ouderen in de rede ligt.

Vraag 237

Welke kosten zijn er verbonden aan uitbreiding van het Rijksvaccinatieprogramma met vaccinatie tegen meningokokken type W onder ouderen, en waarom is hier nog niet toe overgegaan?

Antwoord:

Dit is niet becijferd. Om de huidige toename van meningokokken W een halt toe te roepen is op advies van deskundigen besloten over te gaan tot het vervangen van de MenC-vaccinatie op de leeftijd van 14 maanden in het Rijksvaccinatieprogramma voor een ACWY-vaccinatie en het vaccineren van adolescenten uit de geboortejaren 2001 tot en met 2005 in de periode oktober 2018 tot en met december 2019. Reden hiervan is dat het dragerschap onder adolescenten het hoogst is. Door deze groep te vaccineren treedt ook een beschermend effect op voor de rest van de bevolking (groepsbescherming), waaronder de ouderen. Van vaccinatie van ouderen is dit effect (groepsbescherming) niet te verwachten. Ook is deze groep vele malen groter omdat meningokokkenziekte bij alle leeftijden voorkomt. De Gezondheidsraad komt eind dit jaar met haar advies over een brede vaccinatiestrategie tegen meningokokken (alle typen). Op basis daarvan kan worden gezien of vaccineren van ouderen in de rede ligt.

Vraag 238

Hoe kan de vertraging bij het opstellen van subsidieregelingen verklaard worden? Wordt deze vertraging in 2019 ook verwacht? Zo ja, waarom? Zo nee, welke maatregelen zijn genomen om deze vertraging te stoppen?

Antwoord:

De genoemde vertraging betreft het opstellen van de subsidieregeling voor het informatie-uitwisselingsprogramma in de ggz. Deze vertraging is ontstaan omdat er bij de eerste planning onvoldoende rekening is gehouden met de aanloopfase die nodig is om deze subsidieregeling te realiseren. Er is tijd nodig geweest voor een goede opzet en uitwerking van de subsidieregeling, waarmee de middelen daadwerkelijk op een verantwoorde wijze aan instellingen ter beschikking kunnen worden gesteld en deze optimaal uitgedaagd worden om aan te sluiten op de laatste ontwikkelingen rond het gestandaardiseerd uitwisselen van gegevens. Daarnaast hebben de instellingen aangegeven dat zij twee jaar de tijd nodig hebben om de gevraagde resultaten te kunnen realiseren. Er wordt op dit moment de laatste hand gelegd aan de subsidieregeling, die nog dit jaar zal worden gepubliceerd.

Vraag 239

Op basis van welke informatie wordt verwacht dat in 2019 een fors beroep gedaan zal worden op de overgangsregeling voor medisch specialisten? Hoeveel medisch specialisten zullen naar verwachting een beroep doen op de regeling?

Antwoord:

Door onderuitputting van de regeling in 2017 en 2018 en signalen die kwamen vanuit ziekenhuizen is besloten de middelen van 2018 door te schuiven naar 2019. Na maart 2019 zal bekend zijn hoeveel medisch specialisten daadwerkelijk gebruik hebben gemaakt van de driejarige subsidieregeling voor de periode 2017–2019.

Vraag 240

Er wordt € 20 miljoen geïnvesteerd in opleidingen binnen de geestelijke gezondheidszorg die het meest bijdragen aan het oplossen van wachttijden. Over welke opleidingen gaat dit?

Antwoord:

De sector heeft een plan gemaakt om deze middelen te verdelen en dat heeft geleid tot extra opleidingsplekken voor de gz-psycholoog, verpleegkundig specialist ggz (3 jarige opleiding) en psychiater conform onderstaande tabel, waarvoor een beschikbaarheidsbijdrage zal worden verstrekt. Daarnaast wordt bekeken of er van dit budget via projectsubsidies extra opleidingsplekken gerealiseerd kunnen worden voor de overige opleidingen.

Opleiding	Aantal	Beschikbaarheidsbijdrage
gz-psycholoog	185	X
verpleegkundig specialist ggz (3 jarig)	7	X
psychiater	8	X
verslavingsarts	9	
verpleegkundig specialist ggz (2 jarig)	16	
sociaal psychiatrisch verpleegkundige	82	
stageplaatsen hbo-verpleegkundige	188	

Naar verwachting brengt het Capaciteitsorgaan nog vóór het eind van dit jaar een nieuwe raming uit voor de ggz beroepen. Aan de hand daarvan kan worden beoordeeld of en zo ja in welke mate de opleidingscapaciteit verdere verruiming behoeft.

Vraag 241

Wat betekent de zin «De Rijksbijdrage heeft een puur administratief karakter en heeft dus geen materiële betekenis»?

Antwoord:

Deze zin betekent dat de Rijksbijdrage van € 1 miljard geen effect heeft op de hoeveelheid zorg die binnen de Wlz geleverd wordt en ook geen effect heeft op het EMU-saldo. Het betreft een verschuiving van middelen binnen de collectieve sector. Omdat ook het Fonds langdurige zorg (Flz) onderdeel uitmaakt van de collectieve sector telt het exploitatiesaldo mee in het EMU-saldo en het fondsvermogen (positief of negatief) telt mee in de EMU-schuld.

Vraag 242

Waarop is de verwachting dat de regeling in 2018 wordt uitgeput, gebaseerd?

Antwoord:

Instellingen kunnen alleen nog in 2018 aanspraak maken op een subsidie op basis van de regeling. De verwachting is dat het budget deels in 2018 wordt uitgeput. De regeling eindigt 1 oktober 2019, echter kan er na 1 januari 2019 geen aanspraak meer gemaakt worden op de Bijzondere Transitiekosten Jeugd.

Vraag 243

Waarom is er in eerdere jaren minder dan € 19 miljoen subsidie verstrekt en is de verwachting nu dat er € 35 miljoen verstrekt zal worden? Voor welk type subsidie aanvragen is dit geld bedoeld?

Antwoord:

Er is in eerdere jaren meer dan € 19 miljoen verstrekt maar er zijn minder instellingen in de financiële problemen gekomen dan verwacht, wat in die jaren tot onderuitputting heeft geleid. Voor 2018 is totaal 54 miljoen beschikbaar waarvan € 35 miljoen beschikbaar is gekomen bij Voorjaarsnota 2018 op grond van het totale overzicht van ingediende

aanvragen. Op dit moment is de verwachting dat van dit bedrag 6 miljoen niet besteed wordt. De instellingen kunnen alleen in aanmerking komen voor subsidie als er kosten gemaakt zijn voor de transitie naar de gemeenten en de instellingen deze kosten niet zelf kunnen betalen.

Vraag 244

Kunt u voorbeelden geven van innovaties binnen beroepen en opleidingen? Hoe worden innovaties binnen beroepen en opleidingen middels deze gelden gestimuleerd? En hoe verhouden deze gelden zich tot de e-health-implementaties binnen het Actieprogramma Werken in de Zorg, zoals beschreven op pagina 5?

Antwoord:

Er zijn nieuwe opleidingen gestart zoals de MBO- en HBO opleidingen op gebied van zorgtechniek en Human Technology. Deze opleidingen leiden op tot een nieuw beroep: de zorgtechnicus. Dit is een technicus die in de context van de zorg werkt, dus technologische toepassingen ontwikkelt en toepast binnen de zorg. Ook zien we steeds meer samenwerking binnen het onderwijs tussen techniek- en zorgopleidingen, bijvoorbeeld door gezamenlijk projecten te doen of stage te lopen. Zo leren studenten in multi-disciplinaire teams samen te werken en leren de zorgstudenten veel van techniek en andersom. Innovatie, e-health en technologie vormt een belangrijk onderdeel van de regionale plannen die onderwijs- en zorginstellingen gezamenlijk maken binnen de Regionale Actieplannen Aanpak Tekorten (RAAT). Er wordt gekeken hoe dit een vast onderdeel kan worden van het onderwijs, maar ook waar behoefte aan is vanuit de werkgever en hoe werknemers kunnen leren over dit onderwerp. Het actie-leer-netwerk ondersteunt initiatieven op gebied van nieuwe beroepen en opleidingen, in samenwerking met het Ministerie van OCW. Daarnaast wordt ingezet op digitale vaardigheden en het bijscholen van medewerkers op het gebied van innovatie en e-health.

Vraag 245

Waarom zijn de uitgaven van langdurige zorg en ondersteuning voor de verschillende nieuwe programma's juridisch verplicht?

Antwoord:

In de tabel «Overzicht niet-juridisch verplichte uitgaven en bestemming» staat bij artikel 3 «Langdurige zorg en ondersteuning» juist dat het niet juridisch verplichte deel bestemd is voor de verschillende programma's, cliëntondersteuning, palliatieve zorg, levensbegeleiders/geestelijke verzorging en LVB. Dit impliceert overigens niet dat de middelen vrijelijk beschikbaar zijn voor alternatieve aanwending. Voor het overgrote deel bestaan reeds politieke en bestuurlijke afspraken.

Vraag 246

Hoe wordt het gereserveerd bedrag van € 4,6 miljoen voor het Programma Jeugdgezondheidszorg aangewend?

Antwoord:

Het bedrag van € 4,6 miljoen voor het Programma Jeugdgezondheidszorg is gereserveerd voor de voortzetting van een aantal aflopende ZonMw-programma's. Dit betreft de programma's Jeugdgezondheid, Richtlijnen Jeugdgezondheid en Effectief Werken in de Jeugdsector.

Vraag 247

Welke psychiatrische instellingen vallen in 2019 onder de bestaande risicoregelingen?

Antwoord:

Hieronder treft u een overzicht van de instellingen die in 2019 beschikken over Rijksgegarandeerde leningen onder de regeling «Voorzieningen tbv psychiatrische instellingen».

Stichtingsnaam

Stichting Arkin
Stichting Dimence Groep
Stichting Geïntegreerde Geestelijke Gezondheidszorg in Eindhoven en de Kempen
Mediant, Stichting voor Geestelijke Gezondheidszorg Oost- en Midden Twente
Stichting Emergis
Stichting GGZ Westelijk Noord-Brabant
Stichting Pro Persona GGZ
Stichting Curium, Academisch Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie

Vraag 248

Welke resultaten zijn er het afgelopen jaar bereikt met het Akkoord Verbetering Productsamenstelling?

Antwoord:

Sinds 2014 wordt de Tweede Kamer jaarlijks in december op de hoogte gebracht van de voortgang van het Akkoord Verbetering Productsamenstelling. In mijn brief van 22 december 2017 heb ik u geïnformeerd over de voortgang van het Akkoord tot en met 2017 (TK 32 793, nr. 288). Hierin is in de bijlage een tabel opgenomen met de (tot en met 2017) gemaakte afspraken en de te behalen reducties. Het RIVM heeft in 2017 een impactanalyse (evaluatie) uitgevoerd voor zout en suiker. Daarbij is gekeken wat de impact van de reductiestappen in het Akkoord (die tot en met 2016 zijn afgesproken) is op de inname en wat het effect van verdergaande reductiestappen kan zijn op de inname. Zie mijn aanbiedingsbrief van 25 april 2018 (TK 31 532, nr. 195).

Vraag 249

Wat is het percentage van de mensen dat thuis zorg en ondersteuning ontvangt welke de mogelijkheid heeft om via een beeldscherm 24 uur per dag met een zorgverlener te communiceren?

Antwoord:

In de e-health monitor van 2017 geven verpleegkundigen in de ouderenzorg aan dat bij maximaal 10% van de patiënten beeldbellen plaatsvindt. In de ziekenhuiszorg is dat 11%. In de huisartsenzorg zegt vrijwel geen enkele verpleegkundige dat er gebruik wordt gemaakt van beeldbellen.

Vraag 250

Hoe verhouden de drie maatschappelijke doelstellingen rondom toegankelijkheid bij «algemene, levensfase overstijgende thema's» en «leven met een chronische ziekte en beperkingen» zich tot de drie e-health-doelstellingen, zoals beschreven in de Kamerbrief over e-health en zorgverbetering (27 529, nr. 130)?

Antwoord:

De doelstellingen zoals die in de begroting zijn opgenomen, zijn breder dan alleen de toegankelijkheidsvraagstukken die te maken hebben met e-health. Het gaat daarbij bijvoorbeeld ook over de toegankelijkheid van een fysieke zorginstelling. De doelstellingen die in de begroting zijn benoemd en die in de Kamerbrief over e-health zijn benoemd komen overeen voor zover ze over e-health gaan.

Vraag 251

Welke inzet is er afgelopen tien jaar geweest in voorlichting en bewustwording ten aanzien van vaccinaties in het kader van het Rijksvaccinatieprogramma?

Antwoord:

De standaard voorlichting die gegeven wordt over het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) verloopt via een brief, folders, de website van de rijks-overheid en het RIVM, een gesprek met de jeugdarts/-verpleegkundige en de mogelijkheid tot het stellen van vragen aan het RIVM. De laatste jaren is er een aantal extra activiteiten georganiseerd, zoals ook met uw Kamer gecommuniceerd is (TK 2016–2017, TK 32 793, nr. 272). Deze zijn hieronder samen met enkele andere belangrijke inspanningen samengevat:

- De website van het Rijksvaccinatieprogramma is verbeterd en daarbij beter afgestemd op de informatiebehoefte van ouders;
- Er zijn extra middelen beschikbaar gesteld voor meer ruimte in de contactmomenten van de jeugdgezondheidszorg, om voorlichting te geven over het RVP en het gesprek te voeren over (het belang van) vaccinaties;
- Er is een *e-learning* ontwikkeld met verdiepende scholing voor professionals over vaccinaties en het RVP;
- Er wordt intensiever met de jeugdgezondheidszorg en kinderartsen samengewerkt bij het opstellen van richtlijnen, bijvoorbeeld in het landelijk RVP overleg;
- Er is een samenwerking van het RIVM met biologieleraren;
- Het RIVM spreekt met groepen die kritisch tegenover vaccinatie staan.

Vraag 252

Welke risico's brengt de daling van de vaccinatiedekkingsgraad met zich mee?

Antwoord:

Alhoewel de vaccinatiegraad een licht dalende trend laat zien, is de vaccinatiegraad in Nederland nog steeds hoog, met uitzondering van HPV. Daling van de vaccinatiegraad leidt ertoe dat minder kinderen beschermd zijn, vooral bij ziekten waarvan de ziekteverwekker nog circuleert in Nederland leidt dit tot extra ziektegevallen. Dit is het geval bij bijvoorbeeld kinkhoest en HPV. Voor veel andere ziekten geldt dat bij een hoge vaccinatiegraad de ziekteverwekker zich moeilijker kan verspreiden, de zogenaamde groepsbescherming. Dit is bijvoorbeeld van belang bij polio, difterie, rodehond, mazelen en meningokokken C. Van deze ziekten komt de groepsbescherming bij mazelen het eerst in gevaar bij een dalende vaccinatiegraad. Op korte termijn is hier nog geen probleem te verwachten. Bij een langdurige vaccinatiegraad onder de 95% neemt de kans op mazelenuitbraken toe. Ook bij een hoge vaccinatiegraad kunnen individuele gevallen van mazelen voorkomen, maar deze zullen niet leiden tot een landelijke uitbraak.

Vraag 253

Wat gaat u doen om de vaccinatiedekkingsgraad weer te verhogen?

Antwoord:

In mijn brief van 26 juni jl. (TK 32 793, nr. 315) heb ik toegezegd uw Kamer in het najaar te informeren over de maatregelen die ik zal nemen en gericht zijn op het verbeteren van de vaccinatiegraad.

Vraag 254

Kunt u per productgroep inzichtelijk maken voor hoeveel producten er wel en voor hoeveel producten er geen afspraken zijn gemaakt binnen het Akkoord Verbetering Productsamenstelling?

Antwoord:

Op de website van het Akkoord Verbetering Productsamenstelling staan de gemaakte afspraken voor maximumnormen per productgroep en subcategorieën voor zout, verzadigd vet en suiker. De Wetenschappelijke adviescommissie van het Akkoord heeft in haar adviezen aan de stuurgroep ook een overzicht opgesteld van productgroepen waarvoor wel of geen afspraken zijn gemaakt. Dit overzicht is ook te vinden op de website.

Vraag 255

Kunt u een overzicht geven van de absolute levensverwachting in jaren en de jaren daarvan in goed ervaren gezondheid onderverdeeld in laag, midden en hoog sociaaleconomische status én minimum, modaal en hoog inkomen?

Antwoord:

Onderstaande tabel geeft overzicht van de levensverwachting en de gezonde levensverwachting naar onderwijsniveau en inkomensklasse voor verschillende leeftijden. De bron is het CBS.

Nieuwe cijfers over de periode 2015/2018 verschijnen in 2019. Op inkomensniveau zijn er geen gegevens beschikbaar voor de periode 2013/2016.

Gezonde levensverwachting; onderwijsniveau

Onderwerpen		Levensverwachting			Gezonde levensverwachting Levensverw. in als goed ervaren gezondh.		
	Onderwijsniveau	Laag onderwijsniveau	Middelbaar onderwijsniveau	Hoog onderwijsniveau	Laag onderwijsniveau	Middelbaar onderwijsniveau	Hoog onderwijsniveau
Leeftijd	Perioden	jaren	jaren	jaren	jaren	jaren	jaren
0 jaar	2011/2014	79,6	81,7	83,8	57,9	65,4	71,3
0 jaar	2013/2016	79,3	81,8	84,4	57,2	65,4	71,5
40 jaar	2011/2014	41,4	43,2	45,1	24,9	30,3	34,8
40 jaar	2013/2016	41,4	43,2	45,5	24,5	30,6	35,1
65 jaar	2011/2014	19,4	20,5	21,9	10	12,8	15,1
65 jaar	2013/2016	19,4	20,5	22,2	10,2	13,3	15,2

Gezonde levensverwachting; inkomensklasse (periode 2011–2014)

		Levensverwachting					Gezonde levensverwachting In als goed ervaren gezondheid				
Inkomensklasse		Laagste inkomensklasse	Laag midden inkomensklasse	Midden inkomensklasse	Hoog midden inkomensklasse	Hoogste inkomensklasse	Laagste inkomensklasse	Laag midden inkomensklasse	Midden inkomensklasse	Hoog midden inkomensklasse	Hoogste inkomensklasse
Leeftijd	Geslacht	jaren	jaren	jaren	jaren	jaren	jaren	jaren	jaren	jaren	jaren
0 jaar	Mannen	75,1	79,3	81,5	82,1	83,3	54,4	59,9	65,2	68,8	71,9
0 jaar	Vrouwen	78,9	84,3	85,3	86,2	85,6	53	59,4	64,1	68,4	71,8
40 jaar	Mannen	36,5	40,2	42,3	43	44,2	20,5	24,3	28,9	32	35
40 jaar	Vrouwen	40	45	46	46,8	46,3	20,3	25	28,4	32,4	34,6
65 jaar	Mannen	15,8	18,3	19,7	20,1	20,8	8,3	9,9	11,9	13,6	14,6
65 jaar	Vrouwen	18,1	22,6	23,2	23,4	22,7	8,2	10,7	12	14,1	14,9

Vraag 256

Welke acties onderneemt de regering de komende tijd om de ambities en de deadline van het Akkoord Verbetering Productsamenstelling eind 2020 te halen?

Antwoord:

Momenteel zijn gesprekken gaande met het veld over acties voor het bereiken van de ambities eind 2020. Zoals vermeld in mijn brief van 25 april 2018 (TK 31 532, nr. 195), zal ik u te zijner tijd over de uitkomst van deze gesprekken op de hoogte stellen.

Vraag 257

Hoeveel geld is er beschikbaar voor het Programma Kansrijke start en hoe is dat bedrag opgebouwd?

Antwoord:

Zie mijn antwoord op vraag 180.

Vraag 258

Wat zijn de exacte uitgaven voor het Rijksvaccinatieprogramma, zowel vanuit het Rijk, RIVM en Gemeentefonds, de komende jaren? Kunnen deze uitgaven uitgesplitst worden over de diverse kostenposten zoals inkoop, informatievoorziening, voorlichting en uitvoer?

Antwoord:

De begrote uitgaven voor het Rijksvaccinatieprogramma, zowel vanuit het Rijk, RIVM en Gemeentefonds, de komende jaren zijn als volgt:

Bedragen x € 1 miljoen

	2018 ¹	2019 ²	2020	2021	2022	2023
Kosten aanschaf vaccins	51,9	70,2	50,4	50,9	51,5	52,0
Entkosten (Gemeentefonds)	31,8	45,1	35,5	35,9	36,2	36,2
Kosten RIVM rond de inkoop, opslag en distributie van vaccins én de coördinatie van de uitvoering en de registratie van het RVP	11,5	13,0	13,7	13,7	13,7	13,7
Overige kosten RIVM zoals surveillance, immunologisch onderzoek, modellering en kosteneffectiviteitsstudies, monitoring en onderzoek naar (zeldzame) bijwerkingen van vaccinatie en communicatie	10,3	12,6	14,0	14,0	14,0	14,0
Implementatiekosten invoering nieuwe vaccins	1,2	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Budget bestemd voor technologische en demografische ontwikkelingen	0	3,8	3,7	0,8	1,2	1,2
Totaal	106,7	149,3	117,3	115,3	116,6	117,1

¹ Inclusief de uitbreiding van het RVP met de meningokokken ACWY-vaccinatie van kinderen van 12–14 jaar

² Inclusief de uitbreiding met de rotavirusvaccinatie aan risicogroepen, de Maternale kinkhoestvaccinatie en de inhaalcampagne meningokokken ACWY-vaccinatie om adolescenten uit de geboortejaren 2001 tot en met 2005 te vaccineren.

Vraag 259

Hoe groot is de griepvaccinatiegraad onder ouderen op dit moment? Welke stappen worden ondernomen om deze weer te laten toenemen?

Antwoord:

Uit de «Monitor vaccinatiegraad Nationaal Programma Grieppreventie 2017» die samen met het advies van het bestuurlijk afstemmingsoverleg (BAO) op 10 oktober 2018 naar uw Kamer is verzonden blijkt dat de griepvaccinatiegraad 53,6% bedraagt onder mensen van 60 jaar en ouder. In de groep 60–64 jarigen was de vaccinatiegraad lager (34,4%) dan in de groep van 65 jaar en ouder (60,4%).

Het RIVM heeft recent de voorlichting over het Nationaal Programma Grieppreventie aangepast. In plaats van een folder is een infographic ontwikkeld met informatie over griep en de griep prik die bij de uitno-

diging wordt verstuurd. Hierin staat de belangrijkste informatie overzichtelijk op een rij en wordt ook aandacht besteed aan misvattingen over de onderwerpen, die van invloed kunnen zijn op de beslissing die mensen maken om zich wel of niet te vaccineren. Ook heeft het RIVM deze informatie geschikt gemaakt voor gebruik op de sociale media. Met deze informatie en de informatie op de website wordt de doelgroep toegankelijke informatie geboden om hen in staat te stellen een goed geïnformeerde keuze te maken over vaccinatie tegen griep.

Naast bovengenoemde middelen heeft de Stichting Nationaal Programma Grieppreventie, in samenwerking met het RIVM en het Nederlands Huisartsen Genootschap, handzame informatie voor de huisartsen (praktijken) en zorginstellingen ontwikkeld, om hen te faciliteren bij de voorlichting aan de doelgroepen.

Ook andere partijen werken aan voorlichting over de griepvaccinatie. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) heeft, samen met de Nederlandse Federatie voor Universitair Medische Centra (NFU), de Federatie Medisch Specialisten en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), een campagne georganiseerd om het vaccineren tegen griep op positieve wijze onder de aandacht van artsen, verpleegkundigen en verzorgenden te brengen.

Vraag 260

Worden binnen het Rijksvaccinatieprogramma acties ondernomen specifiek gericht op de vaccinatiegraad onder ouderen?

Antwoord:

Het enige programmatische aanbod voor ouderen is de griepvaccinatie en deze wordt aangeboden binnen het Nationaal Programma Grieppreventie. Zoals ook is aangekondigd in mijn brief van 10 oktober 2018 ben ik voornemens om samen met diverse partijen extra aandacht te besteden aan het verbeteren van de griepvaccinatiegraad (zie antwoord vraag 259). In de brief die ik naar aanleiding van de dalende vaccinatiegraad naar uw Kamer zal sturen, wordt ook aandacht besteed aan de griepvaccinatie. Daarnaast ontvangt u binnenkort ook mijn reactie op het GR advies ten aanzien van pneumokokkenvaccinatie voor ouderen.

Vraag 261

Verwacht de regering, in het kader van vergrijzing, een toename van het gebruik van vaccinaties onder ouderen? Zo ja, is de regering hierop voorbereid en hoe?

Antwoord:

Er is inderdaad als gevolg van de vergrijzing een grotere doelgroep voor vaccinaties onder ouderen te verwachten. Er zijn binnen het Nationaal Programma Grieppreventie voldoende vaccins beschikbaar om te voorzien in een groeiende vraag naar vaccinaties door bijvoorbeeld vergrijzing. De griepvaccinatie is momenteel het enige programmatische aanbod voor ouderen. Deze wordt aangeboden binnen het Nationaal Programma Grieppreventie. Daarnaast ontvangt u binnenkort ook mijn reactie op het GR advies ten aanzien van pneumokokkenvaccinatie voor ouderen. Mogelijke andere nieuwe vaccinaties in de toekomst zullen eerst ter advisering aan de Gezondheidsraad worden voorgelegd.

Vraag 262

Welke bedragen zijn gemoeid met de preventie van schadelijk middelengebruik, onderverdeeld in alcohol, drugs en tabak en waar wordt dit aan besteed?

Antwoord:

Het grootste deel van het budget bestemd voor preventie van schadelijk middelengebruik is bestemd voor subsidies (ca. € 10 miljoen). Een onderverdeling tussen het budget voor alcohol, tabak of drugs is niet goed te maken aangezien we een aantal jaar geleden gekozen hebben voor een integrale aanpak.

Het budget wordt gebruikt voor inzet op het terrein van bijvoorbeeld:

- de NIX18 campagne;
- diverse monitors zoals het peilstationonderzoek, de Nationale Drug Monitor (NDM), onderzoek naar middelengebruik onder zwangere vrouwen etcetera;
- interventies op het gebied van veilig uitgaan zoals ouderondersteuning op het gebied van uitgaansdrugs en de Celebrate Safe;
- het Drugs Informatie en Monitoringsysteem (DIMS).

Vraag 263

Welke bedragen zijn gemoeid met depressiepreventie, suïcidepreventie en het voorkomen van overgewicht/obesitas?

Antwoord:

Voor het Meerjarenprogramma Depressie Preventie (MJP), dat loopt tot en met 2020, is een bedrag gereserveerd van € 750.000 per jaar. Dit bedrag is bestemd voor het ontwikkelen van ketenaanpak voor de zes hoogrisicogroepen voor depressie.

Daarnaast is jaarlijks (t/m 2020) € 1 miljoen beschikbaar voor een publiekscampagne.

Ten behoeve van suïcidepreventie zijn incidenteel (naast de instellingsubsidie voor 113Zelfmoordpreventie ter hoogte van € 3,4 miljoen. en de uitvoering van het onderzoeksprogramma van ZonMw ter hoogte van € 3.2 miljoen. (2016–2020)) onderstaande middelen beschikbaar gekomen via het regeerakkoord.

Bedragen x € 1.000

2018	2019	2020	2021	2022
3.215	3.987	3.769	3.962	2.000 (structureel)

Het extra structurele budget van € 2 miljoen. zal worden toegevoegd aan de instellingssubsidie van 113Zelfmoordpreventie.

In de begroting 2019 staat € 15 miljoen. voor Gezonde leefstijl en gezond gewicht gereserveerd. Een aantal voorbeelden van programma's die hieruit worden gefinancierd zijn: Gezonde School en Gezonde Kinderopvang. Dit betreft de middelen exclusief de eventuele middelen die voortvloeien uit het Preventieakkoord voor 2019. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat ook via andere maatregelen, zoals bijvoorbeeld de Gecombineerde Leefstijlinterventie en de buurtsportcoaches, aandacht wordt besteed aan het thema overgewicht en obesitas.

Vraag 264

Hoeveel jongeren zijn afgelopen jaar opgenomen op een alcoholpoli? Welke trend is er te zien?

Antwoord:

In 2017 zijn 860 jongeren opgenomen op een alcoholpoli, waarvan 671 met een alcoholintoxicatie. Dit is een lichte toename ten opzichte van 2016 (574), maar lager dan in 2015 (713). De onderzoekers van het Nederlands Signaleringscentrum Kindergeneeskunde (NSCK) constateren dat van een

opnieuw fors stijgende trend in ieder geval geen sprake lijkt te zijn (zie Rapportage alcoholintoxicaties onder minderjarigen, bijlage 2 bij kamerbrief TK 2017/18, 27 565, nr. 171).

Vraag 265

Hoeveel alcoholpoli's zijn er op dit moment in Nederland?

Antwoord:

Nederland telt 12 alcoholpoli's.

Vraag 266

Wat is de gemiddelde leeftijd van jongeren die behandeld worden voor «comazuipen»?

Antwoord:

De gemiddelde leeftijd van jongeren die voor een alcoholintoxicatie opgenomen worden bedraagt 15,5 jaar.

Vraag 267

Wat zijn de omzet- en winstcijfers van de alcoholbranche?

Antwoord:

Over deze cijfers beschik ik niet.

Vraag 268

Wat is de ontwikkeling van het aantal kinderen en jongeren dat de afgelopen tien jaar is begonnen met roken?

Antwoord:

De afgelopen 10 jaar zijn steeds minder jongeren begonnen met roken (HBSC, Universiteit van Utrecht 2017). Tussen 2007 en 2017 daalde het aantal jongeren tussen de 12 en 16 jaar dat ooit heeft gerookt significant van 36,2% naar 16,1%. Ook bleek uit het onderzoek dat het aantal jongeren dat de afgelopen maand had gerookt daalde van 16,8% (in 2009) naar 7,4%. Het aantal jongeren dat dagelijks rookt daalde tussen 2007 en 2017 van 6,6% naar 2,1%. Deze dalende trend is zichtbaar sinds 2001. De verschillen in schoolniveaus zijn groot. Jongeren in het vmbo-b zijn veel vaker een roker dan jongeren in het vwo, maar ook onder deze eerst genoemde groep daalde het aantal rokers. Jongens roken wat vaker dan meisjes. Het HBSC-onderzoek is op 5 september 2018 aan uw Kamer aangeboden.

Vraag 269

Wat is de ontwikkeling van het aantal kinderen en jongeren dat de afgelopen tien jaar is begonnen met roken van e-sigaretten?

Antwoord:

Het gebruik van de e-sigaret onder jongeren wordt pas sinds 2013 onderzocht (HBSC 2013). In 2013 had 22,1% van de 12 tot 16-jarige scholieren ooit een e-sigaret gebruikt, in 2015 was dat 34,3% en in 2017 was dat 27,5% (HBSC, Universiteit van Utrecht 2017). Opvallend is dat het aantal jongeren dat ooit een e-sigaret heeft gebruikt (27,5%) groter is dan het aantal jongeren dat ooit heeft gerookt (16,1%).

Vraag 270

Wat is de ontwikkeling van het aantal kinderen en jongeren dat de afgelopen tien jaar is begonnen met het gebruik van soft- en harddrugs?

Antwoord:

Het percentage Nederlandse scholieren van het voortgezet onderwijs van 12–16 jaar dat ooit cannabis rookte, daalde van 16,5% in 2003 naar 9,7% in 2015.

De gemiddelde startleeftijd onder 12–16-jarige scholieren die ervaring hebben met cannabis steeg in deze periode van 13,7 jaar naar 14,1 jaar. In 2017 rapporteerde 1% van de leerlingen van het voortgezet onderwijs van 12 tot 16 jaar ooit wel eens ecstasy gebruikt te hebben. In 2003 was dat nog 2,4%.

Het gebruik stijgt met de leeftijd. Van de 12-jarigen heeft 0,2% ervaring met ecstasy, van de 16-jarigen heeft 2,2% ervaring met ecstasy.

Onder scholieren van 12–16 jaar van het voortgezet onderwijs daalde tussen 2003 en 2015 het percentage dat ooit cocaïne had gebruikt van 2% naar 1,3%.

Vraag 271

Welke vaccinaties voor kinderen en ouderen worden in 2018 vergoed?

Antwoord:

In Nederland worden aan kinderen vaccinaties aangeboden die beschermen tegen 12 ernstige infectieziekten, het gaat om: difterie, kinkhoest, tetanus, polio, hemophilus influenza type B, hepatitis B, pneumokokkenziekte, bof, mazelen, rodehond, meningokokken ACWY en baarmoederhalskanker

Kinderen komen tot 18 jaar in aanmerking voor de vaccinaties uit het rijksvaccinatieprogramma, dus als zij een vaccinatie gemist hebben en die in willen halen kan dat nog tot 18 jaar gratis.

Een duidelijke infographic van de vaccins voor kinderen is te vinden op de website van het Rijksvaccinatieprogramma.

In Nederland worden aan ouderen alleen het griepvaccin aangeboden in een door de overheid gefinancierd programma, via het Nationaal Programma Grieppreventie. De prik is voor mensen van 60 jaar en ouder en volwassenen en kinderen met bepaalde medische aandoeningen. Deze mensen ontvangen van hun huisarts een uitnodiging voor de jaarlijkse grieprik.

Er zijn ook nog diverse vaccinatieprogramma's voor risicogroepen, zoals een subsidieregeling om hepatitis B te vergoeden bij mensen die opgeleid worden voor werk in de zorg, vaccinatie tegen tuberculose bij kinderen van wie de ouders afkomstig zijn uit landen waar tuberculose veel voorkomt en vaccinatie tegen hepatitis B bij mannen die seks hebben met mannen en sekswerkers.

Vraag 272

Kunt u per type vaccinatie aangeven welke kosten de ontwikkeling met zich meebrengt, zowel in totaal als per vaccinatie? Hoeveel kost de aanschaf van een vaccinatie?

Antwoord:

Ik heb geen inzicht in de kosten van de ontwikkeling van een vaccin. Voor de kosten van de aanschaf van vaccins verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 258 en 304.

Vraag 273

Worden de middelen die overgaan naar de gemeente met betrekking tot de uitvoering van een deel van het Rijksvaccinatieprogramma gelabeld?

Hoe wordt gegarandeerd dat gemeenten deze middelen ook daadwerkelijk aan het Rijksvaccinatieprogramma besteden?

Antwoord:

Bij het aanbieden van het wetsvoorstel is als bijlage bij het Advies afdeling advisering Raad van State en nader (TK 34 472, nr. 4) tevens het «Financieel onderzoek Rijksvaccinatieprogramma, HHM, Enschede april 2016» opgeleverd. Op basis van het rapport zijn in overleg met de VNG afspraken gemaakt over het over te hevelen macrobudget, de soort uitkering en de verdeelmaatstaf. Uitgangspunt hierbij was dat gemeenten de beschikbare budgetten gebruiken zodat JGZ-organisaties de RVP-taken kwalitatief verantwoord kunnen uitvoeren. Er is afgesproken om een budget over te hevelen van 30,8 miljoen euro (nog exclusief de loon- en prijsontwikkeling van 2019) naar het gemeentefonds via een algemene uitkering en voor de verdeling de bestaande verdeelmaatstaf «jongeren» te hanteren. Alleen het eerste jaar is het budget dat voor iedere gemeente voor deze taak beschikbaar is, zichtbaar in de circulaire van het Gemeentefonds.

Wanneer er aanleiding toe is, geeft een algemene uitkering de mogelijkheid om het budget bij te stellen. Bijvoorbeeld vanwege een beleidswijziging door VWS in het RVP, wat volgens het kostenonderzoek van het bureau HHM uit 2016 van directe invloed is op het budget. Jaarlijks worden hiertoe de ontwikkelingen binnen het RVP in overleg tussen VWS en de VNG besproken. Uitgangspunt is dat gezamenlijk gestreefd blijft worden naar een zo efficiënt mogelijke uitvoering.

Met een algemene uitkering kan niet gegarandeerd worden dat de middelen daadwerkelijk besteed worden aan het RVP. Uit overleg met het veld is wel gebleken dat gemeenten het programma dermate belangrijk vinden dat wij alle vertrouwen hebben dat zij deze verantwoordelijkheid volledig zullen nemen en de middelen dus zeker gebruiken voor het bestemde doel.

Vraag 274

Wat zijn de ambities van het Nationaal Preventieakkoord per thema?

Antwoord:

Het Nationaal Preventieakkoord richt zich op de thema's roken, overgewicht (inclusief gezonde voeding) en problematisch alcoholgebruik. Het is de ambitie om op elk van deze thema's op de lange termijn, in 2040, echt tot forse gezondheidswinst te komen. Hiervoor moeten op de korte termijn een aantal goede eerste stappen worden gezet. De gesprekken over de concrete ambities en maatregelen zijn momenteel nog gaande. Dit najaar informeer ik u over het akkoord.

Vraag 275

Welke bedragen zijn beschikbaar voor het uitvoeren van de verschillende acties binnen het Nationaal Preventieakkoord?

Antwoord:

In het regeerakkoord zijn er middelen gereserveerd om in te zetten op de verschillende acties binnen het Nationaal Preventieakkoord. Over de inzet van deze middelen in 2018 is uw Kamer geïnformeerd via de incidentele suppletoire begroting (TK 34 2888 nr. 2). Over de middelen voor 2019 en verder vindt momenteel besluitvorming plaats binnen het kabinet. Het gaat hierbij voor 2019 om een totaalbedrag van 23 miljoen euro dat beschikbaar is vanuit het regeerakkoord voor het Nationaal Preventieakkoord. Na afronding van deze besluitvorming zal uw Kamer geïnformeerd worden via de nota van wijziging, die u voorafgaand aan de begrotingsbe-

handeling van 17 en 18 oktober ontvangt. Over de inhoudelijke activiteiten wordt u dit najaar geïnformeerd zodra de gesprekken met deelnemende partijen in het Preventieakkoord afgerond zijn.

Vraag 276

Welke partijen zijn er betrokken bij het opstellen van het Nationaal Preventieakkoord en kunt u de verschillende partijen indelen per sector? Op welke wijze is Caribisch Nederland vertegenwoordigd in het Nationaal Preventieakkoord, zowel in het opstellen als in de doelstellingen?

Antwoord:

Voor de partijen die betrokken zijn bij het Nationaal Preventieakkoord verwijs ik u naar mijn brief van 20 april jl. (TK 32 793, nr. 297). Voor inzet op de thema's uit het Nationaal Preventieakkoord in Caribisch Nederland is het belangrijk om aan te sluiten bij de lokale situatie. In 2019 wordt daarom apart een Caribisch Sport- en Preventieakkoord gesloten met de openbare lichamen en (maatschappelijke) organisaties.

Vraag 277

Wanneer verschijnt de advisering van het Zorginstituut en de Gezondheidsraad over eventuele opname van de Niet-Invasieve Prenatale Test (NIPT) in het basispakket?

Antwoord:

Zoals aangegeven in de Kamerbrief «Basispakket Zvw 2019» van 1 juni 2018 heeft het Zorginstituut Nederland op 31 juli 2017 advies uitgebracht over opname van de niet-invasieve prenatale test (NIPT) in het basispakket (TK 29 689, nr. 909). Het Zorginstituut heeft geadviseerd om de NIPT als eerste test zonder medische indicatie niet via het basispakket te financieren. In het Regeerakkoord is afgesproken dat de NIPT niet wordt opgenomen in het basispakket en dat de financiering voor de NIPT beschikbaar blijft.

Vraag 278

Kunt u inzicht geven in de sociaaleconomische gezondheidsverschillen over de afgelopen jaren? Kunt u daarbij onderscheid maken naar mensen met een laag, een modaal en een hoog inkomen? Wat zijn tot nu toe de resultaten van de preventiecoalities?

Antwoord:

Voor een cijfermatig overzicht van de ontwikkeling van sociaaleconomische gezondheidsverschillen verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag nummer 255.

Ten aanzien van uw vraag over de preventiecoalities het volgende. De voortgang en de resultaten van de preventiecoalities worden jaarlijks in beeld gebracht door het RIVM in het kader van de evaluatie van de samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten op het gebied van preventie. Met de brief van 20 april 2018 (TK 32 793, nr. 297) heeft u de publicatie Evaluatie Preventie in het zorgstelsel ontvangen. De volgende evaluatie wordt in maart 2019 verwacht.

Vraag 279

Hoeveel preventiecoalities zijn er inmiddels gesloten?

Antwoord:

Op dit moment zijn er vijf preventiecoalities gesloten en is één subsidie-aanvraag voor een preventiecoalitie in behandeling.

Vraag 280

Wat zijn de belangrijkste projecten waar het Nederlands Lymeziekte-expertisecentrum momenteel mee bezig is? Wat zijn de belangrijkste onderzoeksresultaten? Welke subsidies gaan er naar welke onderzoeken?

Antwoord:

De partners in het Nederlands Lymeziekte-expertisecentrum (NLe) leveren in de lymeziektepoli van het Amsterdam UMC Universitair Medisch Centrum en het Radboudumc derdelijnszorg op het gebied van Lyme. Met andere ziekenhuizen samen leveren zij tweedelijnszorg.

Daarnaast hebben de deelnemende partijen van het Nederlands Lymeziekte-expertisecentrum (NLe) gezamenlijk onderzoeksprojecten opgezet. Met input van de patiëntenvertegenwoordigers heeft het NLe een aantal onderzoeksprioriteiten bepaald. Ook nieuwe onderzoeken worden in overleg met patiëntenvertegenwoordigers opgezet. Onderstaand de belangrijkste projecten, deze lopen allemaal nog dus er zijn nog geen definitieve onderzoeksresultaten. De subsidies worden besteed aan de onderzoeksprojecten.

LymeProspect

In het LymeProspect-onderzoek kijken onderzoekers en artsen hoe vaak langdurige klachten voorkomen en wat de oorzaken zijn. Iedereen die een antibioticabehandeling krijgt voor de ziekte van Lyme kan zich aanmelden. Met het onderzoek hopen de betrokken onderzoekers in de toekomst langdurige klachten beter te kunnen behandelen en te kunnen voorkomen.

LymeProspect KIDS

Kinderen (onder de 18 jaar) lopen ongeveer een kwart van alle tekenbeten op. Sinds 2017 kunnen daarom ook kinderen met de Lymeziekte meedoen aan het LymeProspect-onderzoek. Zo kunnen de betrokken onderzoekers en artsen vaststellen of de kans op klachten na een behandeling voor de ziekte van Lyme anders is bij kinderen dan bij volwassenen, en ook of mogelijk andere oorzaken een rol spelen.

Victory

De huidige diagnostische tests om te onderzoeken of iemand Lyme heeft, hebben enkele belangrijke beperkingen. Ze zijn ongevoelig in de vroege fase van de ziekte en maken bij langdurige klachten niet goed onderscheid tussen een doorgemaakte en actieve Lymeziekte.

Een diagnostische test die wel gevoelig is tijdens een beginnende Lyme-infectie en die goed onderscheid maakt tussen een oude en actieve infectie zou een goede aanvulling zijn op bestaande tests. Van cellulaire tests wordt gezegd dat die deze eigenschappen hebben. Binnen het Victory-onderzoek wordt onderzocht of cellulaire tests van aanvullende waarde zijn in het stellen van de diagnose Lymeziekte. Victory staat voor Validation of Cellular tests for Lyme borreliosis.

Biobank

Om bij de ziekte van Lyme de diagnose, behandeling en het daaraan gerelateerde beloop van de ziekte te registreren is het belangrijk om hierover informatie te verzamelen.

Het NLe heeft een biobank opgestart waarin, na verkregen toestemming van patiënten, geanonimiseerde klinische gegevens, informatie uit vragenlijsten en patiëntenmaterialen worden bewaard van mensen met

(een verdenking op) Lymeziekte. Hierdoor is het mogelijk om verder onderzoek te doen naar voorspellende of oorzakelijke factoren voor een ernstig beloop van Lymeziekte, kunnen patiëntengroepen worden geïdentificeerd die baat hebben bij (aanvullende) antibiotische behandeling en kunnen nieuw ontwikkelde diagnostische test worden onderzocht.

Ticking on Pandora's box

Teken in Nederland kunnen behalve de verwekker van de ziekte van Lyme ook diverse andere (mogelijke) ziekteverwekkers bij zich dragen. Met het Pandora-onderzoek willen de onderzoekers bepalen hoe vaak ziekte door deze andere verwekkers dan de lymebacterie voorkomt bij patiënten met koorts na een tekenbeet in Nederland.

Daarnaast willen zij de diagnostische tests die deze ziekteverwekkers aantonen, verbeteren.

Vraag 281

Hoe verhoudt het plan om ongewenste (tiener)zwangerschappen te voorkomen of te ondersteunen in Caribisch Nederland zich tot de algemene plannen van onbedoelde zwangerschappen?

Antwoord:

We bekijken of de diverse initiatieven in Nederland op dit onderwerp ook op de eilanden wenselijk en bruikbaar zijn. We hebben de afgelopen jaren geleerd dat de Nederlandse aanpak niet één-op-één door te vertalen is naar Caribisch Nederland. We gaan daarom met de lokale organisaties in gesprek om te kijken waar de behoeften liggen en hoe en welke extra inzet plaats kan vinden.

Vraag 282

Welke alternatieven voor antibiotica zijn er op dit moment? Werken deze alternatieven wel effectief wanneer er sprake is van antibioticaresistentie? Zo ja, naar welke innovaties, nieuwe middelen en alternatieven bent u dan aanvullend op zoek?

Antwoord:

Op dit moment zijn er niet veel effectieve alternatieven voor antibiotica. Er zijn natuurlijk wel antibiotica die als laatste optie ingezet worden, mochten andere antibiotica niet bij de patiënt aanslaan.

Ik zie graag dat er meer alternatieven ontwikkeld worden. Om deze reden subsidieer ik ook onderzoek hiernaar. Zowel nationaal, via ondermeer het NACTAR en NADP programma, als internationaal via bijvoorbeeld een bijdrage aan het GARDP programma.

Om u een inzicht te geven naar welke innovaties, nieuwe middelen en alternatieven we op zoek zijn geef ik kort aan wat voor een onderzoek binnen NACTAR plaats vindt.

Binnen NACTAR richten de onderzoeksprojecten zich vanuit diverse invalshoeken op nieuwe antibiotica. Eén van de projecten moet bijvoorbeeld antwoord geven op de vraag hoe je menselijke afweercellen kunt «resetten» als die door resistente bacteriën zijn aangetast. In een ander project ontwikkelen wetenschappers eiwitten die resistente bacteriën vatbaar moeten maken voor antibiotica die tot nu toe alleen werkten bij andere bacteriegroepen. Daarnaast richten enkele gehonoreerde projecten zich op het doorontwikkelen van veelbelovende stoffen die effectief lijken tegen resistente micro-organismen, en een alternatief kunnen zijn voor de huidige antibiotica.

Verder ben ik voornemens op volgend jaar een (ministeriele) conferentie te organiseren met de WHO. Dit is een vervolg op de Ministeriele AMR conferentie die mijn voorganger in 2014 met de WHO heeft georganiseerd. Uit de 2014 conferentie is het WHO Mondiale AMR Actieplan voortgekomen. De conferentie in 2019 heeft als doel om stil te staan bij de bereikte resultaten en de vraag waar we acties moeten intensiveren en versnellen

Vraag 283

Kunt u een uitsplitsing maken van de besteding van de middelen die in het regeerakkoord voor de jaren 2018 tot en met 2021 zijn gereserveerd voor preventie en ondersteuning bij onbedoelde zwangerschappen (totaal € 53 miljoen)? Kunt u hierbij aangeven welk deel van deze middelen bestemd is voor Kansrijke Start?

Antwoord:

Hieronder is de uitsplitsing in een tabel weergegeven. Daarbij zijn de volgende opmerkingen te maken. Zoals in de brief preventie en ondersteuning onbedoelde (tiener) zwangerschappen van 11 september jl. is aangegeven, zullen partijen nog een plan maken voor onderwijs (zie punt 1 in de tabel) (TK 32 279, nr. 123). Dit leveren zij in december 2018 op. Aan de hand van dit plan kan worden gezien welke middelen daadwerkelijk en voor welke specifieke maatregelen deze middelen kunnen worden ingezet in het onderwijs. De bedragen die nu worden genoemd, zijn daarom slechts een indicatie.

Voor punt 3 uit de tabel (de ondersteuning van onbedoelde zwangerschap) zijn bedragen gereserveerd die ook nog nader moeten worden bepaald. De keuzehulpgesprekken worden – zoals ik u per brief op 11 september jongstleden heb geïnformeerd – via een open house financiering bekostigd. Dit betekent dat ik pas na 1 januari 2019 weet hoeveel partijen zich zullen inschrijven voor de open house en welke financieringsconsequenties dit met zich mee brengt.

Dit geldt ook voor de 24 uren bereikbaarheid en de ontwikkeling van de ontwikkeling trajectmatige online en blended (combinatie face to face en online) ondersteuning. Hoogstwaarschijnlijk zullen deze twee laatste activiteiten moeten worden aanbesteed en zal – aan de hand van de offertes die ontvangen worden van partijen – kunnen worden bepaald hoe hoog de bedragen voor deze posten zullen zijn.

De bedragen voor het programma Nu Niet Zwanger en voor de beleidsop-timalisatie jong en kwetsbaar ouderschap zijn onderdeel van het programma Kansrijke Start.

De bedragen die zijn gereserveerd voor het programma Nu Niet Zwanger zijn lager dan vanuit het programma Kansrijke start wordt gecommuni-ceerd. Dit komt omdat niet alle bedragen voor het programma Nu Niet Zwanger uit de RA middelen van onbedoelde zwangerschappen worden betaald; dit antwoord is beperkt tot de middelen uit het Regeerakkoord voor preventie en ondersteuning van onbedoeld zwangere vrouwen. Tot slot telt de tabel niet op tot de € 53 miljoen die beschikbaar is. Dit komt omdat in 2018 een kasschuif van € 10 miljoen heeft plaatsgevonden en deze is verspreid over de jaren tot aan 2023. Dit betekent dat de € 53 over meer jaren is verspreid dan de huidige kabinetsperiode.

Zevenpuntenplan	Actie	2018	2019	2020	2021
Collectieve preventie	Publiekscampagne	0,5	1	1	–
	Plan onderwijs	–	6,8	6,8	3
	Coördinatie masterplan onderwijs	0,06	–	–	–
	Voor seksuele gezondheid Gezonde school	0,03	–	–	–
Groepen met hoog risico	ZonMw programma hoogrisicogroepen + punt 7 kennisinfrastructuur	0,1	3,5	3,5	3,5
Ondersteuning onbedoelde zwangerschap	Ontwikkeling trajectmatige online en blended ondersteuning		0,3	0,15	0,075
	24 uren bereikbaarheid	0,1	0,1	0,1	0,115
	Keuzehulp gesprekken andere organisaties	0,37	1,9	1,9	1,9
Anticonceptie-counseling voor hoogrisicogroepen	Extra gelden Nu Niet Zwanger voor landelijke uitrol	0,9	0,5	0,5	1
(Herhaalde) abortus	Reeds lopende gelden Nu Niet Zwanger	1	1	1	
	Samenwerking huisartsen/ abortusartsen	0,2	0,2	–	–
Jong en kwetsbaar ouderschap	Beleidsoptimalisatie bij Jong en Kwetsbaar ouderschap via ZonMw	0	1,5	1,5	1,5
Kennisprogramma ZonMw	Stimulering kennisinfrastructuur over bereik professionals en burgers via ZonMw	Zie punt 2	Zie punt 2	Zie punt 2	Zie punt 2
	Conferentie half 2019 en eind kabinet	0,05			0,05
Monitoring	Monitoring	–	0,1	0,1	0,1
	Caribisch Nederland	0,5	0,5	0,5	0,5
Totaal kosten		3,8	17,2	17,1	10,3

Vraag 284

Hoe is de verdeling tussen de subsidie van FIOM en Siriz tot stand gekomen?

Antwoord:

Ik ga er vanuit dat u hiermee doelt op de subsidies aan Fiom en Siriz voor preventie en ondersteuning onbedoelde zwangerschappen. Dit heeft een lange geschiedenis.

In 2013 is FIOM – als gevolg van een discussie over staatssteun die ontstond doordat taken werden gedecentraliseerd (Wmo, Jeugdwet) – gekort op het onderdeel keuzehulpgesprekken. Om die reden is de subsidie van Fiom in 2012 afgebouwd van € 4,5 miljoen naar € 2,3 miljoen in het jaar 2013. In die afbouw zat de opdracht om uitvoeringsorganisatie FIOM geheel om te vormen naar het nationale kenniscentrum voor onbedoelde zwangerschappen en afstammingsvragen. Dat heeft FIOM ook gedaan.

Eind 2013 diende SGP een amendement in voor het begrotingsjaar 2014 dat was bedoeld voor voorlichting, keuzehulp en opvang door Siriz voor € 1,5 miljoen per jaar. Dit amendement is gesteund door de Kamer. Groenlinks diende daarop voor het jaar 2014 een amendement in voor € 1 miljoen voor FIOM voor dezelfde taken. Ook dat amendement is aangenomen. Dit laatste amendement is om reden van staatssteun omgezet van instellingsnaam (FIOM) naar onderwerp (preventie). Fiom en Rutgers hebben toen beide € 0,5 miljoen gekregen en zetten de subsidie in voor respectievelijk «kennis en begeleiding professionals» en «kennisontwikkeling Nu Niet Zwanger».

In de jaren 2014–2017 ontving Siriz opnieuw € 1,5 miljoen per jaar, met de opdracht de besteding van deze middelen staatssteunproof te maken en bleven Fiom en Rutgers voor de hiervoor genoemde taken ieder € 0,5 miljoen per jaar ontvangen.

Eind 2016 gaf de Tweede Kamer aan gegarandeerd te willen zijn van een landelijk dekkend en neutraal aanbod van keuzehulpgesprekken. Daartoe diende Groenlinks in juni 2017 een motie in. Deze motie is aangenomen en voor dit landelijk dekkend neutraal aanbod van keuzehulpgesprekken ontvangt GGD GHOR Nederland € 337.000 in 2018, 2019 en 2020.

De inzet van de Staatssecretaris is dat vanaf 2019 de middelen uit deze amendementen niet meer een op een gekoppeld zijn aan deze organisatie en worden meegenomen in het brede plan van aanpak preventie en ondersteuning onbedoelde (tiener) zwangerschappen. Daartoe heeft de Staatssecretaris u op 11 september jongstleden geïnformeerd.

Vraag 285

Is er controle geweest op hoe het Fiom en Siriz functioneren? Zo neen, waarom niet?

Antwoord:

Fiom en Siriz brengen ieder jaar, conform de wettelijke vereisten, een jaarverslag uit. Daarin leggen ze transparant verantwoording af over hun profiel, werkzaamheden en resultaten. Deze verantwoording is voor VWS nodig om de subsidie vast te stellen. In de komende jaren gaan we met een nieuwe aanpak aan de slag om zo een goede uitvoering te geven aan de afspraken uit het regeerakkoord om onbedoelde zwangerschappen te voorkomen en goede hulp en begeleiding te bieden als er wel sprake is van een zwangerschap. Voor mij is het daarbij belangrijk dat alle keuzehulpgesprekken voldoen aan dezelfde kwaliteitsstandaarden. Die onafhankelijke kwaliteitseisen gaan we de komende periode vastleggen, zodat voor alle partijen helder is waaraan ze moeten voldoen om financiering te kunnen krijgen. Daarvoor wordt door het Ministerie van VWS gewerkt aan een open house constructie. Via deze constructie kunnen partijen die voldoen aan de kwaliteitscriteria zich inschrijven en een meerjarig contract sluiten met de overheid. Dit betekent dat vanaf 2019 partijen aan deze criteria moeten voldoen. Daarbij hoort wat mij betreft ook dat het belangrijk is dat er een divers aanbod is en dat voor mensen die gebruik maken van keuzehulp helder is vanuit welke missie en met welke doelstellingen een organisatie werkt.

Vraag 286

Is er controle geweest op de medische informatie die door Siriz is verstrekt?

Antwoord:

Zie mijn antwoord op vraag 285.

Vraag 287

Kunt u aangeven hoeveel donorkinderen, geboren voor de wetwijziging in 2004, er in Nederland zijn en wat het zou kosten om de inschrijving in de Fiom KID (Kunstmatige Inseminatie met Donorzaad) – DNA Databank voor deze kinderen te vergoeden?

Antwoord:

In het rapport van de evaluatie van de Embryowet en de Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting uit 2012 is (TK 30 486, nr. 4) aangegeven dat in Nederland naar schatting 40.000 kinderen door kunstmatige inseminatie met behulp van een donor zijn verwekt voor 2004. De kosten van de inschrijving in de Fiom KID-DNA databank zijn voor een donorkind € 250. Dit betekent dat de totale kosten kunnen oplopen tot € 10 miljoen.

Vraag 288

In hoeverre gaat er komend jaar geld naar onderzoek dat de effectiviteit van interventies op het gebied van leefstijl bekijkt?

Antwoord:

Zie hiervoor mijn antwoord op vraag 289.

Vraag 289

Kan een overzicht worden gegeven van de onderzoeken die momenteel lopen naar effectieve preventieve interventies? Welke onderzoeken zullen in 2019 starten?

Antwoord:

In het regeerakkoord zijn er middelen gereserveerd om de effectiviteit van interventies te onderzoeken. Over de inzet van deze middelen is uw Kamer geïnformeerd met de «Incidentele suppletoire begroting inzake beleidsintensivering regeerakkoord» (TK 34 888, nr.2). In de beantwoording van de vragen over deze begroting is nader ingegaan op de onderzoeken naar effectiviteit (vraag en antwoord nummer 8, TK 34 888, nr.3). Over de middelen voor 2019 en verder heeft besluitvorming plaats gevonden binnen het kabinet. Uw Kamer is hierover op 08 oktober geïnformeerd via een nota van wijziging op de VWS ontwerp-begroting 2019 (TK 35 000, nr.10). Over de inhoudelijke activiteiten wordt u dit najaar geïnformeerd zodra de gesprekken met deelnemende partijen in het Preventieakkoord afgerond zijn.

Vraag 290

Hoe verhoudt de focus op jongeren en jonge vrouwen zich tot de aandacht voor de andere vier hoogrisicogroepen bij de depressiepreventie?

Antwoord:

De ambitie van het Meerjaren Programma Depressiepreventie (MJP) is het terugdringen van depressie met 30% in jaar 2030. Daartoe richt het programma zich op hoogrisicogroepen voor depressie en wordt ingezet op het ontwikkelen van een sluitende keten voor een preventieaanpak per doelgroep. Elementen van de ketenaanpak zijn: bewustwording, vroegsignalering, toeleiding naar preventieve interventies en doorbraakprojecten. Binnen het MJP is daarbij in principe gelijke aandacht voor ieder van de zes groepen.

In 2017 is ook gestart met een mediacampagne over depressie: om het onderwerp te agenderen, de kennis te vergroten en het taboe rondom depressie te doorbreken. Opzet is dat de campagne de hele Nederlandse bevolking bereikt. Ieder jaar staat een andere hoogrisicogroep centraal. In 2017 en 2018 zijn dat jongeren en jonge vrouwen omdat zij procentueel gezien het vaakst met een depressie kampen. In 2018 is ook specifiek aandacht voor vrouwen met een post partum depressie. De invulling van de mediacampagne voor 2019 is nog niet bepaald.

Vraag 291

Hoeveel geld is er in 2019 beschikbaar voor depressiepreventie en hoe is dat bedrag opgebouwd?

Antwoord:

Voor het Meerjarenprogramma Depressie Preventie (MJP), dat loopt tot 2021, is een bedrag gereserveerd van € 750.00 per jaar. Dit bedrag is bestemd voor het ontwikkelen van ketenaanpak voor de zes hoogrisicogroepen voor depressie. De Stuurgroep van het MJP, onder leiding van

een onafhankelijk voorzitter, zorgt daarbij voor de planning en afstemming.

Voor 2019 zal dit bedrag worden besteed aan de start of verdere uitwerking van de ketenaanpak voor de doelgroepen jongeren, huisartsen-patiënten, jonge werkende vrouwen en post partum depressiepreventie. Daarnaast wordt geld bestemd voor de ontwikkeling en uitvoering van een monitorsysteem depressiepreventie.

Vraag 292

In hoeverre worden momenteel kennis en onderzoeksresultaten uitgewisseld met andere landen met als doel een nieuwe richtlijn te ontwikkelen voor een effectieve behandeling van de Lymeziekte?

Antwoord:

Het verspreidingsgebied van de teken, en dus lymeziekte, bevindt zich vooral in Europa en in Noord-Amerika. De teken komen doorgaans ook niet voor boven 1.000 meter. In Afrika en Azië komt lymeziekte alleen voor in de noordelijke gebieden. Kennis en onderzoeksresultaten worden dus uitgewisseld met landen binnen Europa en Amerika.

In Nederland volgen artsen en andere zorgverleners de zogenaamde CBO-richtlijn voor Lyme. Deze richtlijn is opgesteld door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO). Bij het opstellen van de richtlijn is het advies van de Gezondheidsraad over Lyme betrokken. De richtlijn is opgesteld door een breed samengestelde werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van verschillende beroepsgroepen, waaronder internisten, revalidatieartsen, dermatologen, kinderartsen, klinisch chemici, medisch microbiologen, neurologen, reumatologen, psychiaters, spoedeisende hulpartsen, etc. In de richtlijn is alles wat zij weten over de ziekte van Lyme verzameld om artsen te helpen hun patiënten zo goed mogelijk te behandelen.

Vanzelfsprekend worden onderzoeksresultaten gebruikt om de behandeling van Lymeziekte te verbeteren en indien nodig kan dit leiden tot een aangepaste richtlijn.

Vraag 293

Wat gaat de regering concreet doen om de 1,5 miljoen mensen die een chronische ziekten hebben gerelateerd aan voeding (hart- en vaatziekten, chronische nierschade, diabetes type 2) terug te dringen?

Antwoord:

Via preventiebeleid, en meer specifiek beleid gericht op het makkelijker maken van de gezonde voedingskeuze, moet het aantal mensen met dergelijke aandoeningen niet verder stijgen, en bij voorkeur dalen. In het preventieakkoord dat eind oktober wordt ondertekend, zullen maatregelen op dit vlak staan. Deze zijn aanvullend op wat al wordt gedaan om mensen voor te lichten en te helpen bij het maken van de gezonde keuze en om het productaanbod gezonder te maken.

Vraag 294

Hoe is men tot het gereserveerde bedrag van € 5 miljoen euro voor de schikkingen inzake Mexicaanse griep gekomen?

Antwoord:

De reservering van 5 miljoen euro is gebaseerd op een eerste globale inschatting van het bedrag dat mogelijk gemoeid zou kunnen zijn met schikkingen. Het overleg met de betrokkenen en hun juridisch adviseurs bevindt zich echter, mede gelet op de omstandigheid dat nog verschillende deskundigen dienen te worden geraadpleegd, nog niet in een

stadium waarin al een goed onderbouwde indicatie van het totaalbedrag kan worden gegeven.

Vraag 295

Hoeveel mensen zijn gediagnosticeerd met narcolepsie na vaccinatie tegen Mexicaanse griep?

Antwoord:

Het totaal aantal mensen met diagnose narcolepsie na vaccinatie tegen Mexicaanse griep is onbekend. Het ministerie is met circa 10 personen in gesprek over een mogelijke schikking.

Vraag 296

Wat is de verklaring voor de teruglopende vaccinatiegraad? Heeft deze teruglopende vaccinatiegraad consequenties voor de griepvaccinatie?

Antwoord:

Er is geen eenduidige verklaring voor de dalende vaccinatiegraad. De verschillende studies die de afgelopen jaren zijn uitgevoerd laten een breed palet aan motieven zien om al dan niet te deel te nemen aan de griepvaccinatie. Naast de maatregelen die al worden genomen om het belang van de griepvaccinatie onder de aandacht te brengen, is blijvende monitoring belangrijk met het oog op eventuele consequenties. In de brief die ik naar aanleiding van de dalende vaccinatiegraad naar uw Kamer zal sturen, wordt ook aandacht besteed aan de griepvaccinatie.

Vraag 297

Wat betekent de daling van de vaccinatiegraad voor het beleid ten aanzien van de griepvaccinatie?

Antwoord:

Deelname aan de griepvaccinatie is, net als het Rijksvaccinatieprogramma, vrijwillig. Het is belangrijk om te kijken of er belemmeringen zijn om het griepvaccin te halen of misvattingen die van invloed zijn op de keuze voor vaccinatie. Zoals ook is vermeld in de Kamerbrief ten aanzien van de griepvaccinatie die onlangs aan u is gestuurd op 10 oktober 2018, zal ik samen met betrokken partijen inzetten op het genereren van meer aandacht voor het belang van de griepvaccinatie. Zie ook mijn antwoord op vraag 259.

Vraag 298

Welk gezondheidseffect heeft de dalende vaccinatiegraad?

Antwoord:

De griepvaccinatie is op dit moment de beste bescherming tegen complicaties van griep voor mensen uit de hoogrisicogroepen, zoals ouderen en mensen met hart- en longaandoeningen. Als de vaccinatiegraad afneemt, is de verwachting dat het aantal complicaties zal toenemen. Dit leidt onder andere tot meer ziekenhuisopnamen, blijvend verminderde gezondheid en kan zelfs leiden tot sterfte.

Vraag 299

Waarom zijn er nog geen cijfers over deelname aan het Nationaal Programma Grieppreventie in 2017?

Antwoord:

De cijfers over deelname aan het Nationaal Programma Grieppreventie in 2017 zijn pas onlangs bekend geworden. Uit de «Monitor vaccinatiegraad Nationaal Programma Grieppreventie 2017» die samen met het BAO advies op 10 oktober 2018 naar uw Kamer is verzonden, blijkt dat de

griepvaccinatiegraad 53,6% bedraagt onder mensen van 60 jaar en ouder. In de groep 60–64 jarigen was de vaccinatiegraad lager (34,4%) dan in de groep van 65 jaar en ouder (60,4%).

Vraag 300

Welk vaccin krijgen mensen bij deelname aan het Nationaal Programma Grieppreventie toegediend? In omringende landen (onder andere Groot Brittannië, Duitsland, Denemarken) zijn ze overgestapt op het quadrivalent vaccin; is dit in Nederland ook het geval?

Antwoord:

Voor het komende seizoen 2018/2019 zal vaccinatie plaatsvinden met trivalente vaccins. Deze worden volgende maand geleverd aan huisartsen. Vanaf 2019/2020 zal het quadrivalente vaccin worden aangeboden, zoals ik in mijn brief van 10 oktober 2018 heb aangegeven.

Vraag 301

Welke acties worden ondernomen om de sinds 2005 continue daling van het percentage deelname aan het Rijksvaccinatieprogramma te keren?

Antwoord:

Voor de acties die ik reeds ondernomen heb verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 251.

Daarnaast zal ik, zoals ook toegezegd in mijn brief van 26 juni jl. (TK 32 793, nr. 315) uw Kamer in het najaar informeren over de extra maatregelen die ik zal nemen gericht op het verbeteren van de vaccinatiegraad.

Vraag 302

Welke acties worden ondernomen om de sinds 2005 ingetreden daling van het percentage deelname aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker te keren?

Antwoord:

Inzet bij het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker is om vrouwen op basis van goede informatie zelf te laten besluiten of zij wel of niet willen deelnemen aan het bevolkingsonderzoek. Daarbij is een goede toegankelijkheid en kwaliteit van het bevolkingsonderzoek en goede informatie over het bevolkingsonderzoek van belang. Een dezer dagen ontvangt u de Monitor 2017 Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. De aanbiedingsbrief zal ook ingaan op de positionering van de zelfafnameset. De zelfafnameset kan een bijdrage leveren aan het vergroten van de toegankelijkheid van het bevolkingsonderzoek. In 2019 wordt ook een deelnemersonderzoek uitgevoerd waarbij mogelijke belemmeringen voor vrouwen om deel te nemen in beeld worden gebracht. Het goed informeren van vrouwen en hun ondersteunen bij het maken van een goed afgewogen keuze om al dan niet deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek is een continue aandachtspunt van het Centrum voor Bevolkingsonderzoek van het RIVM.

Vraag 303

Welke acties worden ondernomen om de sinds 2005 ingetreden daling van het percentage deelname aan de hielprik te keren?

Antwoord:

Het Centrum voor Bevolkingsonderzoek van het RIVM volgt de ontwikkelingen in de deelname van de hielprik nauw. Uit de monitor over 2016 blijkt dat de deelname in dat jaar 99,2% was. De afgelopen jaren is een lichte daling te zien in de deelname, die deels verklaard wordt doordat de wijze waarop (bezwaar tegen) de deelname aan de hielprik wordt

geregistreerd in de loop der jaren is aangepast. Het RIVM verkent in 2019 wat de mogelijke beweegredenen zijn om al dan niet mee te doen aan de hielprik.

Vraag 304

Kan in een meerjarig overzicht voor de jaren 2018 tot en met 2023 worden weergegeven hoeveel er jaarlijks beschikbaar is voor de uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma, hoeveel daarin voor welke vaccinaties is geraamd en wat de eventuele budgettaire ruimte nog is?

Antwoord:

Voor het meerjarig overzicht verwijs ik u naar het antwoord op vraag 258.

Ik kan u geen specificatie van de kosten per vaccinatie geven omdat de prijzen van de vaccins op basis van de aanbestedingsovereenkomsten vertrouwelijk zijn. Verder is een groot deel van de kosten van het RIVM niet te herleiden naar de specifieke vaccinatie.

Vraag 305

Zijn de voor het Rijksvaccinatieprogramma beschikbare middelen voldoende om de vaccinatiegraad op het vereiste niveau te krijgen inclusief een wenselijke uitbreiding van vaccinaties onder de risicogroep ouderen?

Antwoord:

Er is binnen het Rijksvaccinatieprogramma en het Nationaal Programma Grieppreventie voldoende budget voor het aankopen en toedienen van vaccins en voor communicatie en voorlichting over de vaccinatie. Overigens is een hoge vaccinatiegraad een middel om effectieve bescherming tegen infectieziekten te bereiken, en geen doel op zich. Wanneer de Gezondheidsraad adviseert om nieuwe vaccins of nieuwe doelgroepen toe te voegen, vergt dit steeds een afweging over haalbaarheid, uitvoerbaarheid en betaalbaarheid. Daarom heb ik het RIVM nu voor pneumokokken gevraagd een uitvoeringstoets uit te voeren.

Vraag 306

Klopt het dat er geen middelen zijn gereserveerd voor een pneumokokkenvaccinatie voor ouderen?

Antwoord:

Het klopt dat er nog geen middelen zijn gereserveerd voor pneumokokkenvaccinatie voor ouderen. Zoals ik u in mijn brief over mijn beleidsreactie op de adviezen van de Gezondheidsraad en het Zorginstituut Nederland van 28 februari 2018 om ouderen te vaccineren tegen pneumokokken heb aangegeven, vind ik het net als bij kinderen belangrijk dat ook ouderen zo goed mogelijk beschermd worden tegen ernstige infectieziekten. Ik ben dan ook voornemens om het advies van de Gezondheidsraad om ouderen te vaccineren tegen pneumokokken over te nemen, mits dit uitvoerbaar en betaalbaar is.

Ik heb het RIVM gevraagd om een uitvoeringstoets uit te voeren inclusief een reële inschatting van de uitvoeringskosten. Het RIVM heeft aangegeven voor de uitvoeringstoets ongeveer zes maanden nodig te hebben. Ik verwacht u rond de zomer van 2019 nader te kunnen informeren.

Vraag 307

Wat zijn de budgettaire consequenties van het aanbieden van een pneumokokkenvaccinatie aan ouderen vanaf 60 jaar?

Antwoord:

Het is nog niet bekend wat de budgettaire consequenties zijn van het aanbieden van een pneumokokkenvaccinatie aan ouderen vanaf 60 jaar. Op dit moment zijn er onvoldoende gegevens over de kosten die gemoeid zijn met het programmatisch aanbieden van pneumokokkenvaccinatie voor ouderen. Daarom heb ik het RIVM gevraagd om in het kader van de uitvoeringstoets samen met de betrokken beroepsgroepen ook te werken aan een reële inschatting van de kosten, zodat meer inzicht wordt verkregen in de betaalbaarheid van deze vaccinatie.

Vraag 308

Zijn er middelen gereserveerd voor een pneumokokkenvaccinatie voor ouderen?

Antwoord:

Zie mijn antwoord op vraag 306.

Vraag 309

Hoeveel zou het kosten om een pneumokokkenvaccinatie aan te bieden aan ouderen vanaf 60 jaar?

Antwoord:

Zie mijn antwoord op vraag 307.

Vraag 310

Hoeveel ziekenhuizen in Nederland zijn bezig met het concentreren, sluiten of afstoten van afdelingen en/of specialismen? Welke ziekenhuizen zijn dit en welke afdelingen of specialismen betreft het?

Antwoord:

Ik heb hier geen volledig overzicht van. De organisatie van de zorg in de regio is primair de verantwoordelijkheid van de betrokken zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Ik heb hierover het afgelopen jaar diverse sets Kamervragen beantwoord, waarnaar ik voor nadere informatie verwijs.

Vraag 311

Hoeveel en welke ziekenhuisfusies hebben plaatsgevonden de afgelopen tien jaar?

Antwoord:

In het kader van het concentratietoezicht op grond van de Mededingingswet dienen voorgenomen fusies tussen ziekenhuizen, mits goedkeuring is verleend in het kader van de zorgspecifieke fusietoets, te worden gemeld bij de Autoriteit Consument en Markt (ACM). De ACM heeft mij laten weten dat zij in de periode tussen 2008 en 28 september 2018 voor 27 voorgenomen ziekenhuisfusies goedkeuring heeft verleend. Dit betreffen:

- Ziekenhuis Walcheren – Oosterscheldeziekenhuizen
- Lucas Ziekenhuis – Delfzicht Ziekenhuis
- Stichting Zorggroep Noorderbreedte – Stichting Ziekenhuis De Tjongerschans
- Coöperatie Vlietland – Vlietland Ziekenhuis
- Orbis Medisch Centrum – Medisch Centrum Atrium
- Stichting Tweesteden Ziekenhuis – Stichting St. Elisabeth Ziekenhuis
- St. Lucas Andreas – OLVG
- Stichting Spaarne ziekenhuis – Stichting Kennemer Gasthuis
- Vlietland ziekenhuis – St Fransiscus Gasthuis
- Ny Smellinghe – Sionsberg
- Zorggroep Leveste Middenveld – Ziekenhuis Refaja
- HagaZiekenhuis – Reinier de Graaf Groep

- Lievensberg Ziekenhuis – Franciscus Ziekenhuis
- Bronovo-Nebo – Medisch Centrum Haaglanden
- Sint Antonius Ziekenhuis – Zuwe Hofpoort Ziekenhuis
- Kwadrant – Zorggroep Antonius – Nij Smellinghe/Pasana
- Rijnland Zorggroep – Diaconessenhuis Leiden
- Stichting Holding Isala Klinieken – Stichting Zorgcombinatie Noorderboog
- Reinier Haga Groep – Lange Land Ziekenhuis
- Universitair Medisch Centrum Groningen – De Ommelander Ziekenhuis Groep
- Westfriesgasthuis – Waterland Ziekenhuis
- Slingelandziekenhuis – Beatrixziekenhuis
- AMC – VUmc
- Erasmus MC – ADRZ
- Stichting Antonius Ziekenhuis – Maartenskliniek Woerden
- Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische ziekten – Stichting Sint Franciscus Vlietland Groep
- Stichting Ilsselland Ziekenhuis – Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische ziekten.

Vraag 312

Wat zijn de meest recente cijfers over babysterfte in Nederland?

Antwoord:

De meest recente cijfers zijn van 2016. Van de kinderen zijn er in 2016 7,3 ‰ overleden in de periode zwangerschap-vanaf-22-weeken tot en met 28 dagen na de geboorte. In 2015: 7,8 ‰, in 2010: 9,0 ‰ en 2000: 11,9 ‰. Vanaf 2000 is er een duidelijke afname te zien van de perinatale sterfte.

Vraag 313

Zijn er ten opzichte van andere jaren wijzigingen in de aanrijtijd van ambulances bij acute problematiek of bij zwangerschap bij vrouwen?

Antwoord:

De ambulancesector publiceert jaarlijks kenmerkende feiten van de ambulancezorg in Nederland in het Sectorkompas en het Tabellenboek Ambulancezorg. Uit het Tabellenboek 2017 blijkt dat van alle A1-inzetten (ingezet bij acute problematiek) die in 2017 zijn uitgevoerd, de ambulance bij 92,4% van de inzetten binnen vijftien minuten na aanname van de melding bij de patiënt aanwezig was. In 2016, 2015 en 2014 was dat bij 93,4% van de A1-inzetten. De aanrijtijden van ambulances met zwangere patiënten worden niet afzonderlijk geregistreerd. Daarover kan ik u dus niets melden.

Vraag 314

Hoeveel afdelingen Klinische Verloskunde zijn de afgelopen tien jaar gesloten en welke ziekenhuizen betrof dit?

Antwoord:

Zie mijn antwoord op vraag 23.

Vraag 315

Hoeveel SEH's zijn de afgelopen tien jaar gesloten en welke ziekenhuizen betrof dit?

Antwoord:

De bereikbaarheid en beschikbaarheid van de afdelingen voor spoedeisende hulp (SEH's) wordt jaarlijks door het RIVM in kaart gebracht in de zogenaamde «analyses gevoelige ziekenhuizen».

De analyse uit 2017 laat de aantallen vanaf 2003 zien. Daarin is opgenomen dat het aantal SEH's dat 24/7 open is, is afgenomen van 104 in 2008 naar 89 in april 2017 (TK 2017–2018, 29 247, nr. 246). In 2018 is het aantal 24/7 SEH's afgenomen naar 86 (peildatum april 2018; bijlage bij TK 2017–2018, 29 247, nr. 260).

In de analyses van 2015, 2016, 2017 en 2018 is opgenomen welke locaties zijn gesloten.

In de analyse uit 2015 staat dat er sinds de analyse van 2013 drie SEH's zijn gesloten: in Delfzijl, Spijkenisse en Rotterdam (locatie Sophia) (bijlage bij TK 2014–2015, 29 247, nr. 211). De analyse uit 2016 geeft aan dat er in 2015 nog één afdeling voor Spoedeisende Hulp (SEH) is gesloten: in Den Haag is de spoedeisende hulp van het HagaZiekenhuis geconcentreerd op de locatie Leyweg, de SEH op de locatie Sportlaan is gesloten (bijlage bij TK 2015–2016, 34 300 XVI, nr. 158). Uit de analyse uit 2017 blijkt dat inmiddels de SEH van het Franciscus Gasthuis en Vlietland, locatie Schiedam, is overgegaan van 24/7-uurs openingstijden naar dag/avond-openstelling (TK 2017–2018, 29 247, nr. 246). In de analyse van 2018 staat dat sinds de analyse van 2017 de SEH's van het HMC Antoniushove in Leidschendam, van het St. Antonius ziekenhuis in Woerden en van de Ziekenhuis Groep Twente in Hengelo (waren in 2017 alle fulltime open), en van het Albert Schweitzer Ziekenhuis in Zwijndrecht en het Havenziekenhuis in Rotterdam (in 2017 parttime open) zijn gesloten (bijlage bij TK 2017–2018, 29 247, nr. 260).

Vraag 316

Hoeveel huisartsenposten zijn de afgelopen tien jaar gesloten en welke ziekenhuizen betrof dit?

Antwoord:

Ik heb hier geen volledig overzicht van. De organisatie van de zorg in de regio is primair de verantwoordelijkheid van de betrokken zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

De huisartsenposten hebben in hun «raamwerk kwaliteitsbeleid» vastgelegd dat minimaal 90% van de inwoners van het werkgebied van de huisartsenpost binnen 30 minuten per auto bij de huisartsenpost moet kunnen zijn.

Indien door een mogelijke sluiting of verhuizing niet meer aan de 30 minuten norm voor huisartsenposten voldaan wordt, is het aan de betrokken zorgaanbieders en de zorgverzekeraar in de regio om afspraken te maken om ervoor te zorgen dat er voldoende aanbod van basis acute zorg beschikbaar blijft.

Van de inwoners in Nederland kan 99,9% binnen de norm van 30 minuten bij de dichtstbijzijnde HAP zijn. (<https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/acute-zorg/regionaal-internationaal/hap#node-reistijd-minuten-naar-dichtstbijzijnde-huisartsenpost>).

Vraag 317

Hoeveel Intensive Care afdelingen (IC's) zijn de afgelopen tien jaar gesloten en welke ziekenhuizen betrof dit?

Antwoord:

Ik heb hier geen volledig overzicht van. De organisatie van de zorg in de regio is primair de verantwoordelijkheid van de betrokken zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Vraag 318

Hoeveel Verloskundig Samenwerkingsverbanden (VSV's) werken er momenteel met een integrale bekostiging?

Antwoord:

Er zijn op dit moment 6 integrale geboortezorg organisaties die gebruik maken van integrale bekostiging.

Vraag 319

Hoeveel vrouwen kiezen voor een geboorte in het ziekenhuis om geen eigen bijdrage hoeven te betalen?

Antwoord:

Indien er een medische indicatie is, betaalt een zwangere bij een bevalling in het ziekenhuis geen eigen bijdrage. Dit is immers niet de keuze van de zwangere.

Vraag 320

Wat zijn de totale kosten van pretpoli's en hoeveel kan worden bespaard wanneer deze zorg wordt verplaatst naar de eerste lijn?

Antwoord:

Er zijn geen aparte DBC's voor zorg van «pretpoli's». Inzicht in aard en omvang van de geleverde zorg door «pretpoli's» ontbreekt derhalve en daarmee is ook niet inzichtelijk te maken in hoeverre er bespaard kan worden door deze zorg te verplaatsen naar de eerste lijn.

Vraag 321

Is het aantal spoedeisende hulpposten in 2018 gewijzigd ten opzichte van 2017? Zo ja, wat is het verschil?

Antwoord:

Op 28 juni jl. heeft u de laatste analyse gevoelige ziekenhuizen van het RIVM ontvangen (bijlage bij TK 2017–2018, 29 247, nr. 260). In die analyse is een vergelijking gemaakt tussen het aantal SEH's in april 2018 in vergelijking tot april 2017. Het RIVM concludeert in dit rapport dat er in april 2018 in totaal 89 SEH's in Nederland waren. Hiervan zijn er 86 24/7 geopend, 3 zijn alleen overdag en eventueel ook 's avonds open. Ten opzichte van april 2017 zijn er 5 SEH's minder: de SEH's van het HMC Antoniushove in Leidschendam, van het St. Antonius ziekenhuis in Woerden en van de Ziekenhuis Groep Twente in Hengelo (waren in 2017 alle fulltime open), en van het Albert Schweitzer Ziekenhuis in Zwijndrecht en het Havenziekenhuis in Rotterdam (in 2017 parttime open) zijn inmiddels gesloten.

Vraag 322

Hoeveel patiëntenstops hebben welke ziekenhuizen dit jaar afgekondigd? Kan per patiëntenstop hiervoor de reden worden genoemd?

Antwoord:

Ik beschik niet over informatie met betrekking tot het aantal patiëntenstops dat wordt ingesteld. In het geval van een patiëntenstop moet een verzekeraar vanwege de zorgplicht of bijcontracteren bij de betreffende zorgaanbieder of zorgen voor voldoende aanbod bij andere zorgaanbieders in de regio. De NZa ziet toe op naleving van de zorgplicht.

Vraag 323

Hoe hoog is de overhead in de ziekenhuissector en hoeveel kan hierop bezuinigd worden?

Antwoord:

Voor de hoogte van de overhead verwijst ik u naar de antwoorden op de vragen 162 en 791 bij de VWS begroting 2017 (TK 34 550 XVI, nr. 11). Ik heb geen informatie over mogelijke bezuinigingen op overheadkosten. Dat is aan de ziekenhuizen zelf.

Vraag 324

Hoe hoog is de bureaucratie in de ziekenhuissector en hoeveel kan hierop bezuinigd worden?

Antwoord:

Dit is niet bekend. Er bestaat geen eenduidige definitie of meting van de omvang van de bureaucratie in Nederland. De insteek van het verminderen van administratieve lasten in de zorg is het realiseren van meer tijd voor zorg en het vergroten van het werkplezier van de professional, waarmee ook wordt getracht het werken in de zorg aantrekkelijker te maken. Er is geen kwantitatieve doelstelling voor het verminderen van de bureaucratie in de ziekenhuissector, het gaat er om dat het merkbaar minder wordt voor de zorgverlener.

Vraag 325

Hoe hoog is de verspilling in de ziekenhuissector en hoeveel kan hierop bezuinigd worden?

Antwoord:

Voor dit antwoord op deze vraag verwijst ik u naar mijn brief van 29 november 2016 (TK 33 654, nr. 22) over de duiding van de effectiviteit van de ingezette financiële middelen van het programma Aanpak verspilling in de zorg, alsmede inzicht in de besparingsagenda.

Vraag 326

Wat is de ontwikkeling van het aantal patiënten dat in het ziekenhuis wordt behandeld voor de jaren van 2006 tot en met 2018?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 327.

Vraag 327

Wat is de ontwikkeling van de gemiddelde kosten per behandelde patiënt in ziekenhuizen voor de jaren van 2006 tot en met 2018?

Antwoord:

Omdat er geen registratie plaatsvindt van kosten per behandelde patiënt, is de vraag alleen bij benadering te beantwoorden.

De Zvw-uitgaven voor tweedelijnszorg stegen in de periode 2006 – 2017 van € 15,3 miljard naar € 22,9 miljard. Laatstgenoemd bedrag is exclusief de uitgaven voor geriatrische revalidatiezorg die vanaf 2013 onder de Zvw vallen, maar inclusief de uitgaven aan overige curatieve zorg (o.a. eerstelijnsdiagnostiek, trombosediensten).

Om een inschatting te maken van het aantal behandelde patiënten, is het percentage van het aantal verzekerden dat gebruik maakt van tweedelijnszorg (bron: www.10jaarzvw.nl en Zorginstituut Nederland) afgezet tegen het aantal verzekerden (volgens opgave van het Zorginstituut Nederland).

Op basis van deze gegevens kan de volgende ontwikkeling worden geschetst:

Jaar	Aantal verzekerden	Percentage van aantal verzekerden dat gebruik maakt van MSZ-zorg	Uitgaven tweedelijnszorg x € 1 miljoen	Uitgaven tweedelijnszorg per patiënt x € 1
A	B	C	D	E=D/(B*C) x 1 miljoen
2006	16.232.048	49,5%	15.311,3	1.906
2007	16.320.748	53,5%	15.376,7	1.761
2008	16.371.627	57,0%	16.820,4	1.802
2009	16.444.969	57,9%	18.240,0	1.916
2010	16.519.089	58,5%	19.252,6	1.992
2011	16.615.239	59,5%	19.314,1	1.954
2012	16.694.574	59,1%	20.728,9	2.101
2013	16.751.863	57,7%	21.852,4	2.261
2014	16.793.515	57,8%	21.800,6	2.246
2015	16.855.609	57,5%	21.201,2	2.197
2016	16.936.959	59,0%	22.747,4	2.272
2017	17.038.598		23.192,6	
2018	17.119.169		23.865,1	

Vraag 328

Hoeveel eerstelijns hulpverblijven zijn er afgelopen jaren bijgekomen, wat waren de kosten hiervan en hoeveel mensen hebben hier gebruik van gemaakt?

Antwoord:

In 2015 en 2016 konden zorgaanbieders eerstelijnsverblijf (ELV) aanbieden onder de Wlz-subsidieregeling ELV, vanaf 2017 is de zorgvorm eerstelijnsverblijf onderdeel van de Zorgverzekeringswet. De ontwikkeling in aantal aanbieders, patiënten en uitgaven is samengevat in onderstaande tabel (bron: Vektis).

	2015	2016	2017
Aantal aanbieders	314 ¹	324 ¹	²
Aantal patiënten	20.790	27.014	32.455
Uitgaven	€ 183 miljoen	€ 244 miljoen	€ 257 miljoen

¹ Bron: CBS

² Er is nog geen betrouwbaar getal te noemen. Vanwege de overheveling naar de Zvw kunnen er AGB-nummers veranderen en daarmee kan er een vertekend beeld ontstaan. Het jaar 2017 is daarom ook niet direct te vergelijken met de jaren 2016 en 2015.

Vraag 329

Hoeveel bedragen de kosten per ziekenhuis voor de toename van het aantal ouderen die opgenomen werden in de ziekenhuizen?

Antwoord:

Ik heb geen overzicht van de kosten per ziekenhuis voor de toename van het aantal ouderen die opgenomen werden in de ziekenhuizen. Met het Kosten van Ziektenmodel (KvZ-model) van het RIVM zijn er wel totaal-cijfers te geven over de kosten van ziekenhuizen, onderverdeeld naar leeftijdsgroepen. Het KvZ-model wordt om de 4 jaar geactualiseerd; de meest recente cijfers dateren van 2015. In het KvZ-model staan niet de wetten (Zvw, Wlz, etc.) en de bijbehorende financieringsbronnen centraal, maar de zorgaanbieders; de uitgaven van ziekenhuizen worden berekend op basis van de totale omzet van alle activiteiten, ongeacht of deze binnen of buiten het wettelijk vastgestelde verstrekkingenpakket vallen. Verder wordt in het KvZ-model de internationale afbakening van ziekenhuizen gebruikt, dus inclusief instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en

verslavingszorg. Deze instellingen zijn niet onderscheiden naar die voor korte of langdurige opname.

De kosten van ziekenhuizen zijn in de periode van 2007 t/m 2015 gestegen met gemiddeld 4,4% per jaar. Voor de groep van de 65 jaar en ouder was de kostenstijging in deze periode bovengemiddeld met 5,4% per jaar. Wanneer rekening wordt gehouden met de toename van het aantal ouderen, stijgen de kosten voor medisch specialistische zorg en ziekenhuiszorg per persoon met 2,3% per jaar. Deze stijging is minder dan de kostengroei per persoon voor de groep van jonger dan 65 jaar, die 3,8% per jaar is.

Tabel: De kosten van ziekenhuizen naar leeftijdsgroepen

		2007	2011	2015	groei p.j. 2007–2015
Jonger dan 65 jaar	kosten [x mln euro]	11.978	15.021	16.063	3,7%
	aantal pers. [x mln]	13,990	14,061	13,893	– 0,1%
	gem. kosten p.p. [euro]	856	1.068	1.156	3,8%
65 jaar of ouder	kosten [x mln euro]	7.152	9.056	10.924	5,4%
	aantal pers. [x mln]	2,368	2,595	3,008	3,0%
	gem. kosten p.p. [euro]	3.020	3.490	3.632	2,3%

Bron: <https://statline.rivm.nl/#/RIVM/nl/dataset/50035NED/table?dl=121AA> en <https://statline.rivm.nl/#/RIVM/nl/dataset/50040NED/table?dl=121AD> en <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/bevolking>

Vraag 330

Hoe kijkt u aan tegen een juridische borging voor de openbare geestelijke gezondheidszorg (oggz)? Hoe kunnen gemeenten en zorgverzekeraars geprikkeld of verplicht worden tot samenwerking?

Antwoord

De openbare geestelijke gezondheidszorg (oggz) is onderdeel van de maatschappelijke ondersteuning op grond van de Wmo 2015 en daarmee voldoende juridisch geborgd. Ook zijn gemeenten op grond van de Wmo 2015 verplicht om de wijze waarop de taken van deze wet worden uitgevoerd af te stemmen met zorgverzekeraars en dienen gemeenten en zorgverzekeraars afspraken te maken over het beleid ten aanzien van maatschappelijke ondersteuning.

Samenwerking moet vooral in de praktijk vorm krijgen. Ik roep partijen op deze samenwerking zorgvuldig vorm te geven en lokaal goede afspraken hierover te maken. Het prikkelen van samenwerking ondersteunt VWS onder andere via het «Actieprogramma lokale initiatieven voor mensen met verward gedrag». Binnen dit programma zijn diverse trajecten opgezet om gemeenten en partners te ondersteunen bij het vormgeven van hun gezamenlijke opgave t.a.v. de doelgroep van de oggz. Voor het stimuleren van de structurele samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten op het gebied van preventieactiviteiten voor risicogroepen, waaronder de doelgroep van de oggz, is er de Subsidieregeling Preventiecoalities.

Vraag 331

Hoeveel mensen moeten op dit moment een bestuursrechtelijke premie betalen omdat zij een betalingsachterstand van meer dan zes maanden hebben op hun zorgverzekeringspremie?

Antwoord:

Het aantal wanbetalers aan wie een bestuursrechtelijke premie werd opgelegd is gedaald van circa 250.000 begin 2018 naar circa 230.000 op 1 september 2018.

Vraag 332

Hoeveel mensen hebben de afgelopen jaren zorg gemeden, bijvoorbeeld door geen gebruik te maken van de doorverwijzing door de huisarts of het niet ophalen van geneesmiddelen als gevolg van het eigen risico?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 33.

Vraag 333

Hoeveel subsidie wordt er gegeven voor de ontwikkeling van ICT-toepassingen in zorginstellingen? Kunt u een overzicht geven van de afgelopen zes jaar? Wie kreeg subsidie en waarvoor?

Antwoord:

In principe is het aan zorginstellingen zelf om te investeren in ICT-toepassingen. Een eenduidig overzicht van alle subsidies voor ontwikkeling van ICT-toepassingen in de afgelopen zes jaar is moeilijk te geven omdat de investering in ICT vaak onderdeel is van grotere programma's of initiatieven. Bijvoorbeeld de programma's van ZonMw, het Topsectorenbeleid of de subsidies aan patiëntenorganisaties.

Vraag 334

Bij hoeveel subsidieaanvragen voor ontwikkeling van ICT-toepassingen en/of de ontwikkeling van e-health-applicaties is Focuscura de aanvrager, dan wel betrokken bij de aanvraag? Kunt u een overzicht geven over de afgelopen zes jaar?

Antwoord:

Focuscura heeft de afgelopen 6 jaar geen VWS-subsidie voor ontwikkeling van ict-toepassingen en/of de ontwikkeling van ehealth- applicaties aangevraagd. Bij ZonMw zijn voor zover wij in beeld konden brengen in de afgelopen 6 jaar geen subsidieaanvragen voor ontwikkeling van ict-toepassingen en/of de ontwikkeling van ehealth-applicaties ingediend waarbij Focuscura aanvrager was. In dezelfde periode zijn drie subsidieaanvragen voor ontwikkeling van ict-toepassingen en/of de ontwikkeling van ehealth-applicaties bij ZonMw ingediend waarbij Focuscura betrokken was. Dit was er één in 2013, één in 2014 en één in 2017. Alle drie aanvragen zijn afgewezen. Overigens kan betrokkenheid bij een subsidieaanvraag ook betekenen dat de betreffende partij zich verplicht om in het geval van toekenning van de subsidie een financiële bijdrage te leveren.

Vraag 335

Bij hoeveel subsidieaanvragen voor ontwikkeling van ICT-toepassingen en/of de ontwikkeling van e-health-applicaties is Philips de aanvrager, dan wel betrokken bij de aanvraag? Kunt u een overzicht geven van de afgelopen zes jaar?

Antwoord:

Voor zover wij kunnen nagaan heeft Philips de afgelopen 6 jaar geen VWS-subsidie voor ontwikkeling van ict-toepassingen en/of de ontwikkeling van ehealth-applicaties aangevraagd. Bij ZonMW zijn voor zover wij in beeld konden brengen de afgelopen zes jaar geen subsidieaanvragen voor ontwikkeling van ict- toepassingen en/of de ontwikkeling van ehealth- applicaties ingediend waarbij Philips de aanvrager was. In deze zelfde periode zijn 6 subsidieaanvragen voor ontwikkeling van

ict-toepassingen en/of de ontwikkeling van ehealth-applicaties bij ZonMw ingediend waarbij Philips betrokken was. Dit was er één in 2010, 2 in 2011, één in 2012 en 2 in 2016. Hiervan zijn 4 aanvragen toegekend, één aanvraag afgewezen⁷ en één aanvraag nog in behandeling. Overigens kan betrokkenheid bij een subsidieaanvraag ook betekenen dat de betreffende partij zich verplicht om in het geval van toekenning van de subsidie een financiële bijdrage te leveren.

Vraag 336

Hoeveel subsidie wordt er gegeven voor de ontwikkeling van e-health toepassingen? Kunt u een overzicht geven van de afgelopen zes jaar? Wie kreeg subsidie en waarvoor?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 333.

Vraag 337

Welke acties worden ondernomen om de privacy van gebruikers van persoonlijke gezondheidsomgevingen te beschermen?

Antwoord:

Om de privacy van gebruikers van persoonlijke gezondheidsomgevingen te beschermen zijn in het afsprakenstelsel MedMij strenge afspraken gemaakt en eisen gesteld waaraan partijen die gegevens uitwisselen moeten voldoen. De afspraken en eisen zijn aanvullend op de geldende wet- en regelgeving met betrekking tot persoonsgegevens, waaronder de AVG, dataprotectie afspraken en de NEN7510 voor privacy- en informatiebeveiligingsmaatregelen.

Vraag 338

Welke kosten zijn er (op termijn) verbonden aan het gebruik van een persoonlijke gezondheidsomgeving?

Antwoord:

Uitgangspunt is dat het de burger niets kost om van een veilig en betrouwbaar PGO gebruik te kunnen maken. Ik wil voorkomen dat vanwege geld bepaalde groepen mensen besluiten om geen PGO te gebruiken. Aangezien PGO's een nieuwe ontwikkeling zijn, is de toegevoegde waarde voor gebruikers ook niet op voorhand bekend. VWS heeft een subsidieregeling in voorbereiding die het voor burgers mogelijk maakt om de komende jaren kosteloos een PGO te kunnen kiezen en gebruiken, mits deze voldoet aan MedMij stelsel en standaarden. Dit wordt gefinancierd uit de 5x10 miljoen innovatiegelden uit het regeerakkoord en bedraagt circa 8 miljoen euro per jaar. Om ook voor de lange termijn aan burgers een PGO kosteloos beschikbaar te kunnen stellen, verkennen we nu hiervoor de beschikbare scenario's waaronder bijvoorbeeld opname in het verzekerd pakket.

Naast jaarlijkse kosten voor het gebruik van PGO's door burgers, zijn er ook kosten verbonden aan MedMij. In het MedMij programma wordt gewerkt aan een afsprakenstelsel en informatiestandaarden waaraan systemen van zorgaanbieders en PGO's moeten voldoen. Het programma is gestart in 2016 en gaat komend jaar op in de daartoe opgerichte Stichting MedMij. Het afsprakenstelsel en de standaarden zullen toekomstig door Stichting MedMij worden beheerd en doorontwikkeld. De kosten van het tijdelijke programma zijn door zorgverzekeraars en VWS gefinancierd, voor VWS gaat het om een totaalbedrag van circa 11,2 miljoen euro. Voor het toekomstige beheer en doorontwikkeling zullen de jaarlijkse kosten voor VWS naar verwachting 3 tot 4 miljoen euro bedragen.

Vraag 339

Welke kosten hebben gemeenten moeten maken om te voldoen aan de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS heeft geen zicht op de kosten bij gemeenten voor de implementatie van de AVG. Navraag bij de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) wijst uit dat gemeenten het binnen de gemeentelijke begroting oplossen. De VNG laat weten dat zij geen signalen ontvangen dat dit tot problemen leidt.

Vraag 340

Welke kosten hebben zorginstellingen moeten maken om te voldoen aan de Algemene Verordening Gegevensbescherming?

Antwoord:

Uit navraag bij de Autoriteit Persoonsgegevens en koepelorganisaties binnen de zorg en het sociale domein blijkt dat er geen cijfers bekend zijn over de exacte kosten. Koepelorganisaties geven aan dat er verschillen zijn in de kosten die zorginstellingen hebben moeten maken om aan de AVG te voldoen. Dit hangt onder meer af van omvang van de instelling en de wijze waarop het voldoen aan de sinds 2001 geldende Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) en de NEN7510-beveiligingsnorm is vormgegeven.

Vraag 341

Welke kosten hebben ziekenhuizen moeten maken om te voldoen aan de Algemene Verordening Gegevensbescherming?

Antwoord:

Navraag bij de koepelorganisaties NVZ, NFU en ZKN wees uit dat de kosten voor het incidenteel voldoen aan de AVG rond de € 125.000 per ziekenhuis bedragen. De kosten betreffen voornamelijk aanpassingen aan systemen, het hebben van een Functionaris voor Gegevensbescherming (FG) en het aanschaffen en inrichten van een verwerkingenregister. De structurele kosten voor het blijven voldoen aan de AVG worden geschat tussen de € 150.000 en € 300.000 per ziekenhuis op jaarbasis, afhankelijk van de grootte en structuur van de organisatie.

Vraag 342

Waarom ziet u het alleen als uw taak om ICT-infrastructuur te financieren, maar niet om hier ook een regierol in te nemen?

Antwoord:

VWS levert op grond van de motie Tan (EK 31.466, X) geen bijdrage aan ICT infrastructuur, ook niet financieel. Zorgaanbieders zijn zelf verantwoordelijk voor informatievoorziening en bijbehorende ICT.

Het kabinet stimuleert digitalisering en in het Informatieberaad Zorg worden samen met het veld afspraken gemaakt over gegevensdeling. Goede zorg vraagt immers om goede gegevensuitwisseling en daarvoor zijn afspraken nodig over taal, techniek van uitwisseling en ontsluiting van gegevens.

Het Ministerie van VWS, in de rol van voorzitter van het Informatieberaad, houdt vinger aan de pols of de gemaakte afspraken binnen de termijn worden nagekomen. Dit geldt zowel voor afspraken met de koepels maar ook voor de afspraken die partijen in de zorg met hun ICT-leveranciers maken.

Daarnaast stimuleer en versnelt VWS informatie-uitwisseling tussen professionals en met patiënten via stimuleringsregelingen en de

ontwikkeling van MedMij. Onze regierol breiden wij verder uit. Daarover informeer ik u voor het einde van het jaar.

Vraag 343

Zijn de lange termijn doelstellingen van het hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg 2019–2022 wel realistisch gezien de duur van de looptijd van het akkoord?

Antwoord:

In het bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019–2022 hebben partijen afspraken gemaakt waar zij de komende vier jaar op in willen zetten. Partijen achten het haalbaar om de gemaakte afspraken gedurende deze periode te realiseren.

Een belangrijk onderdeel van deze afspraken is inzetten op de beweging naar de juiste zorg op de juiste plek, versterking van de organisatie en infrastructuur, de investering in het versterken van ICT in de huisartspraktijk en de digitale uitwisseling van gegevens tussen huisartsen en patiënten.

De komende jaren is oplopend structureel € 471 miljoen extra beschikbaar voor het uitvoeren van deze ambities. Daarnaast is voor de looptijd van het akkoord circa € 133 miljoen specifiek beschikbaar voor het versterken van ICT in de huisartspraktijk, digitale uitwisseling met patiënten en voor de uitvoering van de nationale onderzoeksagenda huisartsengeneeskunde.

Vraag 344

Hoeveel is bezuinigd op de wijkverpleging vanaf 2015?

Antwoord:

Er is in de jaren vanaf 2015 niet bezuinigd op de uitgaven voor wijkverpleging. Wel is er in het kader van het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging afgesproken dat een deel van de onderschrijding in 2017 (namelijk € 50 miljoen) structureel wordt afgeroomd vanaf 2018.

Hierdoor blijven er middelen beschikbaar ten behoeve van prioriteiten uit het hoofdlijnenakkoord. Tevens is er in dit akkoord voor de jaren 2019 tot en met 2022 een volumegroei van 2,4% beschikbaar gesteld.

Vraag 345

Kunt u een overzicht sturen van de uitgaven van de wijkverpleging sinds 2015?

Antwoord:

Jaar	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Uitgaven wijkverpleging (x € 1 miljoen)	3.112	3.214	3.415	3.860	3.956	4.060	4.155	4.251

De uitgaven in 2016 en 2017 betreffen voorlopige uitgavenrealisaties. De cijfers voor de jaren 2018–2021 betreft het beschikbare kader.

Vraag 346

Hoe groot bedragen de personeelstekorten in de wijkverpleging en palliatieve zorg?

Antwoord:

Voor de totale zorg geldt dat het verwachte tekort, als we niets anders gaan doen, in 2022 100 tot 125 duizend personen bedraagt. Het is niet

bekend hoe groot het personeelstekort voor specifiek de wijkverpleging en palliatieve zorg is.

Vraag 347

Hoeveel patiëntenstops hebben plaatsgevonden in de wijkverpleging?

Antwoord:

- Zorgverzekeraars maken met zorgaanbieders afspraken over het doorleveren van zorg als het budgetplafond is bereikt. Als er geen afspraken zijn over het doorleveren van zorg kunnen zorgaanbieders bij het bereiken van het budgetplafond een patiëntenstop afkondigen. Ook bij onvoldoende personele capaciteit kunnen zorgaanbieders een patiëntenstop afkondigen.
- Uit de monitor contractering wijkverpleging 2018 van de NZa blijkt dat het grootste deel van de aanbieders in de wijkverpleging (73%) geen patiëntenstop heeft afgegeven in 2017. De overige 27% (84) van de aanbieders heeft wél een of meer patiëntenstops afgegeven. Ongeveer de helft van deze aanbieders (16%) deed dit omdat het budgetplafond (bijna) was bereikt. Een andere veel voorkomende reden is onvoldoende personele capaciteit bij de aanbieder.
- Als een zorgverzekeraar het budgetplafond ophoogt kunnen zorgaanbieders afzien van een patiëntenstop. Uit de hierboven genoemde monitor van de NZa blijkt dat zorgverzekeraars dat vaak doen.

Vraag 348

Wat is de stand van zaken bij de doorontwikkeling van de richtlijn Polyfarmacie bij ouderen, op welke resultaten op welke momenten wordt er aangestuurd en welke budgetten worden hiervoor ingezet?

Antwoord:

Onder auspiciën van Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) werken de veldpartijen, d.w.z. de koepels van voorschrijvers, apothekers, patiënten en zorgverzekeraars, aan de herziening van de multidisciplinaire richtlijn «polyfarmacie bij ouderen» en het daarbinnen ontwikkelen van een ondersteunende richtlijn voor deprescriptie (het stoppen van geneesmiddelen). Dit is noodzakelijk om het geneesmiddelengebruik bij kwetsbare ouderen te optimaliseren en om geneesmiddelgerelateerde schade en onnodige ziekenhuisopname te voorkomen; De herziening is gestart op 15 mei 2018 en loopt tot en met 31 januari 2020. Ik heb aan het NHG voor de projectperiode een subsidie van ten hoogste € 293.250,- verleend. Het NHG heeft een eigen bijdrage opgenomen van € 21.833,- ik ga ervan uit dat deze eigen bedrage tenminste gerealiseerd wordt. Ik zie toe op de voortgang van de herziening conform de gemaakte afspraken.

Vraag 349

Wat is de stand van zaken bij de doorontwikkeling van de richtlijn Polyfarmacie bij ouderen, op welke resultaten op welke momenten wordt er aangestuurd en welke budgetten worden hiervoor ingezet?

Antwoord:

Zie antwoord vraag 348.

Vraag 350

Hoeveel medicatie (in bedragen en aantal medicijnen) wordt er jaarlijks vernietigd na inlevering? Hoe is de ontwikkeling ten opzichte van eerdere jaren?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 66.

Vraag 351

Hoeveel apothekers zijn er?

Antwoord:

Volgens de Stichting Farmaceutische Kengetallen zijn er op 1 januari 2018 in Nederland 1989 openbare apotheken gevestigd.

De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) telt circa 5.500 leden. Deze apothekers werken niet alleen in een apotheek, maar ook bij bijvoorbeeld de overheid en in het bedrijfsleven.

Vraag 352

Hoeveel apotheekhoudende huisartsen zijn er?

Antwoord:

Er zijn volgens het CIBG momenteel 610 apotheekhoudende huisartsen in Nederland.

Vraag 353

Bij welke medicijnen waren er afgelopen jaar tekorten en kon dit niet geleverd worden?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 124.

Vraag 354

Hoeveel geld zou het opleveren, wanneer de Wet geneesmiddelenprijzen aangepast zou worden naar voorbeeld van het Noorse model?

Antwoord:

Voor de wijziging van de Wet geneesmiddelenprijzen (zie ook brieven d.d. 15 juni 2018 29477–489 en d.d. 6 juli 2018 29477–506) is door de Stichting Farmaceutische Kengetallen doorerekend wat Noorwegen als vervangend referentieland in plaats van Duitsland naar schatting voor gevolgen heeft voor de uitgaven aan geneesmiddelen. Op basis van die doorrekening is in te schatten dat de besparing voor extramurale geneesmiddelen vanaf 2020 op structureel € 160 miljoen op jaarbasis komt en voor intramurale geneesmiddelen is de (minder nauwkeurige) schatting € 140 miljoen op jaarbasis.

Bij het Noorse model (met tien referentielanden wordt de maximumprijs bepaald op basis van het rekenkundig gemiddelde van de drie referentielanden met de laagste prijs) wordt nog sterker gedrukt op de prijzen (waarmee de besparingen hoger uit komen dan de hierboven genoemde bedragen). Echter, bij het Noorse model wordt (te) sterk gedrukt op de Nederlandse (introductie)prijs, wat reden kan geven voor de fabrikant een geneesmiddel hier later (of niet) te lanceren. Hierdoor kunnen nieuwe middelen waar patiënten graag snel toegang toe willen hebben pas later beschikbaar komen. Voor Noorwegen zelf is dit risico minder groot, omdat Noorwegen zelf maar voor vijf landen referentieland is (voor NL: 15). Ook speelt mee dat in Noorwegen prijzen van geneesmiddelen gemiddeld minder vaak herijkt. Dit betekent dat een fabrikant een hogere introductieprijs (omdat op dat moment nog in weinig andere Europese landen een prijs is vastgesteld) daar langer kan behouden. In Nederland herijken we alle geneesmiddelen iedere zes maanden, waardoor een lagere prijs in een referentieland veel sneller tot lagere prijzen in Nederland leidt.

Vraag 355

Hoeveel apothekers bereiden zelf medicijnen?

Antwoord:

Zoals ik in mijn brief van 14 november 2017 heb geschreven zijn er ongeveer 350 apotheekhoudenden die zelf medicijnen kunnen bereiden. Ik heb recent contact gehad met de KNMP en de KNMP geeft aan dat zij inschat dat dit getal nog steeds actueel is.

Vraag 356

Krijgt de nieuw opgerichte «Akwa» per 1 januari 2019 het beheer over de Routine Outcome Monitoring (ROM) die wordt gebruikt voor de kwaliteitsmetingen binnen de ggz? Is hiermee de discussie over de inzet van de ROM binnen de ggz opgelost?

Antwoord:

Akwa is de nieuwe Alliantie voor kwaliteit in de ggz; voor en door de partijen in de ggz. Akwa gaat de nieuwe indicatoren en meetinstrumenten vaststellen bij de nieuwe zorgstandaarden die het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling in juni jl. heeft opgeleverd. Het wordt dus een nieuwe set indicatoren, een ROM «nieuwe stijl». Beoogd wordt de discussie over ROM binnen de ggz te beslechten. Draagvlak onder professionals en patiënten is daarbij van groot belang. Het databeheer zal worden ondergebracht in een nieuwe nog op te richten stichting, in opdracht van akwa.

Vraag 357

In welke mate wordt de veiligheid van medewerkers binnen de ggz meegenomen in de nadere afspraken over de in- en uitstroom van patiënten in beveiligde zorg?

Antwoord:

Op 26 april jl. heb ik uw Kamer, mede namens de Minister van Justitie en Veiligheid en de Minister voor Rechtsbescherming geïnformeerd over nadere afspraken over extra capaciteit voor beveiligde ggz (Vergaderjaar 2017–2018, TK 25 424, nr. 406). De veiligheid van medewerkers is geen expliciet onderdeel van die afspraken.

Het is van groot belang dat zorgverleners in de ggz veilig hun werk kunnen doen. Het organiseren en borgen van die veiligheid is de primaire verantwoordelijkheid van werkgevers, dus instellingen, in de ggz. Zoals toegezegd door de Minister voor Medische Zorg en Sport in debat met uw Kamer op 25 september jl. zal ik opnieuw met GGZ Nederland overleggen over hoe de veiligheid van medewerkers in de ggz het best kan worden geborgd. Ik zal daarbij in ieder geval aan de orde hebben of landelijke registratie van incidenten met agressie of geweld een nuttig en proportioneel instrument is.

Vraag 358

Wat gaat het aangekondigde bekostigingsexperiment betekenen voor de inzet van ervaringsdeskundigen binnen de ggz? Wordt het hiermee makkelijker om ervaringsdeskundigen binnen de ggz in te zetten? Kunt u een indicatie geven hoeveel ervaringsdeskundigen in 2019 in de ggz worden ingezet?

Antwoord:

In het hoofdlijnenakkoord ggz is afgesproken dat partijen de NZa verzoeken om in 2019 een bekostigingsexperiment uit te voeren dat ondersteunend is aan de invoering van een nieuwe prestatiestructuur en waarin de beroepen die het meest bijdragen aan het verkorten van de wachttijden declarabel worden. Het gaat daarbij onder andere om de inzet van ervaringsdeskundigen. Het is de bedoeling dat de inzet van ervaringsdeskundigen binnen de ggz binnen dit experiment makkelijker wordt.

Partijen hebben in het hoofdlijnenakkoord ggz ook afgesproken dat zij de inzet van ervaringsdeskundigen stimuleren, onder andere in opleidingen, behandelingen en ondersteuning van cliënten. Ik heb geen zicht op hoeveel ervaringsdeskundigen er in 2019 zullen worden ingezet.

Vraag 359

Hoeveel bedden in de ggz in totaal zijn er sinds 2013 verdwenen; dus hoeveel Intensief Beschermd Wonen (IBW)-bedden, hoeveel klinische bedden, crisisbedden, bedden in de verslavingszorg, bedden in de vrouwenopvang en bedden in de kinder- en jeugd-ggz zijn er geschrapt? Indien dit niet bekend is, wordt dit op korte termijn geïnventariseerd?

Antwoord:

De Ambulantisering en Hervorming Langdurige ggz 2017 van het Trimbos Instituut (Vergaderjaar 2017–2018, TK 25 424, nr. 385) laat zien dat het totaal aantal klinische bedden in de volwassenen-ggz naar schatting is afgenomen van 18.400 met 2.600 is afgenomen tot 15.800 bedden. De verslavingszorg is meegenomen in de cijfers van de reguliere ggz. Er zijn geen aparte cijfers bekend over de afname van crisisbedden. In beschermd wonen is dat van 17.300 naar 16.450 plaatsen gegaan. Dit is niet uit te splitsen naar «*intensief* beschermd wonen», dat bestaat binnen de Wmo 2015 niet meer.

Er zijn geen landelijke cijfers van het aantal beschikbare plekken in de vrouwenopvang. Er is een landelijk dekkend stelsel van vrouwenopvangvoorzieningen. Zie hiervoor ook het antwoord op vraag 225.

Ook voor de jeugd-ggz zijn geen cijfers beschikbaar over het aantal bedden. Dit wordt niet meer apart bijgehouden sinds de decentralisatie in 2015. Wel worden de totaalcijfers voor jeugdhulp met verblijf door CBS verzameld, maar daar zijn alle vormen van jeugdhulp met verblijf in vervat.

Vraag 360

Hoe groot is de toename van verwarde personen in de samenleving sinds er gestart is met de afbouw van bedden in 2013?

Antwoord:

Het Aanjaagteam en het Schakelteam voor personen met verward gedrag hebben onderzoek laten doen naar aard en omvang van de problematiek. Conclusie uit dit onderzoek is dat er trends te zien zijn die zouden kunnen wijzen op een toename van mensen met verward gedrag, zoals de toename van het aantal meldingen overlast door personen met verward gedrag door de politie, maar dat er geen volledig beeld beschikbaar is van de omvang van de problematiek. We weten dus niet of er sprake is van een toename. Dit komt onder andere doordat beschikbare studies vaak niet representatief zijn (te klein of op specifieke regio's/steden), verschillende definities voor verwardheid gebruikt worden, de registratiesystemen bij politie, ggz en gemeenten tekortkomingen kennen, de cijfers en trends mogelijk beïnvloed zijn door politieke en maatschappelijke tendensen. Er zijn geen aanwijzingen voor een relatie tussen het aantal mensen met verward gedrag en de ambulantisering van de ggz (Factsheet Trimbos-instituut «Verwarde personen of mensen met een acute zorgnood?», 2016).

Op 11 april 2018 (Vergaderjaar 2017–2018 TK 25 424, nr. 95) heeft uw Kamer de eerste analyse van de politiemeldingen ontvangen. In de analyse van het RIVM op de landelijke politiecijfers van 2016, blijkt dat er 34.000 personen schuil gaan achter 61.000 tot een persoon te herleiden meldingen. Dit betreft zowel E33-meldingen (overlast door een overspannen of verward persoon) als E14-meldingen (poging tot suïcide). Van deze 34.000 personen, komen 13.000 personen vaker dan één keer

voor in hetzelfde jaar. Zij zijn dus minimaal tweemaal geregistreerd. Van deze 13.000 zorgt een groep van 5.700 personen (44%) voor wekelijkse meldingen (niet het hele jaar door, maar wel ten minste tweemaal binnen een week geregistreerd). Dit betreft dus de meest problematische groep en het lijkt verstandig hierop de aandacht te richten. Het Schakelteam personen met verward gedrag adviseert partijen dan ook een persoonsgerichte aanpak toe te passen op een beperkte groep.

Het Schakelteam heeft laten onderzoeken in hoeverre dit in het land al gebeurt. In zijn eindrapportage doet het Schakelteam hier verslag van. De goede voorbeelden en de werkzame bestanddelen van de aanpak zullen worden gedeeld, zodat andere regio's deze voorbeelden kunnen volgen. In het vervolg op het Schakelteam zal ik dit verder ondersteunen.

Vraag 361

Kunt u een overzicht geven van de bezuinigingen die sinds 2008 tot en met heden op de ggz hebben plaatsgevonden?

Antwoord:

De GGZ groeit jaarlijks, maar de groei is door verschillende maatregelen getemperd.

Aan de GGZ is tot en met 2017 het volgende uitgegeven:

Uitgaven (x € mrd) en groei (%) totale GGZ 2008–2017

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Uitgaven	4,9	5,4	5,7	5,9	6,0	5,9	6,0	6,5	6,6	6,8
Groei		9%	6%	4%	1%	– 2%	3%	7%	2%	3%

De groei van de uitgaven is getemperd door de volgende maatregelen (x € 1 miljoen):

2010: Tariefmaatregel	119
2011: Verleggen patiëntenstromen	35
2012: Regeerakkoord (o.a. eigen bijdrage, tariefmaatregel)	388
2016: Stringent pakketbeheer	25

Daarnaast zijn er vanaf 2013 (t/m 2017) groeifspraken gemaakt met de curatieve GGZ-sector.

Vraag 362

Hoeveel is er sinds 2013 geïnvesteerd in de ambulante ggz?

Antwoord:

Dat is mij niet bekend en dat is ook moeilijk te zeggen, omdat in de ggz de zorg per dbc wordt bekostigd. De Vektis-data laten niet zien welk deel van het dbc aan verblijf en welk deel aan ambulante zorg binnen de behandeling werd besteed. Voor een indruk van de opbouw van de ambulante ggz verwijs ik u ook graag naar mijn brief d.d. 10 april 2018, waarmee ik de rapportage van Trimbos Instituut over intensivering opbouw ambulante ggz aan uw Kamer heb aangeboden (Vergaderjaar 2017–2018, 25 424, nr. 396). Hieruit blijkt een gemengd beeld.

Vraag 363

Hoeveel patiëntenstops zijn er in 2016, 2017 en 2018 geweest in de ggz, uitgesplitst per jaar?

Antwoord:

Het ministerie heeft geen inzicht in het totale aantal patiëntenstops in de ggz.

Vraag 364

Hoe is de onderschrijding van het ggz-budget in 2017 en 2018 besteed?

Antwoord:

De verwachte onderschrijding van het ggz-budget in 2017 is in dat jaar zelf niet opgemaakt. Een onderschrijding van zorgkosten leidt tot financiële meevallers in de resultaten van zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars voegen positieve resultaten toe aan hun reserves of gebruiken ze het jaar erna om de premie lager (onder kostendekkend niveau) vast te kunnen stellen. Via een lagere vaststelling van de premie hebben zorgverzekeraars de afgelopen vijf jaar bijna € 6 miljard aan verzekerden teruggegeven.

Ook in 2018 leiden lagere ggz uitgaven tot meevallers bij de verzekeraars. De verzekeraars hebben de premie 2018 echter fors lager vastgesteld dan geraamd door VWS, omdat ze uitgaven van lagere zorguitgaven. Onduidelijk is welk deel daarvan de ggz betrof. Wel is bekend dat de verzekeraars bij hun premiestelling 2018 uit zijn gegaan van uitgaven die vrijwel overeenkomen met de actuele VWS-raming. Daardoor kan gesteld worden dat de onderschrijding 2018 al in zijn geheel ten goede is gekomen aan de verzekerden via een lagere premie.

Vraag 365

Hoeveel is bezuinigd op beschermd woonvormen?

Antwoord:

Er is vanuit rijkswege geen sprake van een bezuiniging op de middelen die gemeenten hebben ontvangen voor beschermd wonen.

Vraag 366

Hoe groot zijn de tekorten op beschikbare plekken in beschermd woonvormen?

Antwoord:

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het inkopen van voldoende plekken voor beschermd wonen, passend bij wat in hun regio noodzakelijk is. Het aantal plekken fluctueert en kan ook variëren door het jaar heen. Er is geen centrale registratie van het aantal plekken en eventuele tekorten.

Vraag 367

Hoe vaak hebben zorgverzekeraars extra ggz-zorg ingekocht, na bereiken van het budgetplafonds?

Antwoord:

Er zijn geen landelijke cijfers beschikbaar hoe vaak zorgverzekeraars extra ggz-zorg hebben ingekocht na het bereiken van het budgetplafond. NZa heeft recent onderzoek gedaan naar de mate waarin er vanwege omzetplafonds bij vrijevestigden, capaciteit onbenut blijft in de gespecialiseerde ggz (TK 25 424, nr. 423). De NZa doet een aantal aanbevelingen richting zorgverzekeraars en aanbieders in de ggz. De aanbevelingen zijn gericht op het terugbrengen van de wachttijden in relatie tot de omzetplafonds. In het recent gesloten hoofdlijnenakkoord 2019 – 2022 zijn afspraken gemaakt om de contractering in de ggz te verbeteren. Specifiek zijn er afspraken gemaakt bij verzoeken tot (bij)contractering en omzetplafondverhoging.

Vraag 368

Hoe groot is het personeelstekort in de ggz?

Antwoord:

Er zijn geen gegevens bekend over het personeelstekort in de ggz in de volle breedte. Onderzoek van KIWA Carity van juni 2015 in opdracht van het Capaciteitsorgaan laat de volgende schatting zien van de onvervulde vraag per beroepsgroep:

Gz-psycholoog	0,2% – 2,2%
Psychotherapeut	0% – 0,4%
Klinisch psycholoog	7,7% – 9,7%
Klinisch neuropsycholoog	0,1% – 2,1%
Verpleegkundig specialist ggz	1,1% – 3,1%

Vooraf gz-psychologen worden ingezet om het tekort aan klinisch psychologen op te vangen.

Het Capaciteitsplan 2016 van het Capaciteitsorgaan toont voor de psychiater een onvervulde vraag van 5%.

Zie ook het antwoord op vraag 240.

Vraag 369

Waar in de ggz wordt er al gewerkt met prestatiebekostiging?

Antwoord:

Op dit moment wordt in nagenoeg de hele geneeskundige ggz gewerkt met een vorm van prestatiebekostiging. Afhankelijk van het type ggz vindt de bekostiging plaats door middel van diagnosebehandelcombinaties, oftewel dbc's, zorgzwaartepakketten (zzp's) of prestaties generalistische basis-ggz. Alleen de kennis- en expertisefunctie voor derdelijns en gespecialiseerde psychotraumazorg wordt bekostigd door middel van een beschikbaarheidsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds (Zvf).

Per 2019 wordt voor de acute ggz, wat betreft de functies triage, beoordeling en de eerste 72 uur crisisbehandeling en/of -opname, op advies van de NZa overgestapt op een vorm van budgetbekostiging.

Vraag 370

Bij hoeveel zorgaanbieders in de ggz zijn er wachtlijsten en hoe groot zijn deze wachtlijsten?

Antwoord:

Ggz-zorgaanbieders verzamelen informatie over gemiddelde wachttijden, uitgesplitst naar aanmeldwachttijd en behandelwachttijd voor de basis-ggz en voor hoofddiagnosegroepen in de gespecialiseerde ggz. Zorgaanbieders leveren deze informatie aan bij Vektis en publiceren deze ook op hun website, zodat patiënten en verwijzers daarmee rekening kunnen houden.

Er zijn meer dan 3.500 vestigingen (vrijgevestigden, instellingen en onderdelen van instellingen) die wachttijdinformatie aanleveren bij Vektis. Een overzicht van de wachttijden per aanbieder zou een zeer omvangrijke lijst opleveren. Naar aanleiding van uw vraag heb ik de NZa gevraagd een inschatting te maken van het aantal zorgaanbieders dat aangeeft een wachttijd (aanmeldwachttijd en/of behandelwachttijd in de basis-ggz en/of gespecialiseerde ggz) te hebben. Van de 3.558 vestigingen die wachttijdinformatie hebben aangeleverd, hebben 2.982 vestigingen (waarvan 76% vrijgevestigd) een aanmeldwachttijd en 2.926 vestigingen (waarvan 76% vrijgevestigd) een behandelwachttijd.

We zien dus dat er bij het overgrote deel van de vestigingen sprake is van een wachttijd. Dat betekent niet dat deze wachttijd per definitie problematisch is. Het is logisch dat een cliënt bij de aanmelding even moet wachten voordat de eerste afspraak gepland kan worden. Om te definiëren hoe lang de wachttijd gemiddeld mag duren, hebben partijen de Treeknormen vastgesteld. Voor de lengte van de wachttijden in de basis-ggz en per hoofdidiagnosegroep in de gespecialiseerde ggz, en hoe deze zich verhouden tot de Treeknormen, verwijs ik u naar de rapportage die ik in juli naar uw Kamer heb gestuurd (Vergaderjaar 2017–2018, TK 25 424, nr. 423). Voor het einde van het jaar verschijnt er een nieuwe monitor, die ik u te zijner tijd zal toesturen.

Vraag 371

Op basis van welke factoren wordt in 2020 de stand van zaken rondom collectiviteiten gemeten?

Antwoord:

In 2020 zal een monitor worden uitgevoerd om te bepalen of het collectiviteitsaanbod kleiner en meer onderscheidend is geworden. Daarbij zal in ieder geval veel aandacht zijn voor de zorginhoudelijke meerwaarde die de collectiviteit moet bieden. Hoe dit ingevuld zal worden wordt nog nader bepaald.

Vraag 372

Lagen de 150 extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen bovenop de 610 plekken binnen het advies van het Capaciteitsorgaan? Zo nee, waarom is van dit advies afgeweken?

Antwoord:

Nee. De 610 opleidingsplaatsen was het maximum van de bandbreedte die het Capaciteitsorgaan in juli 2015 had geraamd. Daarna is de behoefte aan gz-psychologen sterk toegenomen door groei van de patiëntenpopulatie en omdat gz-psychologen in toenemende mate lager opgeleid personeel, mantelzorgers en vrijwilligers begeleiden. Ook vindt meer verticale taakverschuiving plaats van specialisten (o.a. klinisch psychologen) naar gz-psychologen.

Vraag 373

Welke opleidingen dragen het meeste bij aan het oplossen van de wachttijden binnen de ggz?

Antwoord:

Er is voor 2019 € 20 miljoen beschikbaar gesteld om extra te investeren in opleidingen en daarmee de wachttijden terug te dringen. De sector heeft een plan gemaakt om deze middelen zo goed mogelijk te verdelen. Zie ook het antwoord op vraag 240.

Vraag 374

Kunt u specifiek zijn over de wijze waarop de Kamer op de hoogte wordt gehouden over de voortgang van het traject rondom wachttijden? Hoe verhoudt deze ambitie zich tot de afspraak dat de wachttijden binnen de ggz op 1 januari 2019 weer binnen de Treeknorm moeten vallen?

Antwoord:

Het streven is dat de gemiddelde wachttijden in de ggz zo snel mogelijk weer binnen de Treeknormen vallen. Hiertoe hebben partijen in juli een nieuw actieplan gelanceerd waarover ik uw Kamer op 17 juli jl. heb geïnformeerd (Vergaderjaar 2017–2018, TK 25 424, nr. 423) en daarnaast zijn in het hoofdlijnenakkoord ggz (Vergaderjaar 2017–2018, TK 25 424, nr. 420) afspraken gemaakt die ook zullen bijdragen aan het terugdringen

van de wachttijden. Om te weten waar we op 1 januari 2019 staan, heb ik de NZa gevraagd om mij eind 2018 een volgende rapportage op te leveren. Die zal ik aan uw Kamer doen toekomen.

Vraag 375

Kunt u een overzicht van de gemeenten geven waar extra inzet nodig is om te komen tot een volledig landelijke dekkende aanpak van personen met verward gedrag? Kunt u daarbij specificeren waar het op dit moment bij die gemeenten nog aan schort?

Antwoord:

Voor een overzicht van de stand van zaken in de diverse regio's en gemeenten verwijs ik naar de rapportage «de stand van het land» bij de eindrapportage van het Schakelteam die op 26 september jl. aan uw Kamer is aangeboden (Vergaderjaar 2017–2018, TK 25 424, nr. 424. Hierin wordt de voortgang per bouwsteen weergegeven.

Vraag 376

Kunt u een uiteenzetting geven wat de negatieve effecten zijn van niet-gecontracteerde zorg voor het functioneren van de ggz?

Antwoord:

Op 17 juli jl. informeerde ik u over het onderzoek naar niet-gecontracteerde zorg in de ggz. Uit dat onderzoek komt naar voren dat de niet-gecontracteerde zorg qua omzet is toegenomen van 4,4% in 2014 naar 6,3% in 2016.

De gemiddelde vergoede zorgkosten van de behandeling van patiënten met diagnoses alcoholverslaving, verslaving overige middelen, somatoforme stoornissen en «restgroep diagnoses» zijn bij niet-gecontracteerde ambulante zorg beduidend hoger dan bij gecontracteerde zorg (25%-80% hogere kosten). De niet-gecontracteerde zorgaanbieders leveren aan deze patiënten veel meer uren zorg dan gecontracteerde zorgaanbieders. Dat grotere aantal behandelingen en die hogere kosten liggen niet aan de ernst van de afwijkingen, want als de kosten gecorrigeerd worden voor zorgvraagzwaarte, blijven de genoemde verschillen bestaan.

Via contracten maken zorgverzekeraars afspraken met aanbieders over de kwaliteit van de zorg, over tarieven, over goede zorg voor een redelijke prijs, over zinnige zorg (geen onderbehandeling maar ook geen overbehandeling), over innovatie, over samenwerking in de wijk, over de organisatie van de zorg (bijvoorbeeld als er zorg is die beter vervangen of verplaatst kan worden). Dergelijke afspraken ontbreken bij niet-gecontracteerde zorg en dat komt het functioneren van de sector niet ten goede.

Via voorwaarden in een contract, zoals afspraken waar een declaratie aan moet voldoen, is de zorgverzekeraar beter in staat om de risico's op fouten en fraude in te perken. Deze voorwaarden zijn er niet bij niet-gecontracteerde zorg.

Vraag 377

Wordt in het onderzoek naar niet-gecontracteerde zorg binnen de ggz ook gekeken naar dit soort vormen van zorg die in het buitenland worden verleend? Is het mogelijk om een overzicht te geven op welke schaal gebruik wordt gemaakt van ggz-zorg die in het buitenland?

Antwoord:

Mensen die verzekerd zijn volgens de Zorgverzekeringswet hebben twee mogelijkheden om zorgkosten die in het buitenland gemaakt zijn, vergoed

te krijgen van hun zorgverzekeraar. De eerste mogelijkheid is dat de verzekerde of de buitenlandse aanbieder rechtstreeks declareert bij de Nederlandse zorgverzekeraar. De tweede mogelijkheid is dat de verzekerde een beroep doet op een verdragsdocument. De betaling van de zorgkosten loopt dan via het CAK en buitenlandse verbindingsorganen. Het CAK declareert dan de kosten bij de betreffende Nederlandse zorgverzekeraar. Via de eerste route is in 2016 ca € 5 miljoen aan ggz-kosten gedeclareerd (Vektis, gegevens 2016). Dit is ca 2% van de zorgkosten buitenland die in totaal via de zorgverzekeraars gedeclareerd worden. De zorgkosten buitenland die via het CAK gedeclareerd worden, zijn niet gespecificeerd naar sector. Als we 2% toepassen op het totaal dat via het CAK gedeclareerd wordt, betekent het dat via het CAK ongeveer € 3 miljoen aan ggz-kosten gedeclareerd wordt. Samen is dat € 8 miljoen, en dat is in totaal 0,2% van de kosten ggz die voor rekening van de Zorgverzekeringswet komen. Deze cijfers zijn met behoorlijke onzekerheid omgeven, maar duidelijk is dat het gaat om een relatief laag bedrag. Niet meegeteld zijn buitenlandse aanbieders die een onderaanneming zijn van een Nederlandse aanbieder. Daar zijn geen gegevens over.

De kosten van ggz die in het buitenland worden gemaakt, zijn niet betrokken in het onderzoek naar de niet-gecontracteerde zorg. De redenen zijn dat de declaraties uit het buitenland doorgaans met grote vertraging binnen komen, er nauwelijks inhoudelijke informatie is over de zorg die gedeclareerd wordt via het CAK, en dat er geen gegevens zijn over buitenlandse aanbieders die via een onderaanneming met een Nederlandse aanbieder declareren.

Vraag 378

Hoe ziet de voorziene planning van de uitvoering en evaluatie van deze pilots eruit en wanneer wordt het definitieve model vastgesteld?

Antwoord:

In opdracht van ZonMw worden de pilots melding gemonitord en geëvalueerd. De rapportage zal in juni 2019 beschikbaar zijn. Het is aan veldpartijen om het model melding vast te stellen.

Vraag 379

Hoe kijkt u aan tegen de suggestie in het eindadvies van het Schakelteam om het invoeren van het landelijk meldnummer voor Personen verward gedrag / kwetsbare personen naar voren te halen, in plaats van als sluitstuk voor een landelijk dekkend netwerk van regionale en lokale meldpunten te beschouwen? Bent u bereid om een verkennend onderzoek te doen? Hoe ziet u de verbinding met andere landelijke nummers zoals bijvoorbeeld Veilig Thuis?

Antwoord:

Het landelijke meldnummer 24/7 is het slotstuk van regionale meldpunten, waarnaar het kan doorverwijzen. Ik constateer dat de lokale en regionale infrastructuur waarnaar een dergelijk landelijk nummer kan verwijzen door alle recente initiatieven zodanig is verbeterd, dat ik nu positief kijk naar de mogelijkheden van een landelijk meldnummer en dat ik eventuele financiële consequenties zal meenemen in de voorjaarsbesluitvorming 2019. Daarna zal ik u informeren over de stand van zaken van het landelijk nummer en de regionale punten.

Vraag 380

Bent u bereid om in het onderzoek naar de samenstelling van de groep verwarde personen ook het drugs- en medicijngebruik mee te nemen?

Antwoord:

In de aanbiedingsbrief bij de tussenrapportage van het Schakelteam van 11 april 2018 (Vergaderjaar 2017–2018, TK 25 424, nr. 395) heb ik eerder gereageerd op de vraag of in het onderzoek meegenomen kan worden in hoeverre drugs- en medicijngebruik van invloed zijn op verward gedrag. Zowel drugs- als medicijngebruik kunnen leiden tot verward gedrag. Na onderzoek bleek dat spoeddiensten deze cijfers niet bijhouden. Er wordt door SEH's en/of ggz-crisisdiensten wel geregistreerd of de problematiek drugs- of medicijngerelateerd is, maar de relatie met verward gedrag wordt daarbij niet gelegd. Cijfers over deze combinatie van factoren zijn dus niet beschikbaar. Wel vind ik het zinvol dat in de regionale persoonsgerichte aanpak die in het land overall ontstaat alle mogelijke veroorzakers van verward gedrag worden betrokken. Ik zie dit ook in veel gemeenten gebeuren.

Vraag 381

Hoe kijkt u aan tegen het belang van sociaal-medische factoren bij het ontstaan van verward gedrag? Hoe ziet u de rol van de GGD bij het uitvoeren van triage aan de voorkant waardoor voorkomen wordt dat kwetsbare mensen op de verkeerde plek terechtkomen?

Antwoord:

Zoals het Schakelteam constateert, zijn er vele mogelijke factoren die leiden tot verward gedrag. Dit kunnen zowel medische als sociale factoren zijn en ook een combinatie van beide. Het is van belang dat in de persoonsgerichte ondersteuning aandacht is voor beide. Een adequate triage en beoordeling is daarbij van belang en de GGD kan hierbij een rol spelen. Het is aan de regio om dit goed te organiseren.

Vraag 382

Hoe verhoudt de aanpak van personen met verward gedrag zich tot de Wet verplichte ggz die op 1 januari 2020 van start gaat?

Antwoord:

De wet verplichte ggz (Wvvggz) richt zich op een klein deel van de totale doelgroep van mensen met verward gedrag, te weten diegenen die verplichte zorg nodig hebben omdat zij als gevolg van een psychische aandoening ernstig nadeel veroorzaken voor zichzelf of anderen. De instrumenten die de Wvvggz biedt zijn voor deze groep als het ware het sluitstuk van de aanpak die het schakelteam voorstaat, namelijk het uiterste middel als vroegtijdig signaleren en interveniëren niet kan voorkomen dat iemand in een situatie komt waar verplichte zorg de enige oplossing is. Zoals in de aanbiedingsbrief bij de eindrapportage van het Schakelteam (Vergaderjaar 2017–2018, TK 25 424, nr. 424) is aangegeven, wordt het implementatietraject van de Wet verplichte ggz in samenhang met de regionale aanpak voor mensen met verward gedrag opgepakt.

Vraag 383

Kunt u inzichtelijk maken wat de resultaten zullen zijn van het «stimuleren van e-health en versterken inzet ICT ggz» voor een bedrag van ruim € 39 miljoen in 2019 en € 17 miljoen in 2020? In de jaren daarna zijn hiervoor geen middelen gereserveerd; betekent dit dat de gewenste effecten vanaf 2021 zijn gerealiseerd?

Antwoord:

Zoals aangegeven in de brief van de Staatssecretaris van VWS van 16 februari 2018 (TK II 25 424, nr. 388) is het doel van het stimuleren van e-health en het versterken van de inzet van ICT om de digitale basis op orde te brengen. Dit houdt in dat de patiënt de regie krijgt over zijn gegevens en deze gegevens desgewenst kan delen met andere zorgver-

leners en kan gebruiken in een app of andere e-healthtoepassingen. Daarnaast worden goede, breed gedragen apps en websites vindbaar voor de patiënten en professionals die deze willen inzetten in de zorg door hier een wegwijzer voor te realiseren. Deze doelen worden bereikt doordat er een éénmalige impuls gegeven wordt aan het verbeteren van de ICT-infrastructuur, zodat zij bepaalde medische gegevens op een gestandaardiseerde wijze elektronisch naar de patiënten kunnen ontsluiten en het mogelijk wordt om e-healthinterventies op een generieke manier te koppelen aan beschikbare patiëntenportalen en persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO's).

De ggz-instellingen kunnen een subsidie ontvangen om in 2021 bepaalde resultaatsverplichtingen te halen. Indien deze resultaatsverplichtingen niet worden gehaald, wordt de subsidie teruggevorderd. Dit betekent dat in 2021 de digitale basis in de instellingen op orde moet zijn.

Vraag 384

Kunt u een verklaring geven waarom er nog tot 2023 budgetten worden gereserveerd voor een «sluitende aanpak personen met verward gedrag», terwijl alle gemeenten/regio's uiterlijk eind 2018 over een sluitende aanpak moeten beschikken?

Antwoord:

Het Schakelteam constateert dat er veel gebeurd is, maar ook dat de goed werkende aanpak nog niet goed geborgd is. Daarom blijf ik met het Ministerie van JenV en de VNG de borging en verdieping van deze aanpak nog een aantal jaren ondersteunen. Een aantal trajecten loopt ook gewoon door, zoals de pilots met vervoer en de subsidieregeling voor onverzekerde personen met verward gedrag. Hierbij kijken we ook naar de samenhang met andere trajecten, zoals de implementatie van de Wet verplichte ggz.

Vraag 385

Voor de medisch-specialistische zorg is landelijk een maximale volume-groei beschikbaar van 0,8 procent in 2019, 0,6 procent in 2020, 0,3 procent in 2021 en 0,0 procent in 2022, exclusief de indexatie voor loon- en prijsbijstelling; dit moet gedeeltelijk gerealiseerd worden door een verschuiving van tweedelijnszorg naar de eerste lijn. Hoeveel geld wordt hiermee bespaard? Hoe wordt de eerste lijn gecompenseerd voor deze extra taken?

Antwoord:

Met de partijen in de medisch-specialistische zorg, huisartsen, ggz en wijkverpleging zijn hoofdlijnenakkoorden afgesproken. Die hoofdlijnenakkoorden zorgen samen voor een besparing, oplopend tot ruwweg € 2,7 miljard in 2022.

In de hoofdlijnenakkoorden hebben partijen zich gecommitteerd aan de beweging naar de juiste zorg op de juiste plek. Deze beweging is breder dan alleen een verschuiving van zorg. Het gaat ook om afspraken die zijn gericht op het voorkomen van zorg in de tweede lijn, bijvoorbeeld door betere vroegsignalering van problemen door huisartsen en wijkverpleegkundigen. En om het tot stand brengen van een betere uitstroom van tweede naar eerste lijn of naar huis van mensen die in ziekenhuizen liggen, maar die eigenlijk geen noodzaak voor medisch-specialistische zorg meer hebben. Het beperken van groei in de msz en de ggz vertaalt zich dus niet 1 op 1 door naar de groei in de eerste lijn.

Om ervoor te zorgen dat er wel voldoende ruimte is in de eerste lijn voor de beweging naar de juiste zorg op de juiste plek wordt in de hoofdlijnenakkoorden wijkverpleging en huisartsenzorg een hogere maximale

volumegroei beschikbaar gesteld. Bij de huisartsen is dit 2,5% in de jaren 2019 en 2020 en 3% in de jaren 2021 en 2022. Voor de wijkverpleging is dit 2,4% in de jaren 2019 tot en met 2022. Bovenop deze afgesproken groeipercentages blijft een deel van de onderschrijding in 2017 ook de komende jaren beschikbaar (in beide sectoren € 50 miljoen), zodat de effectieve groei hoger uitpakt dan de afgesproken groeipercentages. Bovendien is er in het akkoord wijkverpleging ook een ruime groei voor het eerstelijnsverblijf afgesproken. Hiermee is in totaal een forse groei voor de eerstelijns mogelijk, waarmee invulling kan worden gegeven aan zorg op de juiste plek.

Vraag 386

Waarom is ervoor gekozen om alleen middelen te reserveren voor de implementatie van de Wet verplichte ggz in het jaar 2019? Wordt hiermee de verwachting uitgesproken dat bij de inwerkingtreding van de wet per 1 januari 2020 alle betrokkenen voldoende zijn geïnformeerd om hiermee te werken? Waar baseert u de inschatting op dat een jaar voldoende is om een dergelijke omvangrijke wet te implementeren?

Antwoord:

Een jaar is inderdaad een korte termijn om deze wet in te voeren, zoals ook verschillende veldpartijen hadden aangegeven bij de parlementaire behandeling van de Wet verplichte ggz (Wvvggz). Vandaar dat bij de behandeling van de Wvvggz in de Eerste Kamer op 23 januari dit jaar is toegezegd dat de wet per 1 januari 2020 in werking zal treden: een implementatietermijn van bijna twee jaar. Het zwaartepunt van de implementatie zal in 2019 liggen, vandaar dat hier in deze begroting de nadruk is gelegd.

Zoals is aangegeven is het ketenprogramma Wvvggz onder opdrachtgeverschap van de ministeries van VWS en JenV gezamenlijk reeds langere tijd bezig om samen met de ketenpartners de implementatie van de Wvvggz voor te bereiden. Alle betrokkenen zijn op deze wijze goed geïnformeerd. In 2019 zal met de ketenpartners worden gezien hoe vanaf 1 januari 2020 gezamenlijke regie op de uitvoering van de wet kan worden ingericht en welke wijze van ondersteuning hierbij passend is. Of dit tot een verlenging van de ondersteuning door het ketenprogramma leidt is nu nog niet te zeggen. Voor het ketenprogramma zijn middelen beschikbaar voor de jaren 2018–2020.

Vraag 387

Waarom kiest u ervoor om de benodigde investering in de gezamenlijke gegevensuitwisseling in de geboortezorg uit het kader verloskunde te financieren, daar waar dit ten goede komt aan de cliënt en alle geboortezorg professionals in de keten?

Antwoord:

Eerder al zijn vanuit middelen van de medisch-specialistische zorg investeringen gedaan ten behoeve van het verbeteren van informatie-uitwisseling tussen professionals en patiënten.

Geboortezorg professionals gebonden aan een ziekenhuis hebben hier al van kunnen profiteren. Voor de rest van de keten ontbrak deze stimulering.

Vandaar dat de benodigde middelen voor het completeren van de gegevensuitwisseling in de geboortezorg nu uit een verlaging van de beschikbare groei ruimte voor verloskunde en kraamzorg komen.

Vraag 388

Op welke wijze worden Verloskundig Samenwerkingsverbanden (VSV's) financieel ondersteund bij de implementatie van de Zorgstandaard in hun regio?

Antwoord:

De zorgstandaard integrale geboortezorg beschrijft op hoofdlijnen de gewenste inhoud van de geboortezorg. Zorgprofessionals zijn zelf verantwoordelijk voor de implementatie van deze zorgstandaard en dus dat ze kwalitatief goede zorg leveren zoals omschreven in de standaard. Dit wordt bekostigd vanuit het tarief. Er bestaat geen aparte financiële ondersteuning voor regio's om de zorgstandaard te implementeren. Wel ondersteunt het College Perinatale Zorg (CPZ), gefinancierd door VWS, op landelijke niveau de implementatie van de zorgstandaard. Het CPZ biedt een breed aanbod aan informatie en handreikingen om zorgprofessionals te ondersteunen bij de implementatie van de zorgstandaard.

Vraag 389

Op welke wijze worden VSV's financieel ondersteund in de extra taken, zoals onder andere de onderlinge consultatie en het Multidisciplinair Overleg (MDO), het coördinerend zorgverlenerschap en het vormgeven van de kwaliteitscyclus, die uit de Zorgstandaard voortvloeien?

Antwoord:

De genoemde taken komen voort uit de door het veld opgestelde zorgstandaard integrale geboortezorg. De genoemde taken zijn daarmee dus onderdeel van de standaard te leveren zorg en dat kan bekostigd worden vanuit de monodisciplinaire tarieven of vanuit het tarief integrale bekostiging geboortezorg.

Vraag 390

Welke rol speelt u bij het stimuleren van de juiste zorg op de juiste plek in de geboortezorg, parallel aan de afspraken die in de hoofdlijnenakkoorden medisch specialistische zorg en huisartsenzorg zijn gemaakt?

Antwoord:

De geboortezorg loopt voorop als het gaat om de randvoorwaarden voor de juiste zorg op de juiste plek. Er is namelijk een integrale zorgstandaard waarin het uitgangspunt de juiste zorg op de juiste plek is, er is een gezamenlijke toekomstagenda en er bestaat de mogelijkheid om gebruik te maken van integrale bekostiging. VWS stimuleert dit door het opzetten van een landelijk programma met als doel optimale informatie-uitwisseling tussen zorgverleners en de zwangere/kraamvrouw, en tussen zorgverleners onderling en via het College Perinatale Zorg het ondersteunen van regio's om stappen te zetten naar integrale bekostiging en het landelijk faciliteren van de implementatie van de zorgstandaard.

Vraag 391

Waarom moet een vrouw haar zorgvraag eerst zelf formuleren en mag een verloskundige niet actief een preconceptieconsult ten laste van de Zorgverzekeringswet aanbieden aan kwetsbare doelgroepen?

Antwoord:

Het preconceptieconsult is conform standpunt van het Zorginstituut Nederland zorg die deel uitmaakt van het basispakket van de Zorgverzekeringswet zolang deze zorg niet programmatisch en collectief wordt aangeboden. Collectieve maatregelen gericht op alle vrouwen met een kinderwens passen niet binnen de Zorgverzekeringswet. Het beginpunt van de Zorgverzekeringswet wordt namelijk gevormd door een individuele zorgvraag van een verzekerde die zich wendt tot een zorgverlener. Een verzekerde moet het initiatief nemen en haar zorgvraag formuleren. De zorg valt onder de te verzekeren zorg, indien een vrouw naar inhoud en omvang redelijkerwijs op deze zorg is aangewezen.

Vraag 392

Hoe gaat u bereiken dat vrouwen goed voorbereid zwanger zijn? Welke rol speelt de preconceptiezorg in die ambitie?

Antwoord:

In de bekostiging van de verloskundige zorg is de mogelijkheid gecreëerd om het preconceptieconsult individueel aan te bieden aan vrouwen met een kinderwens. Via het programma Kansrijke Start (TK 2017–2018 32 279, nr. 124) wordt ingezet op een beter bereik van kwetsbare ouders met een kinderwens. Lokale coalities gaan experimenteren met het bespreken van kinderwensen, uitgaande van de behoefte van deze kwetsbare ouders. Samen met gemeenten en professionals wordt nagegaan hoe zij beter bereikt worden; hoe bereiden ouders zich voor op de keuze van kinderen, wat zijn de drijfveren van ouders om wel of niet te spreken over hun kinderwensen en hoe kunnen we dergelijke gesprekken meenemen in de reguliere contactmomenten van de jeugdgezondheidszorg. Hierbij worden de resultaten van de ZonMW-projecten over preconceptiezorg en die uit *Healthy pregnancy for all* (HP4all) betrokken.

Vraag 393

Overweegt de overheid een vergoeding voor preconceptieconsulten/kinderwensspreekuren door verloskundigen?

Antwoord:

In de bekostiging van de verloskundige zorg is al een prestatie met tarief opgenomen voor het preconceptieconsult. Op haar aangeven kan de vrouw het initiatief nemen tot dit consult.

Vraag 394

Welke rol speelt de (zelfstandige) verloskundige in het Caribisch deel van ons Koninkrijk in de ambities van de overheid op het thema «preventie»?

Antwoord:

Deze vraag heeft alleen betrekking op Caribisch Nederland (Bonaire, Sint Eustatius en Saba), omdat Aruba, Curaçao en Sint Maarten zelfstandige landen zijn binnen het Koninkrijk.

Op Bonaire zijn drie verloskundigen werkzaam, in dienst van het ziekenhuis Fundashon Mariadal, die zowel eerste- als tweedelijns verloskundige zorg geven. Op Sint Eustatius is er één verloskundige die eerstelijns bevallingen doet. Op Saba is geen verloskundige. Tijdens de zwangerschap letten de verloskundigen op mogelijke gezinsproblemen en bezien ze of er behoefte is aan opvoedondersteuning. Ook voeren ze soa testen uit en sporen ze diabetes op. Zowel na geboorte als na late zwangerschaps-afbrekingen, begeleiden zij de meisjes en vrouwen en geven ze anticonceptie counseling.

Vraag 395

Kunt u een inschatting maken van het aantal mensen in Nederland dat gebruik zou moeten maken van een tolkentelefoon om hun recht op informatie en toestemming in de behandelrelatie te kunnen uitoefenen? Wat zou het budgettaire beslag zijn als deze mensen van overheidswege gebruik kunnen maken van de tolkentelefoon?

Antwoord:

NIVEL maakt in haar rapport «*Noodzaak en omvang van de inzet van professionele tolken in de zorg*» (2016) de inschatting dat bij 16% van de contacten tussen zorgverleners en anderstaligen in de Randstad de inzet van een professionele tolk (bijvoorbeeld via de tolkentelefoon) noodzakelijk is. Omdat de absolute aantallen niet bekend zijn en de kosten van

een financiële regeling afhangen van de inrichting van een dergelijke regeling kan ik geen inschatting maken van het budgettaire beslag dat dit met zich zou mee brengen.

Zie ook mijn antwoord bij vragen 757 en 758.

Vraag 396

Hoe wordt het geld voor de digitale landelijke gegevensuitwisseling in de geboortezorg aangewend?

Antwoord:

Het hiervoor ontwikkelde Programma BabyConnect heeft tot doel om te komen tot optimale informatie-uitwisseling tussen zorgverleners en de zwangere/kraamvrouw, en tussen zorgverleners onderling. Het gaat daarbij om naadloos aansluitende zorg voor moeder en kind(eren) gedurende de zwangerschap en perinatale periode, van preconceptie tot circa zes weken post partum, inclusief de overdracht naar volgende zorgverleners, zoals bijvoorbeeld JGZ, kinderarts of huisarts. Het programma voorziet in de betrokkenheid van alle actoren in de geboortezorg: patiënten en cliënten, individuele zorgverleners, praktijken, ziekenhuizen en andere zorgorganisaties. Zij zullen gezamenlijk de rol van opdrachtgever(s) vervullen voor de uitvoering van het programma in de verschillende zorgregio's. Regio's kunnen middelen aanvragen om innovaties te realiseren, te evalueren en bij te sturen met ondersteuning van landelijk gefaciliteerde gebruikersgroepen. De aanvragers moeten daarvoor voldoen aan een aantal eisen, onder andere op het gebied van regionaal draagvlak, actieve deelname van cliënten en duurzame financiering. Verdere uitwerking van het programma vindt momenteel plaats.

Vraag 397

Welke activiteiten met betrekking tot orgaandonatie vinden nog meer plaats naast de activiteiten rond invoering van het actief donorregistratiesysteem?

Antwoord:

Voor een uitgebreid antwoord hierop verwijs ik graag naar mijn brief van 6 juli 2018 (TK 33 506 nr. 30) onder de tussenkop «flankerend beleid». Kort gezegd bestaat dat beleid uit verbetering van het donatieproces in ziekenhuizen inclusief de financiering daarvan, aanpassingen aan de financiering en organisatie van orgaanuitname, aanpassing richtlijn orgaandonatie na euthanasie, en het actief volgen en waar mogelijk faciliteren van innovatieve ontwikkelingen zoals machineperfusie en stamcelonderzoek.

Vraag 398

Zijn er, naast de extra middelen voor het actief donorregistratiesysteem, nog extra middelen beschikbaar voor het verhogen van het aantal organen voor donatie? Zo ja, waarvoor worden deze middelen aangewend?

Antwoord:

Er is structureel 2 miljoen euro gereserveerd voor projecten in diverse Universitaire Medische Centra om door middel van de perfusietechniek meer organen geschikt te maken voor transplantatie. Daarnaast is structureel circa 4,6 miljoen euro beschikbaar voor bijzondere aandacht voor donorstervingsactiviteiten in ziekenhuizen. Zoals gezegd (zie vraag 397) volg ik actief nieuwe, kansrijke ontwikkelingen en ben ik bereid, waar nodig, deze te faciliteren.

Vraag 399

Wat is de stand van zaken rond de aangepaste standaarden transplantatie-geneeskunde?

Antwoord:

De leden Rutte en Bruins Slot hebben op 9 juni 2016 een motie ingediend waarin wordt opgeroepen om specifieke kennis en ervaring rond orgaanperfusie om te zetten in zorgstandaarden voor transplantatiegeneeskunde zodat in heel Nederland op een gestandaardiseerde en reeds bewezen manier gewerkt kan worden met orgaanperfusie (Tweede Kamer, 2015–2016, 33 506, nr. 18).

VWS heeft het veld gevraagd om te komen tot een gezamenlijke aanpak van orgaanperfusie. Alle betrokken partijen hebben daarop gezamenlijk een nationaal plan orgaanpreservatie opgesteld, waarin afspraken zijn opgenomen over de uitrol van en onderzoek naar orgaanperfusie in de verschillende transplantatiecentra.

Voor de perfusie van nieren zijn binnen het Landelijk Overleg Nier Transplantatie (LONT) zorgstandaarden ontwikkeld die nationaal gelden. Perfusie van andere organen (lever, longen) bevindt zich in een pilot-fase. Het UMC Groningen, LUMC, UMC Utrecht en Erasmus MC ontvangen een subsidie van VWS om perfusietechnieken in een onderzoekssetting toe te passen. Deze projecten lopen door tot medio 2020. Dit betekent dat er nog niet voor alle organen zorgstandaarden zijn, maar dat er landelijk een uniforme aanpak wordt ontwikkeld.

Vraag 400

Is er al een tussenstand te geven van de effecten op de kwaliteit van leven van mensen die gebruik maken van de zorg die voortkomt uit de tweejarige pilot psychosociale zorg bij somatische aandoeningen?

Antwoord:

Nee. De pilot is op 1 maart 2018 gestart en duurt twee jaar. Er zijn mij nog geen tussenresultaten bekend. Ik zie uit naar de resultaten.

Vraag 401

Kan een stand van zaken worden gegeven van het systematisch doorlichten van het basispakket? Welke onderzoeken zullen in 2019 worden uitgevoerd?

Antwoord:

Voor de systematische doorlichting van het basispakket onderzoekt het Zorginstituut met het programma Zinnige Zorg op systematische wijze of diagnostiek en interventies op een patiëntgerichte, effectieve en doelmatige manier worden ingezet en wat nodig is om de zorg voor de patiënt verder te verbeteren en onnodige kosten te vermijden. Inmiddels lopen op alle ziekten van de internationale lijst van ziekten (ICD-10 lijst) onderzoeken en zijn er 7 verbeter-signalelementen uitgebracht. In het verbeter-signalelement rapporteert het Zorginstituut welke verbeteringen in de zorg en de gezondheid naar inhoud en omvang mogelijk worden geacht. Ook geeft het Zorginstituut een inschatting van de budgetimpact en maakt zij zo concreet mogelijke afspraken met veldpartijen over de verbeteracties.

Voor 2019 staan de volgende verbeter-signalelementen op de planning:

- Ggz: PTSS
- Ggz: Psychose
- Zenuwstelsel: lage rug
- Longziekten: OSAS
- Longziekten: Astma

- Gynaecologie/urologie/zwangerschap: cervixcyologie
- Gynaecologie/urologie/zwangerschap: bekkenbodemp
- Gehandicaptenzorg: probleemgedrag LVB

Daarnaast worden voor infectieziekten, bloed en immunologie, oor, spijsvertering en huid de screeningsrapporten verwacht.

Vraag 402

Hoeveel mensen maken gebruik van Wmo-voorzieningen in 2017, respectievelijk 2018? Hoeveel mensen betalen in respectievelijk 2017 en 2018 meer dan € 17,50 aan eigen bijdrage per vier weken?

Antwoord:

Voor het antwoord op de vraag m.b.t. het gebruik van Wmo-voorzieningen verwijs ik naar mijn antwoord op vraag 80. Op basis van gegevens van het CAK kan ik melden dat voor 35%- 40% van de mensen die een eigen bijdrage betaalt voor een maatwerkvoorziening op grond van de Wmo 2015, deze eigen bijdrage meer dan € 17,50 bedraagt. Dit geldt voor 2017 en 2018.

Vraag 403

Hoeveel mensen maken gebruik van de Wmo, uitgesplitst in thuiszorg, dagbesteding, begeleiding, beschermd wonen en hulpmiddelen (en/of een combinatie hiervan)?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 80.

Vraag 404

Hoeveel bezwaren zijn ingediend tegen besluiten van de gemeenten, als het gaat om de Wmo?

Antwoord:

Op landelijk niveau zijn er geen gegevens beschikbaar omtrent de hoeveelheid bezwaren die zijn ingediend tegen besluiten van de gemeenten als het gaat om de Wmo 2015.

Vraag 405

Hoeveel rechtszaken zijn gehouden tegen besluiten van de gemeenten, als het gaat om de Wmo? Hoeveel was dit in 2015, 2016, 2017 en 2018?

Antwoord:

Gezien het decentrale karakter van de Wmo 2015, wordt er door mij geen overzicht bijgehouden hoeveel rechtszaken zijn aangespannen tegen besluiten genomen door gemeenten op basis van de Wmo 2015. De Raad voor de Rechtspraak beschikt wel over dit soort gegevens.

Op basis van een analyse die zij hebben gedaan, werden er in 2015, 2200 zaken ingediend en 1600 afgedaan. In 2016 werden er 1900 zaken aanhangig gemaakt en 2300 afgehandeld. In 2017 werden er 1200 rechtszaken ingediend en 1400 afgehandeld.

Over het jaar 2018 beschik ik (nog) niet over de gevraagde informatie.

Vraag 406

Hoeveel mensen hebben het afgelopen jaar afgezien van zorg vanuit de Wmo, omdat ze dit niet meer kunnen betalen?

Antwoord:

Er is geen landelijke registratie beschikbaar van mensen die hebben afgezien van voorzieningen waarvoor een eigen bijdrage Wmo geldt.

Vraag 407

Kunt u een overzicht sturen hoeveel gemeenten externe adviesbureaus hebben ingeschakeld met betrekking tot de decentralisatie en welke kosten zijn hiermee gemoeid?

Antwoord:

Het Rijk beschikt niet over informatie met betrekking tot door gemeenten ingeschakelde externe adviesbureaus en de kosten daarvan.

Vraag 408

Hoeveel Wmo-regio's zijn er?

Antwoord:

Er is geen (landelijk) vastgestelde regio-indeling voor de uitvoering van de Wmo. Voor Maatschappelijke Opvang en Beschermd Wonen bestaan 43 samenwerkingsverbanden via centrumgemeenten. Voor voorzieningen van vrouwenopvang zijn er 35 centrumgemeenten. Er zijn daarnaast 26 Veilig Thuis organisaties actief in regio's die nauw aansluiten bij de Veiligheidsregio's, tezamen vormt dit een landelijk dekkend netwerk.

Vraag 409

Hoeveel Wmo overlegtafels zijn er georganiseerd, hoe vaak vinden deze plaats en wie zitten aan deze overlegtafels?

Antwoord:

Ik heb geen registratie van de overleggen waarin op landelijk, regionaal of lokaal niveau gesproken wordt over aangelegenheden die de Wmo betreffen. Op landelijk niveau worden verschillende overleggen gevoerd, in wisselende samenstellingen, zowel bestuurlijk als ambtelijk, met o.a. VNG, gemeenten, organisaties van cliënten, aanbieders, zorgverzekeraars, sociale partners.

Vraag 410

Welke partijen van de overlegtafels zijn gesubsidieerd door het Ministerie van VWS?

Antwoord:

Er vindt geen aparte subsidiëring van overlegtafels plaats. Wel ontvangen partijen, met name organisaties van cliënten, gemeenten en aanbieders, soms subsidies van VWS gericht op het (gezamenlijk) bijdragen aan de verbetering van randvoorwaarden voor de uitvoering en vernieuwing van de Wmo 2015 op lokaal en regionaal niveau.

Vraag 411

In welke gemeenten worden maximale inkomensgrenzen gehanteerd?

Antwoord:

Er zijn mij geen gemeenten bekend die mensen de toegang tot de Wmo 2015 ontfagen op grond van de hoogte van het inkomen. De Wmo 2015 biedt hier ook geen mogelijkheid toe.

Vraag 412

Zijn er Wmo-verordeningen aangepast of vernietigd? Zo ja, bij welke gemeenten en met welke reden?

Antwoord:

Het opstellen en aanpassen van een verordening is een gemeentelijke aangelegenheid, als gevolg waarvan op landelijk niveau geen overzicht wordt bijgehouden of verordeningen al dan niet worden aangepast.

Vraag 413

Hoeveel gemeenten zijn door u op de vingers getikt, omdat zij Wmo-beleid uitvoerden die in strijd met de wetgeving was over 2017 en 2018? Welke gemeenten waren dit en waarom?

Antwoord:

In het kader van het interbestuurlijk toezicht zijn in 2017 de gemeenten Aa en Hunze, Tynaarlo en Assen door mij aangesproken op de wijze waarop de Wmo 2015 in deze drie gemeenten werd uitgevoerd. Deze gemeenten hadden geen passende voorziening voor huishoudelijke hulp vormgegeven conform de eisen die Wmo 2015 hieromtrent stelt.

Tot op heden zijn in 2018 geen gemeenten door mij aangesproken in het kader van het interbestuurlijk toezicht.

Vraag 414

Hoeveel verordeningen zijn vernietigd als het gaat om de Wmo 2015?

Antwoord:

Het opstellen en aanpassen van een verordening een gemeentelijke aangelegenheid, als gevolg waarvan op landelijk niveau geen overzicht wordt bijgehouden of verordeningen al dan niet worden aangepast of vernietigd.

In het kader van het interbestuurlijk toezicht zijn door mij geen verordeningen vernietigd.

Vraag 415

In hoeveel en welke gemeenten nu nog alfahulpen ingezet?

Antwoord:

De mogelijkheid om alfahulpen in het kader van de Wmo 2015 in te zetten, is beperkt. Een alfahulp kan ten behoeve van de Wmo 2015 worden ingezet indien de cliënt hier met behulp van een pgb zelf voor kiest. Ik beschik niet over de gevraagde informatie. Er is geen landelijke registratie van de inzet van alfahulpen door gemeenten.

Vraag 416

Hoeveel en welke gemeenten hanteren nu nog alfacheques?

Antwoord:

Ik beschik niet over een landelijk beeld hiervan, omdat er geen landelijke registratie plaatsvindt.

Vraag 417

Wat kost de Wmo jaarlijks uitgesplitst in huishoudelijke verzorging, vervoer en hulpmiddelen?

Antwoord:

De gemeenten leveren via het lv3-systeem (informatie voor derden) informatie aan over hun begroting en hun daadwerkelijke gerealiseerde uitgaven. Het lv3-systeem kent een sterk geaggregeerd niveau en overlap met andere gemeentelijke taken, waardoor de gevraagde uitsplitsing niet kan worden gemaakt.

Vraag 418

Kunt u in een tabel aangeven wat de bezuinigingen zijn geweest op de huishoudelijke verzorging, begeleiding en dagbesteding vanaf 2015?

Antwoord:

Hieronder wordt het overzicht gegeven van de bezuinigingen op huishoudelijke verzorging en individuele begeleiding en dagbesteding voor de jaren 2015–2018 die voortkomen uit het Regeerakkoord Rutte I. Deze bedragen zijn niet cumulatief.

	2016	2017	2018
Bedrag bezuiniging huishoudelijke verzorging exclusief aanvullende middelen waaronder de HHT-middelen, vernieuwingsmiddelen en extramuraliseringsmiddelen	€ 610 mln.	€ 610 mln.	€ 610 mln.
Bedrag bezuiniging individuele begeleiding en dagbesteding exclusief aanvullende middelen waaronder extramuraliseringsmiddelen	€ 708 mln.	€ 723 mln.	€ 733 mln.

Vraag 419

Hoeveel is er minder bezuinigd op de huishoudelijke verzorging, dagbesteding en begeleiding?

Antwoord:

De oorspronkelijke taakstelling op het budget voor huishoudelijke verzorging conform het Regeerakkoord (Rutte I) uit 2012 bedroeg 75% (absoluut in 2014 € 89 miljoen, in 2015 € 975 miljoen en structureel vanaf 2016 € 1.140 miljoen). In het Zorgakkoord 2013 is de taakstelling verlaagd ten opzichte van de absolute korting in het Regeerakkoord tot structureel 40% (absoluut in 2015 € 465 miljoen, structureel vanaf 2016 € 610 miljoen). In de begroting 2014 van VWS is de korting van € 89 miljoen in 2014 teruggedraaid. In de genoemde bedragen vanaf 2015 is geen rekening gehouden met budgettaire mutaties zoals de HHT-middelen, vernieuwingsmiddelen en extramuraliseringsmiddelen. Als we dat wel meenemen, dan bedraagt het kortingspercentage circa 26% in 2015.

De oorspronkelijke taakstelling op het budget voor individuele begeleiding en dagbesteding conform het Regeerakkoord uit 2012 bedroeg 25% (inclusief persoonlijke verzorging absoluut in 2014 € 290 miljoen oplopend tot structureel € 1.700 miljoen vanaf 2018). Door het overgangsrecht Wlz (zorg thuis met indicatie verblijf), verschuivingen naar de Zvw en de Jeugdwet, de correctie voor intramurale dagbesteding en de compensatiebedragen van het VNG akkoord (€ 200 miljoen) en het Begrotingsakkoord 2014 (€ 195 miljoen) bedroeg het kortingspercentage in 2015 11% (absoluut in 2015 € 654 miljoen). De absolute korting naar de genoemde correcties bedraagt in 2016 € 708 miljoen en in 2017 € 723 miljoen. In de genoemde bedragen is geen rekening gehouden met budgettaire mutaties zoals de Wlz-indiceerbaren en extramuraliseringsmiddelen.

Vraag 420

Hoeveel mensen zijn er geherindiceerd afgelopen jaar en hoeveel mensen hebben minder uren/meer uren/dezelfde uren gekregen – zowel voor Wlz- als Wmo-zorg?

Antwoord:

Ik beschik niet over de gevraagde informatie, omdat er geen landelijke registratie plaatsvindt.

Vraag 421

Hoeveel en welke gemeenten hanteren voor de indicatiestelling de norm: «Resultaatgericht schoon huis»?

Antwoord:

Ik beschik niet over de gevraagde informatie, omdat er geen landelijke registratie plaatsvindt.

Vraag 422

Hoeveel rechtszaken hebben plaatsgevonden bij gemeenten die voor de indicatiestelling de norm: «Resultaatgericht schoon huis» hanteren? Hoeveel rechtszaken hebben gemeenten hierin verloren?

Antwoord:

Ik beschik niet over de gevraagde informatie. De Raad voor de Rechtspraak houdt bij hoeveel rechtszaken worden ingediend en afgedaan op jaarbasis (zie ook mijn antwoord op vraag 405). Een nadere specificatie van het aantal rechtszaken op de grond van de norm «resultaatgericht schoon huis» is niet beschikbaar.

Vraag 423

Hoeveel huishoudelijk verzorgenden zijn in de afgelopen jaren gekort in hun loon?

Antwoord:

Ik beschik niet over de gevraagde informatie omdat er geen landelijke registratie plaatsvindt.

Vraag 424

Hoe ziet de verdeelsleutel eruit voor de uitkering in de gemeentefondsen van gemeenten voor de Wmo, dagbesteding, begeleiding, beschermd woonvormen en de jeugdzorg?

Antwoord:

De middelen die gemeenten ontvangen voor de uitvoering van de Wmo 2015 en de Jeugdwet worden verstrekt via verschillende verdeelmodellen. De middelen die gemeenten ontvangen via de integratie-uitkering Sociaal domein, de integratie-uitkering Wmo/huishoudelijke verzorging, de decentralisatie-uitkeringen maatschappelijke opvang en vrouwenopvang, en de algemene uitkering worden objectief verdeeld. Dit betekent dat het budget wordt verdeeld volgens de verwachte kosten die gemeenten zullen maken op grond van hun objectieve structuurkenmerken (demografisch, sociaaleconomisch, gezondheid, fysiek en (sociaal-)geografisch) ten behoeve van de uitvoering van de verantwoordelijkheden zoals deze in Wmo 2015 en de Jeugdwet zijn opgenomen. Voor het budget dat gemeenten ontvangen voor beschermd wonen geldt dat dit momenteel – in afwachting van een nieuw verdeelmodel – wordt verdeeld op basis van een historische reconstructie.

Vraag 425

Hoeveel en welke thuiszorgorganisaties zijn in 2017 en 2018 failliet gegaan?

Antwoord:

Ik heb geen overzicht van thuiszorgorganisaties die in 2017 en 2018 failliet zijn gegaan.

Vraag 426

Hoeveel thuiszorgmedewerkers zijn vanaf 2015 ontslagen?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar over het aantal thuiszorgmedewerkers dat vanaf 2015 ontslagen is.

Vraag 427

Hoeveel thuiszorgmedewerkers zijn geconfronteerd met loondump?

Antwoord:

Ik beschik niet over de gevraagde informatie.

Een werkgever – die met zijn werknemer een loon is overeengekomen – kan echter niet zondermeer eenzijdig het loon van een werknemer verlagen.

Vraag 428

Hoeveel is er uitgegeven aan de Wmo vanaf 2010 tot en met 2018?

Antwoord:

Onderstaande tabel geeft een overzicht voor de jaren 2007 t/m 2016 van de gemeentelijke uitgaven Wmo.

Jaar	Uitgaven Wmo
2007	€ 2.910 miljoen.
2008	€ 3.104 miljoen.
2009	€ 3.322 miljoen.
2010	€ 3.724 miljoen.
2011	€ 3.705 miljoen.
2012	€ 3.684 miljoen.
2013	€ 3.501 miljoen.
2014	€ 3.485 miljoen.
2015	€ 4.098 miljoen. (Wmo) en € 3.783 miljoen. (onverdeeld Wmo en Jeugd)
2016	€ 4.121 miljoen. (Wmo) en € 3.577 miljoen. (onverdeeld Wmo en Jeugd)

Bron: CBS, op basis van gemeentelijke rekeningcijfers lv3 (lv3: Informatie voor derden, het format voor gemeenten op basis van het Besluit begroting en verantwoording provincies en gemeenten). De gemeentelijke uitgaven aan de Wmo voor de jaren 2017 en 2018 zijn nog onbekend.

Vanwege de decentralisaties zijn per 2015 de lv3-functies voor het sociaal domein gewijzigd. Een aantal nieuwe lv3-functies betreft zowel de Wmo als Jeugd. Daarom is in de tabel voor 2015 en 2016 een bedrag «onverdeeld Wmo en Jeugd» opgenomen.

Om beter aan te sluiten bij de gemeentelijke praktijk zijn per 2017 de lv3-functies vervangen door lv3-taakvelden. Door de overgang naar taakvelden vertegenwoordigen de bedragen niet meer hetzelfde als tot en met 2016. Ook wordt in tegenstelling tot en met 2016 de gemeentelijke overhead niet meer door de individuele gemeenten zelf opgesplitst en toegerekend aan de verschillende lv3-functies, maar in zijn geheel door de gemeenten op een afzonderlijk taakveld voor de totale overhead geboekt.

Vraag 429

Hoeveel is er bezuinigd op de Wmo vanaf 2006 tot en met 2018?

Antwoord:

Bij de inwerkingtreding van de Wmo in 2007 is uitgegaan van uitgaven in de AWBZ en is geen bezuiniging doorgevoerd. Vanaf 2010 is rekening gehouden met een efficiencywinst van € 50 miljoen structureel in verband met de mogelijkheden voor gemeenten om individuele voorzieningen op collectieve wijze te verstrekken. Voor de doorgevoerde bezuinigingen van 2015 tot en met 2018 verwijs ik naar het antwoord op vraag 418.

Vraag 430

Hoeveel is er bezuinigd op de huishoudelijke verzorging vanaf 2006 tot en met 2018?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 418.

Vraag 431

Hoeveel is er bezuinigd op het budget van beschermd woonvormen?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 365.

Vraag 432

Wat zijn de minimumtarieven die gehanteerd mogen worden voor huishoudelijke verzorging?

Antwoord:

Er zijn geen landelijke minimumtarieven voor huishoudelijke verzorging op grond van de Wmo 2015. Op grond van de Wmo 2015 moeten gemeenten een reëel tarief vaststellen voor de gecontracteerde dienstverlening (waaronder huishoudelijke verzorging). Hierbij dienen gemeenten op grond van het Besluit reële prijs lokaal in kaart te brengen met welke kosten aanbieders vanuit de gestelde gemeentelijke kwaliteitseisen te maken hebben en daar hun tarief op te baseren.

Vraag 433

Welke gemeenten hanteren te lage tarieven voor huishoudelijke verzorging?

Antwoord:

Ik beschik niet over de gevraagde informatie. Op grond van de Wmo 2015 moeten gemeenten een reëel tarief vaststellen voor de gecontracteerde dienstverlening (waaronder huishoudelijke verzorging). Hierbij dienen gemeenten op grond van het Besluit reële prijs lokaal in kaart te brengen met welke kosten aanbieders vanuit de gestelde gemeentelijke kwaliteitseisen te maken hebben en daar hun tarief op te baseren. Het is primair aan de gemeenteraad om het college van burgemeester en wethouders te controleren op een juiste uitvoering van de wettelijke eisen ten aanzien van de vastgestelde tarieven.

Vraag 434

Hoeveel dagbestedingslocaties zijn er? Hoeveel dagbestedingslocaties zijn gesloten vanaf 2015?

Antwoord:

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor een passend aanbod aan voorzieningen van maatschappelijke ondersteuning. Er is geen landelijke registratie van het aantal dagbestedingslocaties. Ik beschik niet over gegevens hoeveel dagbestedingslocaties zijn gesloten vanaf 2015.

Vraag 435

Hoeveel thuiszorgmedewerkers zitten momenteel nog steeds zonder werk?

Antwoord:

Ik beschik niet over de gevraagde informatie, omdat er geen landelijke registratie plaatsvindt.

Vraag 436

Hoeveel mensen zijn gekort in hun uren huishoudelijke verzorging, uitgesplitst per gemeente?

Antwoord:

Op grond van de Wmo 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk om zorgbehoevende inwoners de zorg en ondersteuning te bieden die passend is bij de specifieke situatie van deze persoon. Ik beschik niet over de gevraagde informatie omdat er geen landelijke registratie plaatsvindt.

Vraag 437

Hoeveel mensen zijn hun zorg vanuit de Wmo kwijtgeraakt, uitgesplitst per gemeente?

Antwoord:

De Wmo 2015 is een kaderwet die gemeenten opdraagt beleid te voeren op het gebied van maatschappelijke ondersteuning. Het betreft hier een gedecentraliseerde bevoegdheid. Of mensen al dan niet maatschappelijke ondersteuning ontvangen ligt dan ook ter beoordeling voor aan de gemeente, evenzo geldt dat voor het beëindigen van deze ondersteuning. Ik beschik dan ook niet over de gevraagde gegevens.

Vraag 438

Hoeveel gemeenten hebben tot nu toe hun beleid aangepast conform de uitspraken van de Centrale Raad van Beroep? Welke gemeenten hebben hun beleid nog niet aangepast?

Antwoord:

In kwartaalbrieven heeft mijn ambtsvoorganger herhaaldelijk de colleges van B&W opgeroepen het gemeentelijke beleid aan te passen, als daartoe aanleiding bestond, dienovereenkomstig de uitspraken van de Centrale Raad van Beroep. In het kader van het horizontale toezicht ga ik ervan uit dat de gemeenteraad daar op toeziet. Ik beschik niet over een overzicht van gemeenten die hun beleid hebben aangepast n.a.v. uitspraken van de Centrale Raad van Beroep.

Vraag 439

Wat waren de uitvoeringskosten van de Wmo 2015?

Antwoord:

Gemeenten zijn niet verplicht om de uitvoeringskosten voor de Wmo 2015 apart te registreren. Het Rijk beschikt dan ook niet over deze gegevens.

Vraag 440

Met hoeveel procent is de bureaucratie in de Wmo toegenomen? Welk bedrag is hiermee gemoeid?

Antwoord:

Op landelijk niveau zijn geen gegevens beschikbaar over regeldruk en administratieve lasten in de Wmo 2015. Het Kabinet zet zich in om de regeldruk en administratieve lasten in de uitvoering van de Wmo 2015 te verminderen. In het programma (Ont)Regel de zorg, dat uw kamer op 22 mei 2018 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2017–2018, 29 515, nr. 424) heeft ontvangen staan diverse acties genoemd die hieraan een bijdrage zullen leveren.

Vraag 441

Hoeveel zorgwoningen zijn er in Nederland?

Antwoord:

Hier zijn geen landelijke gegevens over beschikbaar.

Vraag 442

Hoe groot is het tekort van het aantal zorgwoningen?

Antwoord:

Er bestaat geen landelijk overzicht van het aantal zorgwoningen, danwel van een eventueel tekort.

Vraag 443

Hoeveel mensen zijn langer thuis blijven wonen sinds de decentralisaties?

Antwoord:

In 2014 waren er 228.000 mensen met een indicatie VV (verpleging en verzorging) met verblijf, in 2016 was dit gedaald naar 205.000. Dit zijn ruim 20.000 minder mensen die in een instelling verblijven. Deze ontwikkeling wordt bevestigd door de CBS «Huishoudensprognose 2015–2060: jongeren en ouderen langer thuis», welke laat zien dat het aantal verhuizingen per jaar naar instelling daalt met circa 1,5 promille van de bevolking, wat gelijk staat aan zo'n 25.000 personen.

Vraag 444

Hoeveel en/of welke gemeenten verstrekken een tegemoetkoming aan mensen met hoge zorgkosten en hoeveel of welke gemeenten verstrekken dit niet? Kunt u hiervan een overzicht sturen?

Antwoord:

Gemeenten kunnen op verschillende wijzen maatregelen nemen om mensen met hoge zorgkosten te compenseren, zowel collectief als op individueel niveau (o.a. collectieve zorgverzekering voor minima, verlaging parameters eigen bijdrage, tegemoetkoming aannemelijke meerkosten, bijzondere bijstand). Er is geen landelijke overzicht beschikbaar van alle instrumenten en aantallen tegemoetkomingen aan mensen met hoge zorgkosten per gemeente.

Vraag 445

Hoeveel mensen maken gebruik van de Wlz in de periode 2015–2018? Hoeveel mensen zullen in 2019 gebruik maken van de Wlz?

Antwoord:

In onderstaande tabel is het aantal mensen aangegeven dat een indicatie voor een zorgprofiel in de Wlz heeft in de periode 2015–2018. Verwacht wordt dat het aantal mensen met een Wlz-indicatie in 2019 toeneemt ten opzichte van 2018 onder meer vanwege de demografische ontwikkeling. Er is echter nog geen exact aantal Wlz-gebruikers voor 2019 te voorspellen.

2015	2016	2017	2018
276.625	282.630	291.730	293.682

Bron: www.monitorlangdurigezorg.nl (op peildatum augustus) en voor het jaar 2018: CIZ (op peildatum 1 juli 2018).

Vraag 446

Hoeveel bedragen de uitgaven voor persoonsgebonden budgetten in de jaren 2015–2019, uitgesplitst naar domein?

Antwoord:**Wlz**

In 2015 bedroegen de pgb-uitgaven € 1.285 miljoen. In 2016 bedroegen de pgb-uitgaven 1.463 en in 2017 bedroegen de pgb-uitgaven € 1.756 miljoen. In 2018 is de verwachting dat de pgb-uitgaven uitkomen op

€ 1.984 miljoen. Voor 2019 bedragen de verwachte pgb-uitgaven € 2.070 miljoen (zie tabel 19 van het Financieel Beeld Zorg in de begroting 2018).

Zvw

De uitgaven bedroegen in 2015 € 297 miljoen. In 2016 werd ruim € 307 miljoen aan pgb uitgekeerd, in 2017 € 328 miljoen. In de Zvw wordt binnen het budgettaire kader voor de wijkverpleegkundige zorg vooraf geen afzonderlijk kader voor het pgb vastgesteld. Na afloop van 2018 zal derhalve pas bekend zijn wat is uitgegeven aan het pgb in dat jaar.

Jeugdwet en Wmo

SVB-gegevens laten zien dat er eind 2015 respectievelijk € 297 miljoen en € 673 miljoen aan het pgb door de gemeenten is toegekend in het kader van de Jeugdwet en de Wmo. Eind 2016 bedroeg dit € 286 miljoen in het kader van de Jeugdwet en € 591 in het kader van de Wmo. Voor 2017 gaat de SVB uit van € 189 miljoen voor de Jeugdwet en € 447 miljoen voor de Wmo. Voorts geldt ook voor de Wmo en de Jeugdwet dat vooraf geen afzonderlijk budgettair kader wordt vastgesteld voor het pgb en er dus voor 2018 en 2019 nog geen gegevens beschikbaar zijn.

Vraag 447

Hoeveel persoonsgebonden budgetten zijn dit jaar afgegeven, uitgesplitst naar de vier zorgdomeinen (Wlz, Wmo 2015, Jeugdwet en Zvw)?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 203.

Vraag 448

Zijn er nog mensen met een zogenoemd lichte zorgzwaarte indicatie?

Hoeveel mensen hebben indicatie ZZP 1? Hoeveel plekken worden er nog gefinancierd?

Hoeveel mensen hebben indicatie ZZP 2? Hoeveel plekken worden er nog gefinancierd?

Hoeveel mensen hebben indicatie ZZP 3? Hoeveel plekken worden er nog gefinancierd?

Kunt u dit uitsplitsen per sector?

Antwoord:

Ja, er zijn nog mensen met een ZZP 1 t/m 3. In onderstaande tabel is het aantal personen met een indicatie ZZP 1 t/m 3 weergegeven volgens de gegevens van het ClZ, onderverdeeld naar de sectoren: ouderenzorg (VV), verstandelijk gehandicapten (VG), licht verstandelijk gehandicapten (LVG en SGLVG), zintuiglijk gehandicapten visueel en auditief (ZG), lichamelijk gehandicapten (LG) en GGZ-cliënten (GGZ).

Daarnaast is het aantal gefinancierde plekken per ZZP 1 t/m 3 per sector weergegeven. Deze aantallen zijn afgeleid uit de uitvoeringsinformatie van het Zorginstituut. Dit zijn de meest recente cijfers.

ZZP	Aantal personen met indicatie op 1 juli 2018	Aantal bezette plekken in een instelling op 1 maart 2018
VV01	771	415
VV02	1.987	1.305
VV03	3.603	2.688
Totaal VV 1 t/m 3	6.361	4.408
VG01	617	207
VG02	4.545	1.613
VG03	24.868	12.042
Totaal VG 1 t/m 3	30.030	13.862

ZZP	Aantal personen met indicatie op 1 juli 2018	Aantal bezette plekken in een instelling op 1 maart 2018
LVG01	23	12
LVG02	499	273
LVG03	1.086	691
SGLVG01	383	385
Totaal (SG)LVG 1 t/m 3	1.991	1.361
ZGVIS01	52	35
ZGVIS02	254	157
ZGVIS03	655	432
Totaal ZGVIS 1 t/m 3	961	624
ZGAUD01	74	28
ZGAUD02	460	304
ZGAUD03	559	142
Totaal ZGAUD 1 t/m 3	1.093	778
LG01	199	129
LG02	1.633	825
LG03	583	423
Totaal LG 1 t/m 3	2.415	1.377
GGZ01B	0	0
GGZ02B	0	0
GGZ03B	147	115
Totaal GGZB 1 t/m 3	147	115

Bron: personen met indicatie https://www.ciz.nl/images/pdf/cijfers-en-feiten/Kwartaalrapportage_indicatiestelling_WIz_Q3_2017_tm_Q2_2018.pdf

Vraag 449

Hoeveel mensen met een licht Zorgzwaartepakket wonen in een instelling, uitgesplitst per sector?

Antwoord:

Onderstaande tabel geeft het aantal mensen weer dat met een ZZP 1 t/m 3 in een instelling woont, onderverdeeld naar de sectoren: ouderenzorg (VV), verstandelijk gehandicapten (VG), licht verstandelijk gehandicapten (LVG en SGLVG), zintuiglijk gehandicapten visueel en auditief (ZG), lichamelijk gehandicapten (LG) en GGZ-cliënten (GGZ). Deze aantallen zijn afgeleid uit de uitvoeringsinformatie van het Zorginstituut. Dit zijn de meest recente cijfers.

ZZP	Aantal personen dat in een instelling woont op 1 maart 2018
VV01	415
VV02	1.305
VV03	2.688
Totaal VV 1 t/m 3	4.408
VG01	207
VG02	1.613
VG03	12.042
Totaal VG 1 t/m 3	13.862
LVG01	12
LVG02	273
LVG03	691
SGLVG01	385

ZZP	Aantal personen dat in een instelling woont op 1 maart 2018
Totaal (SG)LVG 1 t/m 3	1.361
ZGVIS01	35
ZGVIS02	157
ZGVIS03	432
Totaal ZGVIS 1 t/m 3	624
ZGAUD01	28
ZGAUD02	304
ZGAUD03	142
Totaal ZGAUD 1 t/m 3	778
LG01	129
LG02	825
LG03	423
Totaal LG 1 t/m 3	1.377
GGZ01B	0
GGZ02B	0
GGZ03B	115
Totaal GGZB 1 t/m 3	115

Vraag 450

Wat zijn de kosten per ZZP VV 4 tot en met ZZP VV9 in 2018 en 2019 uitgesplitst in hotel-, zorg- en huisvestingskosten per jaar?

Antwoord:

Sinds 2018 publiceert de NZa integrale tarieven per zorgzwaartepakket (ZZP). Een onderbouwing van de tarieven van de ZZP's is te vinden op de website van de NZa, via bijgaande link:

https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_245604_22/1/

De NZa hanteert in deze opbouw geen onderscheid tussen zorg- en hotelkosten. De normatieve huisvestingscomponent (NHC) en de normatieve inventariscomponent (NIC) zijn wel apart zichtbaar in de opbouw van de tarieven. In onderstaande tabel is een overzicht opgenomen van de opbouw van de tarieven per dag in 2018 en 2019.

Opbouw tarieven ZZP's	Zorg 2018 (inclusief hotel- diensten)	Zorg 2019 (inclusief hotel- diensten)	NHC 2018	NHC 2019	NIC 2018	NIC 2019	Totaal 2018	Totaal 2019
VV4	€ 157,51	€ 163,65	€ 30,28	€ 31,09	€ 2,53	€ 2,59	€ 190,32	€ 197,33
VV5	€ 206,90	€ 214,96	€ 30,28	€ 31,09	€ 3,90	€ 4,00	€ 241,07	€ 250,05
VV6	€ 207,29	€ 215,37	€ 30,95	€ 31,77	€ 3,90	€ 4,00	€ 242,14	€ 251,14
VV7	€ 246,78	€ 256,40	€ 31,90	€ 32,75	€ 3,90	€ 4,00	€ 282,58	€ 293,16
VV8	€ 281,56	€ 292,53	€ 32,81	€ 33,68	€ 4,98	€ 5,10	€ 319,35	€ 331,33
VV9b	€ 245,81	€ 255,39	€ 38,79	€ 39,82	€ 5,29	€ 5,42	€ 289,88	€ 300,63

Vraag 451

Hoeveel mensen hebben een Wlz-indicatie, uitgesplitst per sector en Zorgzwaartepakket?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 100.

Vraag 452

Hoeveel mensen met een licht Zorgzwaartepakket, ZZP 1 tot en met 3, wonen zelfstandig?

Antwoord:

Onderstaande tabel geeft het aantal mensen weer dat met een ZZP 1 t/m 3 zelfstandig woont, onderverdeeld naar de sectoren: ouderenzorg (VV), verstandelijk gehandicapten (VG), licht verstandelijk gehandicapten (LVG en SGLVG), zintuiglijk gehandicapten visueel en auditief (ZG), lichamelijk gehandicapten (LG) en GGZ-cliënten (GGZ). Zij ontvangen Wlz-zorg thuis of in een geclusterde setting via een Volledig Pakket Thuis, een Modulair Pakket Thuis of een Persoonsgebonden budget. De aantallen personen zijn afgeleid uit de uitvoeringsinformatie van het Zorginstituut. Dit zijn de meest recente cijfers.

ZZP	Aantal personen dat zelfstandig woont met Wlz-zorg op 1 maart 2018
VV 1 t/m 3	363
VG 1 t/m 3	9.620
LVG 1 t/m 3 en SGLVG 1	363
ZGVIS 1 t/m 3	689
ZGAUD 1 t/m 3	249
LG 1 t/m 3	204
GGZB 1 t/m 3	0

Vraag 453

Welk resultaat wordt nagestreefd voor hogere clienttevredenheid? Hoeveel hoger dan wat, met welke cijfers wordt dit vergeleken?

Antwoord:

Het gaat er bij de cliënttevredenheid om de komende jaren een toename van de tevredenheid te zien. Met ActiZ is afgesproken om de cliënttevredenheid door elke zorgaanbieder voor elke locatie via de NPS-systematiek, zoals opgenomen in het kwaliteitskader, in kaart te brengen. De resultaten van deze NPS-score zijn door bijna alle zorgaanbieders rond 1 juli 2018 bij het Zorginstituut aangeleverd. Dit zijn de scores over 2017 en kunnen als nul-meting worden gezien. Met deze systematiek kan de komende jaren de ontwikkeling van de tevredenheid van de bewoners worden gevolgd.

Vraag 454

Welk resultaat wordt nagestreefd voor meer tevreden zorgverleners? Hoeveel meer tevreden dan wat, met welke cijfers wordt dit vergeleken?

Antwoord:

Het gaat er bij medewerkerstevredenheid in de eerste plaats om een toename van de tevredenheid. Er zijn nu geen eenduidige cijfers beschikbaar over de tevredenheid van de zorgverleners. ActiZ heeft een voorstel gedaan voor een eenduidige registratie door de NPS-systematiek ook voor zorgverleners te gebruiken. Deze indicator moet worden toegevoegd aan het kwaliteitsregister van het Zorginstituut. De eerste resultaten kunnen worden gebruikt als nulmeting. Vervolgens kan de komende jaren de ontwikkeling van de tevredenheid van de zorgverleners worden gevolgd.

Vraag 455

Wat is de beste verhouding van het aantal bewoners op het aantal zorgverleners gedurende de dag?

Antwoord:

In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, dat door het Zorginstituut in januari 2017 ingeschreven is in het Kwaliteitsregister, zijn tijdelijke normen voor de personeelsinzet in de verpleeghuiszorg opgenomen. De norm is daarbij afhankelijk van de intensiteit van de zorg. Zo moeten er op intensieve zorgmomenten minimaal 2 zorgverleners aanwezig zijn. Op andere momenten kan met minder zorgverleners volstaan worden. Het Zorginstituut heeft tevens een ontwikkelopdracht geformuleerd om tot contextgebonden personeelsnormen te komen. Eind 2018 dient de Stuurgroep Kwaliteitskader deze opdracht uitgevoerd te hebben.

Vraag 456

Wat is de beste verhouding van het aantal bewoners op het aantal zorgverleners gedurende de nacht?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 455.

Vraag 457

In de begroting van het Ministerie van VWS voor het jaar 2015 schreef uw voorganger dat er op dat moment nog 17.500 plekken in de categorie ZZP 1–3 werden gefinancierd, hoeveel plekken worden er per 1-1-2019 nog gefinancierd?

Antwoord:

Op 1 maart 2018 worden nog circa 4400 plekken in de categorie ZZP VV 1 t/m 3 gefinancierd. Dit aantal is afgeleid uit de uitvoeringsinformatie van het Zorginstituut. Dit is het meest recente cijfer. Verwacht wordt dat het aantal plekken in de categorie ZZP VV 1 t/m 3 op 1-1-2019 verder zal zijn gedaald doordat er voor deze categorie geen nieuwe indicaties worden afgegeven. Er is echter nog geen exact aantal plekken voor de categorie ZZP VV 1–3 voor 2019 te voorspellen.

Vraag 458

Hoe ontwikkelen de kwaliteitsplannen inclusief de kwaliteitsbudgetten zich binnen de verpleeghuiszorg in het kader van Thuis in het Verpleeghuis? Gemiddeld genomen, hoe voldoen instellingen aan de 85:15 norm?

Antwoord:

Er is momenteel overleg tussen zorgaanbieders en het zorgkantoor over de kwaliteitsplannen. De zorgaanbieders zijn bezig met het opstellen van een kwaliteitsplan om een goed onderbouwde aanvraag in te kunnen dienen voor het kwaliteitsbudget. Deze moet uiterlijk 31 december 2018 worden ingediend bij het zorgkantoor.

In april 2019 ontvang ik van Zorgverzekeraars Nederland een overzicht van de goedgekeurde begrotingen voor het kwaliteitsbudget. Op basis hiervan kan inzicht worden gegeven in de investeringen in extra personeel en andere investeringen die nodig zijn voor de implementatie van het kwaliteitskader en hoe het staat met de uitvoering van de afspraken die gemaakt zijn over de verhouding tussen die beide.

Vraag 459

Hoe staat het met de kwaliteitsplannen verpleeghuizen; wat is de stand van zaken?

Antwoord:

Op dit moment voeren zorgaanbieders overleg met het zorgkantoor over de kwaliteitsplannen. De zorgaanbieders stellen een kwaliteitsplan op om een goed onderbouwde aanvraag in te kunnen dienen voor het kwaliteitsbudget. De zorgkantoren verwachten de meeste plannen in november te

ontvangen. De zorgaanbieders hebben hiervoor de tijd tot uiterlijk 31 december 2018. De zorgkantoren beoordelen vervolgens de ingediende plannen zo spoedig mogelijk, uiterlijk binnen zes weken.

Vraag 460

Hoeveel kwaliteitsplannen liggen klaar?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 459.

Vraag 461

Hoeveel zorgverleners zijn er afgelopen jaar bijgekomen in de verpleeghuizen?

Antwoord:

In 2017 is het aantal werknemers in de verpleeghuiszorg met bijna 3% gestegen. Dat komt neer op een stijging van bijna 8.000 werknemers (bron PFZW). Het is op dit moment (nog) niet bekend wat in 2017 de ontwikkeling was van het aantal ingezette uitzendkrachten en zzp'ers in de verpleeghuiszorg.

Vraag 462

Welke experimenten worden in het kader van het Programma Langer thuis uitgevoerd met de sociale benadering van dementie?

Antwoord:

Een aantal gemeenten (Amsterdam, Amstelveen, 's-Hertogenbosch en Rotterdam) zal met steun van het Ministerie van VWS in samenspraak met prof. A.M. Thé social trials starten in het kader van de sociale benadering van dementie. In de trials wordt door de samenwerkende gemeente, zorgverzekeraar en het zorgkantoor experimenteerruimte gecreëerd die tot doel heeft de ondersteuning aan mensen met dementie en hun naasten te verbeteren. De lessen uit de trials zullen breed worden verspreid.

Vraag 463

Hoeveel is er in de jaren 2018 tot en met 2023 per jaar beschikbaar voor de nieuwe innovatieregelingen voor nieuwe woonvormen voor ouderen?

Antwoord:

Voor de jaren 2019, 2020 en 2021 is jaarlijks circa 30 miljoen beschikbaar.

Vraag 464

Hoeveel is er in de jaren 2018 tot en met 2023 per jaar beschikbaar voor de nieuwe innovatieregeling voor nieuwe woonvormen voor ouderen?

Antwoord:

Voor de jaren 2019, 2020 en 2021 is jaarlijks circa 30 miljoen euro beschikbaar.

Vraag 465

Zijn er ook middelen beschikbaar voor het stimuleren van nieuwe tussenwoonvormen, en zo ja, welke en hoeveel?

Antwoord:

De stimuleringsregeling Wonen en Zorg is gericht op het stimuleren van nieuwe woonzorgconcepten. Hiervoor is voor de jaren 2019, 2020 en 2021 jaarlijks circa 30 miljoen euro beschikbaar.

Vraag 466

Welke kwantitatieve doelstellingen in welke jaren zijn verbonden aan het Programma Langer thuis, en welk verband bestaat er tussen de in te zetten begrotings- dan wel premiemiddelen en de te behalen doelstellingen? Met welk middel moet welk doel gerealiseerd worden?

Antwoord:

Doelstelling van het programma Langer Thuis is dat de ervaren kwaliteit van zorg en ondersteuning voor thuiswonende ouderen beter wordt. Daar zijn alle acties op gericht. In het programma zijn 7 uitkomstindicatoren opgenomen. Het kan echter meerdere jaren duren voordat de uitkomsten van het programma breed en verankerd zichtbaar zullen zijn. Daarom ga ik ook samen met de partijen in de werkgroep Langer Thuis na op welke wijze wij de processtappen, die naar verwachting bijdragen aan betere resultaten voor de zorg en ondersteuning van ouderen, het beste kunnen monitoren. In het programma, dat uw Kamer reeds ontvangen heeft, is verder vermeld welke doelstellingen met welke actielijnen samenhangen en welke middelen per actielijn beschikbaar zijn.

Vraag 467

Kan toegelicht worden wat de «Community of Practice» op het gebied van ouderenhuisvesting precies is, uit wie deze bestaat, welke doelstellingen deze heeft, wat de relatie met het Ministerie van VWS is en welke budgettaire middelen hiermee gemoeid zijn?

Antwoord:

De community of practice is een initiatief van de Rijksbouwmeester en een vervolg op de Prijsvraag Who Cares die door de Rijksbouwmeester is georganiseerd. Met de ontwerprijksvraag Who Cares gingen de initiatiefnemers aan de slag met nieuwe combinaties tussen wonen en zorg voor toekomstbestendige wijken. Deelnemers van de community zijn onder meer gemeenten, betrokken zorgorganisaties, multidisciplinaire teams en de bewoners in de wijken van de eerdere prijsvraag. De community ondersteunt en stimuleert ontwerpers, experts in de zorg en gemeenten bij het uitvoeren van nieuwe vormen van wonen en zorg en toekomstbestendige wijken. De community reflecteert op de uitvoering en bouwt aan een praktijkgericht netwerk. Daarnaast worden conferenties georganiseerd om de resultaten van de prijsvraag voor een breder publiek te ontsluiten en inzetbaar te maken voor gemeenten en zorgorganisaties. De ministeries van VWS en BZK stimuleren dit initiatief ieder met 100.000 euro.

Vraag 468

Zijn er middelen beschikbaar voor het stimuleren van nieuwe tussenwoningvormen, en zo ja, welke en hoeveel?

Antwoord:

Voor de jaren 2019, 2020 en 2021 is jaarlijks circa 30 miljoen euro beschikbaar.

Vraag 469

Hoeveel budget is er in de jaren 2018 tot en met 2023 per jaar beschikbaar voor de nieuwe innovatieregeling voor nieuwe woonvormen voor ouderen?

Antwoord:

Voor de jaren 2019, 2020 en 2021 is jaarlijks circa 30 miljoen beschikbaar.

Vraag 470

Zijn er ook middelen beschikbaar voor het stimuleren van nieuwe tussenwoonvormen, en zo ja, welke en hoeveel?

Antwoord:

Voor de jaren 2019, 2020 en 2021 is jaarlijks circa 30 miljoen euro beschikbaar.

Vraag 471

Hoe wordt er in het zorgplan voor de laatste levensfase aandacht besteed aan het verder verduidelijken (bijvoorbeeld door middel van een register) van de positie van een arts ten opzichte van euthanasie? Hoeveel middelen worden hiervoor vrijgemaakt?

Antwoord:

De komende maanden wordt gewerkt aan een verkenning van wat er nodig is om te komen tot een individueel zorgplan voor de laatste levensfase. Het is echter onwaarschijnlijk dat dit een register van artsen gaat bevatten, omdat het een individueel zorgplan is, dat uitgaat van de wensen, waarden en behoeften van de patiënt. Er kan wellicht wel in worden vermeld dat de patiënt een euthanasiewens heeft en wat de positie is van de eigen arts ten opzichte van euthanasie, omdat dit – als dit aan de orde is – relevante informatie kan zijn voor de patiënt en zijn of haar zorgverleners. Ik wil daarbij benadrukken dat het wenselijk is dat artsen het tijdig aangeven indien zij, om welke redenen dan ook, een euthanasieverzoek niet kunnen inwilligen.

Vraag 472

Waaraan gaan de regeerakkoordmiddelen voor levensbegeleiders/geestelijke verzorging per jaar besteed worden?

Antwoord:

Graag verwijs ik u hiervoor naar de brief met een aanpak voor de inzet van de Regeerakkoordmiddelen voor geestelijke verzorging die u voor de begrotingsbehandeling ontvangt.

Vraag 473

Hoeveel budget is er de komende jaren beschikbaar voor initiatieven op het gebied van levensvragen en -begeleiding van ouderen?

Antwoord:

Graag verwijs ik u hiervoor naar de brief met een aanpak voor de inzet van de Regeerakkoordmiddelen voor geestelijke verzorging die u voor de begrotingsbehandeling ontvangt.

Vraag 474

Wat is de stand van zaken met het rapport Beperkt weerbaar? Zijn er de afgelopen jaren verbeteringen bereikt of juist niet? Kunt u een toelichting geven?

Antwoord:

Aan de aanbevelingen uit het rapport «Beperkt weerbaar» is op diverse manieren gevolg gegeven. In de sector gehandicaptenzorg is de afgelopen jaren, mede op mijn verzoek, veel materiaal en beleid ontwikkeld met betrekking tot de aanpak en preventie van seksueel misbruik. Zo is er in mijn opdracht een wegwijzer gemaakt om ouders en zorgprofessionals inzicht te geven in het beschikbare materiaal.

Voorts is vorig jaar in opdracht van VWS materiaal ontwikkeld om de loverboy-problematiek onder jongeren (jongens en meisjes) met een

lichte verstandelijke beperking aan te pakken. Hiertoe zijn de producten van de Commissie «Aanpak meisjesslachtoffers loverboys/mensenhandel» (Commissie Azough) toepasbaar gemaakt naar jongeren met een lichte verstandelijke beperking (en jongeren met psychische problematiek).

Vraag 475

Door wie zal er in 2019 vervolg gegeven worden aan de bevindingen van het Interdepartementaal Beleidsonderzoek en waarom gebeurt dat nog niet in 2018?

Antwoord:

Het Interdepartementaal Beleidsonderzoek Mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) is nog niet afgerond. De verwachting is dat het eindrapport met kabinetsreactie in het voorjaar van 2019 naar uw Kamer wordt verzonden.

Vraag 476

Wat gebeurt er tussen juli 2018 en 2019 met betrekking tot de ontwikkelde aanpak van onafhankelijke cliëntondersteuning?

Antwoord:

Op 12 juli 2018 heb ik uw Kamer de betreffende aanpak gestuurd (TK II 2017/18, 31 476, nr. 22) waarmee we de extra beschikbare middelen gericht gaan investeren. De volgende zaken worden in de periode juli 2019 en 2019 opgepakt:

- Onderzoek naar de behoefte aan cliëntondersteuning om, als basis voor de aanpak, nog meer helder te krijgen voor wie welke ondersteuning nodig is. De rapportage wordt in november 2018 verwacht.
- Onderzoek naar en een inventarisatie van het huidige aanbod aan ondersteuning. Resultaat van het onderzoek volgt in het vroege voorjaar van 2019.
- De huidige 14 koplopergemeenten hebben, na materiële ondersteuning in de tweede helft van 2018, nu ook financiële ondersteuning ontvangen.
- Er gaat binnenkort een oproep uit naar gemeenten zich te melden (eventueel met hun regio) ook koploper te worden, en zo aan de slag te gaan het lokale beleid te versterken. Indien geselecteerd worden zij voor 2019 financieel ondersteund.
- De Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) ontwikkelt voor de (koploper)gemeenten een plan tot een lerende praktijk te komen.
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de zorgkantoren hebben een eerste versie van hun ontwikkelagenda cliëntondersteuning gereed. Eerste acties zijn in gang gezet, waaronder afspraken rond aansluiting Wmo en Wlz.
- Zowel de VNG als ZN werken aan een onderling afgestemde communicatiestrategie om de functie bekender te maken, in het bijzonder onder alle professionals die ergens de toegang zijn tot het sociaal domein. Zij kunnen cliënten en naasten er vaker en sneller op wijzen.
- We zijn met de beroepsvereniging in gesprek tot een goed plan te komen voor (a) professionalisering, waaronder masterclasses en post-HBO opleiding, en (b) om ervoor te zorgen dat cliëntondersteuners goed mee kunnen doen in de onder deze aanpak ontwikkelde activiteiten.
- In het kader van het programma Volwaardig Leven zijn 5 pilots (ontwikkeltrajecten) opgezet om te experimenteren met intensieve vormen van ondersteuning voor gezinnen met een zeer zorgintensief kind. Het gaat om 450 gezinnen. De eerste pilots starten de komende maanden.
- We zijn met partijen in gesprek om te bezien of meer verbeter- en ontwikkeltrajecten moeten worden ontwikkeld, bijvoorbeeld in het

kader van de Meerjarenagenda Beschermd Wonen, de aanpak 18-/18+ of het Programma Langer Thuis. Wanneer dit het geval is, gaan deze trajecten eind 2018 en/of begin 2019 ontwikkeld worden.

Tijdens het AO Wmo van 26 september heb ik uw Kamer toegezegd voor de begrotingsbehandeling een brief te sturen over de pilots intensieve ondersteuning.

Ik heb uw Kamer met de brief van 12 juli aangegeven, dat het beschikbaar komen van het aanbodonderzoek een goed moment is u in algemene zin over de voortgang van deze aanpak te informeren.

Vraag 477

Wat was de verwachte opbrengst van de eigen bijdrage, voor zowel de Wmo als Wlz over 2018?

Antwoord:

De opbrengst van de eigen bijdragen Wlz 2018 werd in de VWS-begroting 2018 geraamd op € 1.879 miljoen. De begroting bevatte geen raming van de opbrengsten eigen bijdragen Wmo. De eigen bijdragen Wmo vallen onder de verantwoordelijkheid van gemeenten.

Vraag 478

Wat wordt de verwachte opbrengst van de eigen bijdrage, voor zowel de Wmo als Wlz in 2018?

Antwoord:

De geactualiseerde opbrengst van de eigen bijdragen Wlz 2018 wordt in de VWS-begroting 2019 geraamd op € 1.838 miljoen. De begroting bevat geen raming van de opbrengsten eigen bijdragen Wmo. De eigen bijdragen Wmo vallen onder de verantwoordelijkheid van gemeenten.

Vraag 479

Hoeveel en welke gemeenten hebben de eigen bijdrage voor zorg verhoogd?

Antwoord:

Op basis van gegevens van het CAK blijkt dat er 12 gemeenten zijn die de parameters voor eigen bijdrage voor maatwerkvoorzieningen in 2018 (binnen de daartoe gestelde landelijke kaders) hebben verhoogd ten opzichte van de parameters in 2017. Dit hoeft overigens niet te betekenen dat de eigen bijdrage voor de Wmo-cliënten in deze gemeenten feitelijk is toegenomen; gemeenten kunnen bijvoorbeeld, of collectief of individueel, voor andere compenserende maatregelen (anders dan het verlagen van de parameters) hebben gekozen.

Vraag 480

Welke gemeenten vragen geen eigen bijdrage voor zorg en voorzieningen uit de Wmo?

Antwoord:

Op grond van informatie van het CAK blijkt dat alle gemeenten eigen bijdragen vragen voor op grond van de Wmo 2015 verstrekte maatwerkvoorzieningen. Ik beschik niet over een landelijk overzicht van de door gemeenten al dan niet gevraagde eigen bijdragen voor algemene voorzieningen.

Vraag 481

Wie verzorgt de voorlichting over juridische, fiscale en financiële gevolgen van nieuwe woonvormen, zoals een mantelzorgwoning?

Antwoord:

Gemeenten, Mezzo en ook de rijksoverheid verstrekken informatie hierover.

Vraag 482

Waar wordt het geld voor de Brede aanpak Licht verstandelijke beperking (LVB), daklozen en zwerfjongeren aan besteed?

Antwoord:

In het Regeerakkoord is voor de periode 2019 t/m 2021 jaarlijks 4 miljoen beschikbaar voor de brede aanpak LVB, daklozen en zwerfjongeren. De Staatssecretaris van VWS heeft in zijn brief van 24 mei jl. (TK 29 325, nr. 93) aangegeven dat hij, naast de reguliere middelen voor gemeenten voor beschermd wonen en de maatschappelijke opvang, voor de periode 2019 t/m 2021 circa 2 miljoen per jaar beschikbaar stelt voor de uitvoering van de meerjarenagenda beschermd wonen en maatschappelijke opvang. Daarnaast wordt er op dit moment een Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) LVB uitgevoerd. Aan de hand van de bevindingen van het IBO zal worden besloten hoe de overige middelen het beste kunnen worden ingezet om tot een verbeterde uitvoeringspraktijk te komen.

Vraag 483

Is de € 2 miljoen die bestemd is voor het Programma Onbeperkt meedoen bedoeld voor het gehele programma (inclusief de activiteiten die onder de departementen van het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) en Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) vallen), of alleen voor de VWS-activiteiten van dit programma?

Antwoord:

De € 2 miljoen voor het programma «Onbeperkt meedoen!», zoals opgenomen in de begroting voor 2019, is voor specifieke, overkoepelende programma-onderdelen, waaronder subsidies aan de bestuurlijke partners Alliantie, de Verenging Nederlandse Gemeenten en VNO-NCW/MKB-Nederland.

Voor de uitvoering van de actielijnen zijn de middelen opgenomen in de begrotingen van de verantwoordelijke vakdepartementen. Dat geldt zowel voor VWS (bijvoorbeeld als het gaat om sport) als voor de andere departementen.

Vraag 484

Hoe verhouden de uitgaven in 2018 van € 3,1 miljoen aan het Programma Onbeperkt Meedoen zich tot de uitgaven die gepland zijn voor de implementatie van het programma?

Antwoord:

De € 3,1 miljoen euro voor het programma «Onbeperkt meedoen!», zoals was opgenomen in de begroting voor 2018, is voor specifieke, overkoepelende programma-onderdelen, waaronder subsidies aan de bestuurlijke partners Alliantie, de Verenging Nederlandse Gemeenten en VNO-NCW/MKB-Nederland.

Voor de uitvoering van de actielijnen zijn op de middelen opgenomen in de begrotingen 2019 van de verantwoordelijke vakdepartementen. Dat geldt zowel voor VWS (bijvoorbeeld als het gaat om sport) als voor de andere departementen. De middelen zijn bij de vakdepartementen niet geormerkt voor het programma «Onbeperkt meedoen!», maar maken

integraal onderdeel uit van de begroting. Er is dan ook geen overkoepelende begroting voor de implementatie van alle onderdelen van het programma.

Vraag 485

Op basis waarvan is besloten de subsidie aan Vilans per 2019 te verlagen met circa € 130.000? Beschikt Vilans in 2019 ondanks deze verlaagde subsidie over dezelfde middelen als in 2018?

Antwoord:

Vilans heeft op basis van haar werkprogramma incidenteel een ophoging van de instellingssubsidie 2018 ontvangen. Vilans beschikt door deze eenmalige ophoging, in 2019 niet over dezelfde middelen als in 2018.

Vraag 486

Kunt u aangeven waaraan de impuls gelden van € 1,5 miljoen voor zorg en ondersteuning bij onbedoelde zwangerschap in 2019 en verdere jaren worden besteed?

Antwoord:

Ik verwijs hierbij naar het antwoord op vraag 283. De € 1,5 miljoen die nog in de begroting van 2019 wordt genoemd onder de noemer «Zorg en ondersteuning bij onbedoelde zwangerschap» is betrokken bij de RA middelen en is gepresenteerd in het totaalplaatje dat de Staatssecretaris is zijn brief aan de TK en het zevenpuntenplan heeft gepresenteerd (TK 2 279, nr. 123).

Vraag 487

Hoe borgt u de continuïteit van het dementiebeleid vanaf 2021, na het aflopen van de jaarlijkse subsidie van € 3,4 miljoen?

Antwoord:

Aan de borging van het dementiebeleid vanaf 2021 wordt gewerkt in de programma's «Dementievriendelijke samenleving» en «Dementiezorg voor elkaar». Het streven is dat de op gang gebrachte verbeterbeweging en de daarvoor ontwikkelde instrumenten na afloop van deze programma's op eigen kracht kunnen doorgaan. Mede in het licht daarvan wordt in het kader van de begrotingsvoorbereiding voor 2021 besloten over het dementiebeleid vanaf 2021.

Vraag 488

Hoe borgt u de continuïteit van het dementiebeleid vanaf 2021, na het aflopen van de jaarlijkse subsidie van € 3,4 miljoen op subartikel 2 (Zorgdragen voor langdurige zorg tegen maatschappelijk aanvaardbare kosten) van begrotingsartikel 3 (Langdurige zorg en ondersteuning)?

Antwoord:

Voor het antwoord verwijs ik naar het antwoord op vraag 487.

Vraag 489

Vanaf 2019 wil de Minister met de nieuwe Stimuleringsregeling E-health Thuis een impuls geven aan de opschaling en borging van e-health-toepassingen die mensen thuis ondersteuning en zorg bieden; hoe wordt deze regeling vormgegeven? Hoe worden patiënten en cliënten betrokken bij het bedenken, opzetten en uitvoeren van deze plannen? Welke voorwaarden gelden er om gebruik te mogen maken van deze regeling? Hoe worden cliënten en patiënten over deze regeling geïnformeerd?

Antwoord:

De regeling wordt momenteel vormgegeven op basis van een consultatie van ruim 80 veldpartijen, onder wie vertegenwoordigers van cliënten-, mantelzorg- en patiëntenorganisaties. Op basis hiervan wordt een conceptregeling opgesteld. Voor het einde van het jaar wordt deze conceptregeling opnieuw bij het veld geconsulteerd, waarna de regeling nader wordt ingevuld. Ik informeer uw Kamer eind 2018/begin 2019 over de vormgeving van de regeling en zal uitgebreid naar cliënten en patiënten communiceren als de regeling wordt opengesteld.

Vraag 490

Hoe wordt de Stimuleringsregeling E-health Thuis, die een impuls moet geven aan de opschaling en borging van e-health-toepassingen die mensen thuis ondersteuning en zorg bieden, vormgegeven? Op welke wijze worden patiënten en cliënten betrokken bij het bedenken, opzetten en uitvoeren van deze plannen? Welke voorwaarden gelden er om gebruik te mogen maken van deze regeling? Hoe worden cliënten en patiënten over deze regeling geïnformeerd? Zal worden gemonitord of met behulp van deze regeling mensen daadwerkelijk langer en veilig thuis kunnen wonen?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 489. Wat betreft de monitoring: Ik betrek de monitoring bij de uitwerking van de regeling. Uw Kamer wordt hier eind 2018/begin 2019 over geïnformeerd.

Vraag 491

Hoe verhoudt de € 13,9 miljoen die beschikbaar is gesteld voor cliëntondersteuning in 2019 zich tot de € 15 miljoen die hiervoor vanuit de aanvullende post Financiën zijn vrijgegeven?

Antwoord:

Ruim € 2 miljoen van de middelen voor onafhankelijke cliëntondersteuning in 2019 zijn ondergebracht in het programma gehandicaptenzorg op art. 3. Met deze middelen worden pilots voor intensieve cliëntondersteuning voor gezinnen met een zorgintensief kind opgezet (zie ook TK 2017/18, 31 476, nr. 22). Hiernaast is een beperkt deel ondergebracht op artikel 10 (apparaatuitgaven) voor programmakosten.

In 2019 is het totale budget voor onafhankelijke cliëntondersteuning € 16,5 miljoen. Dat is hoger dan de oorspronkelijke € 15 miljoen. In de begroting voor 2019 is een bedrag van € 1,5 miljoen uit 2018 toegevoegd aan het budget voor 2019.

Vraag 492

Aan welke organisatie zal de subsidie van € 1,5 miljoen voor de hulp aan onbedoeld zwangere vrouwen en tienermoeders worden verleend?

Antwoord:

Zie mijn antwoord op vraag 283 en 486. De € 1,5 miljoen is niet meer gekoppeld aan een subsidie aan een bepaalde organisatie. Op verschillende wijze worden de gelden uit de RA middelen weggezet, bijvoorbeeld via een open house constructie of door middel van aanbestedingen.

Vraag 493

Wat is de huidige verhouding van landelijke en decentrale functies op het gebied van hulp aan onbedoeld zwangere vrouwen en tienermoeders?

Antwoord:

Het is niet mogelijk om dit in verhoudingen aan te geven, omdat de hulp die geboden wordt aan onbedoeld zwangere vrouwen en tienermoeders door een breed palet aan zorgverleners wordt aangeboden. Huisartsen bijvoorbeeld bieden ondersteuning aan vrouwen, die onbedoeld zwanger zijn, maar ook abortusklinieken, GGD-en en organisaties zoals Siriz en Fiom. Daarnaast dienen gemeenten in het kader van de Wmo ook zelf hulp en ondersteuning te bieden aan onbedoeld zwangere vrouwen die dit nodig hebben, bijvoorbeeld bij huisvestingsproblematiek of schuldhulpverlening.

Vraag 494

Waarom is er bij de subsidie voor zorg en ondersteuning bij onbedoelde zwangerschap als uitgangspunt gekozen voor landelijke expertise en functies in plaats van decentrale hulp en ondersteuning?

Antwoord:

Ik verwijs hierbij naar het antwoord 283 over het ontstaan van de subsidies vanuit de amendementen.

Vraag 495

Waar zal de zorg en ondersteuning bij onbedoelde zwangerschap uit bestaan?

Antwoord:

Op 11 september heeft de Staatssecretaris u een brief (TK 32 279, nr. 123) gestuurd met een zevenpuntenplan. Daarin wordt uiteengezet hoe de zorg en ondersteuning bij onbedoelde zwangerschap in de toekomst wordt vormgegeven. Daarnaast verwijs ik naar het antwoord op vraag 493 dat de zorg en ondersteuning bij onbedoelde zwangerschap vanuit een breed pallet van aanbieders wordt aangeboden. Dit loopt van preventie, tot ondersteuning tot zorgverlening.

Vraag 496

Aan welke doeleinden zullen de subsidies en opdrachten worden besteed voor de uitvoering van het Programma Thuis in het Verpleeghuis – Waardigheid en Trots op elke locatie?

Antwoord:

De hoofddoelstelling is het bieden van ondersteuning aan zorgaanbieders bij het implementeren van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Daarnaast worden goede voorbeelden verzameld en gedeeld en op lokaal en landelijk niveau uitgewisseld via ondersteunende communicatieactiviteiten. Via een dergelijke werkwijze zullen ook de lerende netwerken een impuls krijgen.

Vraag 497

Wat hebben de betrokken partijen geconcludeerd in de zomer van 2018 en wanneer kan de Kamer de regeling tegemoet zien?

Antwoord:

In de gesprekken van deze zomer kwam onder meer naar voren dat er een financieringsprobleem is bij kleinschalige initiatieven van bewoners (collectief particulier opdrachtgeverschap, CPO) en sociale ondernemers. Ook wijzen verschillende partijen op de kosten die de ontwikkeling van een plan in samenspraak met betrokken stakeholders met zich meebrengt. Deze informatie wordt gebruikt bij het ontwerpen van de regeling.

Vraag 498

Hoeveel personen maken gebruik van Valysvervoer, leerlingvervoer en zittend ziekenvervoer?

Antwoord:

Valys: Er zijn ruim 446.000 pashouders. Hiervan hebben ruim 10.000 pashouders een Hoog Persoonlijk Kilometer Budget. Bron: Jaarverslag VWS (XVI).

Niet alle pashouders zijn actief. Of pashouders actief gebruik maken van Valys heeft met verschillende aspecten te maken, zoals bijvoorbeeld hun eigen gezondheid en de gezondheid van vrienden en familie.

Leerlingenvervoer: Het leerlingenvervoer wordt niet vanuit begroting VWS betaald. Uit de monitor leerlingenvervoer Nederland die in juni 2018 is gepubliceerd blijkt dat in het schooljaar 2016/17 70.000 leerlingen gebruik maakten van een vervoersvoorziening. Het gaat hierbij om leerlingen in het primair, voortgezet onderwijs en (voortgezet) speciaal onderwijs.

Zittend ziekenvervoer: Er is geen informatie beschikbaar over het aantal gebruikers van het zittend ziekenvervoer in 2017. Het aantal gebruikers van het zittend ziekenvervoer in 2016 was 88.597.

Vraag 499

Hoeveel klachten en bezwaren heeft Valys in 2018 ontvangen en hoe verhoudt dit zich tot voorgaande jaren? Is hierin een trend waarneembaar?

Antwoord:

De afgelopen jaren (2013, 2014, 2015, 2016, 2017) zijn er in totaal 32.264 klachten ontvangen die allen zijn afgehandeld. Zie onderstaande tabel voor een overzicht van het aantal ritten, het aantal klachten met betrekking tot die ritten, het aantal gegrond verklaarde klachten en het aantal pashouders dat na bezwaar in beroep is gegaan.

	Aantal ritten	Aantal klachten	Gegrond verklaard	In beroep
2013	973.941	5366	3874	0
2014	993.101	8864	4714	9
2015	960.683	7171	4578	7
2016	965.334	5018	4314	4
2017	958.287	5847	5153	2

In 2018 zijn er over het eerste kwartaal 718 klachten ontvangen waarvan 627 gegrond zijn verklaard. In deze periode hebben 197.683 ritten plaatsgevonden.

Veruit het grootste deel van de klachten (zowel gegrond als ongegrond) gaat over de ophaal- of aankomst tijd en over de reistijd. Daarnaast gaat vanaf 2014 ook een groot aantal klachten over het combineren van ritten.

Vraag 500

Hoeveel personen maken gebruik van vervoer van- en naar dagbesteding?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 80.

Vraag 501

Hoeveel mensen moeten onterecht een eigen bijdrage betalen van vervoer van- en naar de dagbesteding?

Antwoord:

Niemand dient een onterechte eigen bijdrage te betalen. Iedereen die daarvoor is geïndiceerd heeft recht op passende dagbesteding en vervoer. Indien mensen naar hun idee onterecht om een eigen bijdrage wordt gevraagd, kunnen zij dat eerst met de instelling bespreken. Komen zij daar niet uit dan kunnen zij dat aan de klachtencommissie van de instelling voorleggen. Verder heeft de NZa een meldpunt voor onterechte betalingen (<https://www.nza.nl/organisatie/Contact/Meldpunt>).

Vraag 502

Valt begeleiding bij vervoer van- en naar de dagbesteding onder de huidige bekostiging of dienen mensen dit zelf te betalen?

Antwoord:

Het is de taak van de zorgaanbieder om passende dagbesteding en passend vervoer te regelen, zo nodig met begeleiding. Een eigen bijdrage is enkel aan de orde indien een cliënt ondanks het passende aanbod andere wensen heeft en hierover zelf afspraken maakt met de zorgaanbieder.

Vraag 503

Hoe wordt binnen de derde pijler van het Deltaplan Dementie, de (regel)ruimte voor dementiezorg, rekening gehouden met de mogelijke noodzaak om ook financiële zaken te laten behartigen als men dat zelf niet meer kan? Zijn hierover afspraken met gemeenten en zorgverzekeraars, bijvoorbeeld ten aanzien van communicatie?

Antwoord:

Het Deltaplan Dementie steunt op drie pijlers: onderzoek, zorgverbetering en dementievriendelijke samenleving. Binnen de pijler zorgverbetering wordt met subsidie van VWS het verbeterprogramma «Dementiezorg voor Elkaar» uitgevoerd. Een onderdeel van dit programma is de actualisatie van de Zorgstandaard Dementie. In dit kader is er aandacht voor Advance care planning en het zorg(leef)plan. Het onderdeel dat zich richt op vragen uit het dementieveld heeft tot nu toe geen ondersteuningsvragen ontvangen op het gebied van het behartigen van financiële zaken, ook niet over het maken van afspraken met gemeenten en zorgverzekeraars hierover. Wel is er aandacht voor het behartigen van financiële zaken op <https://dementie.nl/> van Alzheimer Nederland dat in het kader van het Deltaplan Dementie tot stand is gekomen.

Vraag 504

Wordt binnen het Deltaplan Dementie en de keten aan dementiezorg gewezen op de mogelijkheden van het levenstestament voor mensen?

Antwoord:

Binnen pijler 2 van het Deltaplan Dementie wordt met subsidie van VWS het verbeterprogramma «Dementiezorg voor Elkaar» uitgevoerd. Een onderdeel van dit programma is de actualisatie van de Zorgstandaard Dementie. In dit kader is er aandacht voor Advance care planning en het zorg(leef)plan. Het onderdeel van Dementiezorg voor Elkaar dat zich richt op vragen uit het dementieveld, heeft tot nu toe geen ondersteuningsvragen ontvangen op het gebied van het levenstestament. Wel is er aandacht voor het levenstestament op <https://dementie.nl/> van Alzheimer Nederland dat in het kader van het Deltaplan Dementie tot stand is gekomen.

Vraag 505

Hoeveel meer zorgverleners kunnen zorgaanbieders meer in dienst nemen voor de in 2019 extra beschikbaar gestelde € 600 miljoen?

Wat is het streven? Hoe wordt dit bijgehouden?

Antwoord:

Met de € 600 miljoen in 2019 kan in totaal 10.000 fte geworven worden. Dat komt neer op ruim 16.000 extra medewerkers. Dat is dus ook het streven.

De zorginstellingen maken jaarlijks een kwaliteitsplan met begroting. Daarin wordt ook ingegaan op het benodigde extra personeel voor realisatie van het kwaliteitsplan. Op basis van het kwaliteitsplan verleent het zorgkantoor het kwaliteitsbudget. Na afloop van het jaar volgt de verantwoording over de inzet van het kwaliteitsbudget en dus ook over het extra personeel. Vanuit VWS wordt een macromonitor ontwikkeld om dit te volgen.

Vraag 506

Het negatieve saldo dat met de nieuwe Rijksbijdrage Wlz wordt weggevoerd is puur administratief en heeft geen materiele betekenis; welke effecten zouden optreden als er geen Rijksbijdrage Wlz wordt ingesteld en het negatieve saldo blijft staan?

Antwoord:

De enige effecten die in dit geval zouden optreden is dat het vermogen van het Fonds langdurige zorg eind 2019 € 1 miljard lager zou uitkomen dan met een rijksbijdrage en het vermogen van het Rijk eind 2019 € 1 miljard hoger zou uitkomen. Voor het EMU-saldo of de EMU-schuld heeft dit geen effect, omdat het Fonds langdurige zorg (Flz) onderdeel uitmaakt van de collectieve sector. Het exploitatiesaldo telt daarom mee in het EMU-saldo en het fondsvermogen (positief of negatief) telt mee in de EMU-schuld.

Vraag 507

Hoeveel persoonlijke gezondheidsomgevingen worden er op dit moment ontwikkeld?

Antwoord:

Op dit moment hebben bij stichting MedMij circa 60 PGO-leveranciers zich als kandidaat-deelnemer van het afsprakenstelsel aangemeld. Er zijn momenteel 30 PGO's met gebruikers actief.

Vraag 508

Kunt u een overzicht geven van de concrete indicatoren aan de hand waarvan de Kamer in het voor- en najaar 2019 wordt gerapporteerd over de resultaten uit het Actieprogramma Werken in de Zorg? Waarom is er gekozen voor deze indicatoren? Zijn er ook nog indicatoren afgevallen?

Antwoord:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u naar de bijlage van de voortgangsrapportage bij het actieprogramma Werken in de Zorg (TK 29 282, nr. 315).

Vraag 509

Wie zitten er allemaal in de commissie Werken in de zorg? Hoe is de samenstelling van deze commissie tot stand gekomen?

Antwoord:

Door de Minister van VWS zijn de volgende mensen benoemd als lid van de commissie Werken in de Zorg:

- De heer D. Terpstra (voorzitter);

- Mevrouw A. Schouten (Politichef Noord-Holland, oud zorgmanager van het jaar);
- Mevrouw M. ten Hoonte (directeur arbeidsmarkt Randstad);
- De heer P. Rullmann (voorzitter Commissie doelmatigheid HO);
- De heer P. van Driel (lid Auditcommissie VWS).

De commissie heeft als taak de voortgang van de regionale aanpakken van de arbeidsmarkttekorten te monitoren en stimuleren. Bij het samenstellen van de commissie is gezocht naar leden met kennis en ervaring op de terreinen van zorg, onderwijs, arbeidsmarkt en het leren en verbeteren. De leden van de commissie stimuleren en adviseren vanuit die deskundigheid de partijen betrokken bij de regionale aanpakken over het verder verbeteren van hun aanpak.

Vraag 510

Kunt u inzicht geven van welke partijen op regionaal niveau samenwerken binnen de 24 Regionale Actieplannen Aanpak Tekorten (RAAT's)? Op welke wijze is hierin de stem van de betrokken zorgmedewerkers direct gewaarborgd? Zijn de patiënten hier ook in vertegenwoordigd?

Antwoord:

In alle 28 regio's zijn Regionale Actieplannen Aanpak Tekorten (RAAT's) ontwikkeld. In de RAAT werken werkgevers en onderwijs samen met zorginkopers, overheden, UWV en medewerkers. Dit gebeurt veelal via concrete projecten binnen de RAAT. De wijze waarop dit is georganiseerd kan verschillen per regio. De onafhankelijke Commissie Werken in de Zorg adviseert en ondersteunt de regio's en zal daarover eind van het jaar rapporteren aan VWS. De commissie beoordeelt tevens of het regionale actieplan op voldoende draagvlak kan rekenen van werkgevers, werknemers, beroepsgroepen en het onderwijs. Patiënten hebben geen rechtstreekse vertegenwoordiging in de actieplannen. Echter waar het gaat om concrete projecten met rechtstreeks effect op de zorg, bijvoorbeeld het gebruik van ehealth toepassingen, is dit doorgaans wel het geval.

Vraag 511

Op welke wijze wordt in de monitoring van het Actieprogramma Werken in de Zorg een relatie gelegd met andere sectoren waar mensen worden gezocht, een lage werkloosheid en de huidige hoogconjunctuur? Is er op rijksniveau een totaalbeeld van alle vacatures die moeten worden vervuld en het aanwezige arbeidspotentieel (inclusief het passende opleidingsniveau)? Zo ja, kunt u hier een overzicht van geven? Zo nee, bent u bereid deze te maken?

Antwoord:

In de monitor van het Actieprogramma Werken in de Zorg wordt bij een aantal indicatoren zorg- en welzijn vergeleken met andere sectoren dan wel het landelijke beeld. Voor het gevraagde totaalbeeld op rijksniveau verwijs ik u naar de brief van de Minister van Sociale Zake en Werkgelegenheid over «Aanpak krapte op de arbeidsmarkt» van 15 juni jl (TK, vergaderjaar 2017–2018, TK 29 544, nr. 833).

Vraag 512

Voor hoeveel procent van de ziektelast bestaat er nu inzicht in uitkomsten voor de patiënt?

Antwoord:

Uit een inventarisatie van het Zorginstituut blijkt dat er nu voor 21 aandoeningen in de medische specialistische zorg uitkomsten openbaar zijn. Dat kunnen zowel klinische als patient gerapporteerde uitkomsten

zijn. Deze indicatorensets hebben betrekking op ongeveer 22% van de Nederlandse ziektelast.

De internationale organisatie ICHOM heeft inmiddels sets beschikbaar voor ongeveer 54% van de mondiale ziektelast. Het streven is daarom om in Nederland daar waar mogelijk op aan te sluiten, zodat in 2022 voor ten minste de helft van de ziektelast uitkomstinformatie beschikbaar is.

Vraag 513

Wat is de planning voor de evaluatie van de projecten ten aanzien van de Maatschappelijke diensttijd?

Antwoord:

VWS en ZonMw volgen de projecten van begin tot eind. Begin 2019 ontvangt uw Kamer, conform toezegging, een eerste evaluatie. In het voorjaar van 2019 volgt een bredere evaluatie van de projecten waarna op basis van de ervaringen tot dan toe een eerste ontwerp van mdt zal worden opgesteld.

Vraag 514

Budget voor de Maatschappelijke diensttijd wordt van 2019 overgeheveld naar 2018, betekent dit dat er voor de (wellicht) definitieve invoering van de Maatschappelijke diensttijd in 2019 minder budget beschikbaar is?

Antwoord:

Nee, dit betekent niet dat er voor 2019 minder budget beschikbaar is. Het betreft het terugschuiven van middelen die voor 2018 beschikbaar zijn. In het afgelopen voorjaar is budget voor 2018 overgeheveld naar 2019. Dit is gedaan vanuit behoedzaamheid omdat het van te voren niet goed in te schatten was hoeveel experimenten in 2018 zouden gaan starten en ik de middelen 2018 via een schuif naar 2019 wilde behouden voor het programma. Na de besluitvorming in afgelopen juli, over welke experimenten in 2018 zouden gaan starten, is het nodig om een deel van de naar 2019 doorgeschoven middelen voor 2018 terug te schuiven naar 2018.

Vraag 515

Gekeken naar het totaal beschikbare budget voor de gehonoreerde projecten binnen de Maatschappelijke diensttijd en het beoogde aantal deelnemende jongeren, klopt het dat er dan meer dan € 1.000 per (direct) beoogd deelnemende jongere beschikbaar is?

Antwoord:

Deze rekensom kun je op die manier niet maken. Ten eerste: we zitten nu in de opstartfase van de maatschappelijke diensttijd. Dat betekent dat de kosten die nu worden gemaakt deels opstartkosten zijn. Ten tweede willen we met de maatschappelijke diensttijd verschillende groepen jongeren bereiken. Het vergt bijvoorbeeld een grotere investering om jongeren te bereiken die een afstand hebben tot de arbeidsmarkt of om jongeren met een handicap te laten meedoen met de maatschappelijke diensttijd. Zij hebben meer begeleiding nodig en dat kost tijd en geld. Datzelfde geldt voor jongeren die baat kunnen hebben bij de maatschappelijke diensttijd, maar zich daar zelf niet voor zouden aanmelden. Die kunnen we en moeten we ook bereiken, maar dat kost meer energie.

Vraag 516

Hoeveel projectvoorstellen voor de Maatschappelijke diensttijd zijn er in totaal ingediend?

Antwoord:

In totaal werden er 88 projectvoorstellen ingediend. Daarvan zijn 41 projecten gehonoreerd.

Vraag 517

Lopen de gehonoreerde projecten voor de Maatschappelijke diensttijd verspreid over heel Nederland? Zijn er projecten in alle provincies van Nederland? Zo nee, wordt aan die delen van Nederland in de volgende ronde extra aandacht besteed?

Antwoord:

Ja, in alle provincies in Nederland zullen experimenten in proeftuinen van start gaan.

Vraag 518

Kunt u verklaren waarom de uitgaven voor Stageplaatsen zorg/Stagefonds gelijk blijven op € 112 miljoen in de komende jaren, terwijl er ingezet wordt op meer mensen die gaan instromen in de zorg?

Antwoord:

Het actieprogramma «Werken in de zorg» is gericht op voldoende en goed toegeruste medewerkers in de zorg. Met het programma is er voor scholingsactiviteiten gericht op instroom in de zorg € 320 miljoen beschikbaar gesteld met SectorplanPlus. Werkgevers kunnen daarmee een subsidie krijgen voor scholingsactiviteiten gericht op nieuwe instroom in de zorg. Dit betreft dus extra inzet naast de lopende Subsidieregeling stageplaatsen zorg II.

Vraag 519

Waarom is er geen noodzaak meer om te investeren in de zorgbrede arbeidsmarktagenda na 2020? Is uw voorspelling dat de tekorten op de arbeidsmarkt in de zorg dan zijn opgelost? Zo ja, kunt u een toelichting geven hoe zich dit verhoudt tot een stijgende zorgvraag en een aanhoudende vergrijzing?

Antwoord:

Als we niets zouden doen, dan dreigt zorgbreed een tekort van 100–125 duizend medewerkers in 2022. Een aanzienlijk deel van dit zorgbrede «tekort» kan verklaard worden door de invoering van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg en het benodigde extra personeel daarvoor. Maar ook in andere sectoren dreigen tekorten. Als het extra personeel niet wordt gevonden ontstaat dit tekort. Vandaar de inzet op het actieprogramma Werken in de Zorg en het programma Thuis in het Verpleeghuis. Voor het actieprogramma Werken in de Zorg is € 350 miljoen beschikbaar. Deze impuls loopt tot en met 2021 met als doelstelling dat de inzet van het extra personeel dan gerealiseerd dient te zijn en het tekort zich niet effectueert. Onze ambitie is immers een tekort van nul of daar dichtbij in 2022. Gegeven de stijgende zorgvraag blijft de arbeidsmarkt in de gehele zorg, niet alleen in de verpleeghuiszorg, continu aandacht vragen, ook na 2021. Vanuit het ministerie, maar nadrukkelijk ook door de sector zelf, wordt daar blijvend geïnvesteerd via bijvoorbeeld het stagefonds (€ 112 miljoen. per jaar), de kwaliteitsimpuls ziekenhuiszorg (€ 200 miljoen. per jaar) en de beschikbaarheidsbijdragen voor de medisch specialistische en verpleegkundige vervolgopleidingen (ca. 1,3 miljard. per jaar).

Vraag 520

Waarom is er geen noodzaak meer om te investeren in de Arbeidsmarkt-agenda Verpleeghuizen na 2021? Is uw voorstelling dat de tekorten in de verpleeghuiszorg dan zijn opgelost? Zo ja, kunt u een toelichting geven

hoe dit zich verhoudt tot een stijgende zorgvraag en een aanhoudende vergrijzing?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 519.

Vraag 521

Betekent het toegenomen begrote bedrag ook dat de numerus fixus is aangepast? Zo ja, met hoeveel? Is dit een structurele wijziging of kan deze nog bijgesteld worden? Waarop is de aanpassing van de numerus fixus gebaseerd?

Antwoord:

Wat betreft de opleiding tot verpleegkundige specialist/physician assistant blijft het aantal beschikbare plekken 700, net als voorgaande jaren.

Vraag 522

Vanaf 2018 is er een lager bedrag begroot voor de Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg dan 2017. Hoe kon er een lager bedrag begroot worden terwijl er wel aan de kwaliteitsstandaarden voldaan moet blijven worden?

Antwoord:

De hoeveelheid beschikbare middelen voor de Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg (KiPZ) groeit jaarlijks mee met de ova, dat is de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling. Het bedrag in 2018 was lager (€ 196 miljoen) dan in 2017 (€ 202 miljoen). Deze daling is een correctie na een tijdelijke ophoging. De basis voor de regeling is het zorgakkoord 2013. Daarmee hebben partijen afgesproken om arbeidsvoorwaardelijke middelen te besteden voor de KiPZ. De regeling was eerst alleen bedoeld voor (algemene) ziekenhuizen. Voor de Universitair Medische Centra (UMCs) werd afgesproken om arbeidsvoorwaardelijke middelen beschikbaar te stellen voor een mogelijke pensioenovergang van het ABP, pensioenfonds voor overheid en onderwijs, naar het PFZW, pensioenfonds voor zorg en welzijn. Deze overgang is echter niet doorgegaan. Vervolgens is besloten om de daarvoor beschikbare middelen, jaarlijks circa € 35 miljoen, onder te brengen in de KiPZ. Op het moment van dit besluit begon de regeling aan het tweede jaar. Daarom werden de middelen voor de UMCs, oorspronkelijk bedoeld voor vier jaar, verdeeld over drie jaar (2015–2017) met circa € 48 miljoen voor de UMCs. Vanaf 2018 wordt het bedrag voor UMCs weer zoals oorspronkelijk bedoeld en structureel gemaakt.

Vraag 523

Maakt de op bladzijde 79 genoemde jaarlijkse € 3 miljoen voor curatieve zorg in het kader van het vervolg op het ZonMw-onderzoeksprogramma Memorabel (deel 2) volledig deel uit van de reeks «ZonMw programmering» op begrotingsartikel 4 (Zorgbreed beleid) en voor welke jaren is dit het geval? Zo nee, waar is deze € 3 miljoen dan wel te traceren?

Antwoord:

De op bladzijde 79 genoemde jaarlijkse € 3 miljoen voor curatieve zorg in het kader van het vervolg op het ZonMw-onderzoeksprogramma Memorabel (deel 2) maakt inderdaad deel uit van de geraamde programma-uitgaven ZonMW. Op blz. 115 van de begroting treft u hiervan een overzichtstabel aan. De bedragen die vanuit beleidsartikel 2 Curatieve zorg zijn overgeheveld vindt u terug onder de reeks Artikel 2 Curatieve zorg (tweede regel).

Vraag 524

Hoe kijkt u aan tegen de Rijksverantwoordelijkheid om voldoende personeel in de sector publieke gezondheid te realiseren? Welke rol neemt het Ministerie van VWS om te garanderen dat de basistaken in deze sector, Jeugdgezondheidszorg, Infectieziekten en Medische milieukunde op peil blijven?

Antwoord:

Volgens de Wet publieke gezondheid (Wpg) zijn gemeenten verantwoordelijk voor algemene bevorderingstaken (artikel 2), onder andere de afstemming van de publieke gezondheidszorg met de curatieve gezondheidszorg, epidemiologie, gezondheidsbevordering en medische milieukunde, de Jeugdgezondheidszorg (artikel 5) en Infectieziektebestrijding (artikel 6).

Uit artikel 15 van de Wpg volgt dat gemeenten er voor moeten zorgen dat de gemeentelijke gezondheidsdienst beschikt over deskundigen op het terrein van sociale geneeskunde, epidemiologie, sociale verpleegkunde, gezondheidsbevordering en gedragswetenschappen zodat de basistaken op bovenvermelde terreinen goed uitgevoerd kunnen worden en op peil blijven.

Vraag 525

Hoeveel hbo-verpleegkundigen zijn er in 2018 werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord:

Aantal hbo-verpleegkundigen werkzaam in de zorg op 31-12-2017, naar branche.

Branche	Hbo V
UMC's	7.912
Algemene en overige ziekenhuizen	24.414
Geestelijke gezondheidszorg	8.155
Verpleging, verzorging en thuiszorg	21.421
Gehandicaptenzorg	4.786
Huisartsenzorg en gezondheidscentra	2.594
Overige zorg	2.166
Welzijn en maatschappelijke dienstverlening	634
Jeugdzorg	270
Totaal	72.352

Bron: onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn

Vraag 526

Hoeveel mbo-verpleegkundigen zijn er in 2018 werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord:**Aantal mbo-verpleegkundigen niveau 4 werkzaam in de zorg op 31-12-2017, naar branche**

Branche	Mbo V
UMC's	10.334
Algemene en overige ziekenhuizen	56.055
Geestelijke gezondheidszorg	11.417
Verpleging, verzorging en thuiszorg	48.213
Gehandicaptenzorg	21.368
Huisartsenzorg en gezondheidscentra	2.432
Overige zorg	10.832
Welzijn en maatschappelijke dienstverlening	1.268
Jeugdzorg	135
Totaal	162.054

Bron: onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn

Vraag 527

Hoeveel wijkverpleegkundigen zijn er in 2018 werkzaam in de thuiszorg?

Antwoord:

Als afgestudeerd hbo verpleegkundige kan men als wijkverpleegkundige aan de slag. Volgens het onderzoek «Vraag en aanbod wijkverpleegkundigen 2015–2019» waren in 2015 zo'n 8.800 hbo-verpleegkundigen werkzaam als wijkverpleegkundige. Het is niet bekend hoeveel hbo verpleegkundigen momenteel werkzaam zijn als wijkverpleegkundige.

Vraag 528

Hoeveel verzorgenden Individuele Gezondheidszorg (IG) zijn er in 2018 werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord:

Het is niet specifiek bekend hoeveel verzorgenden IG er werkzaam zijn in 2018 in de zorg. Wel is er zicht op het totaal aantal verzorgenden in de zorg op datum 31-12-2017. Daarvoor verwijs ik u naar het antwoord op vraag 529.

Vraag 529

Hoeveel verzorgenden zijn er in 2018 werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord:**Aantal verzorgenden niveau 3 werkzaam in de zorg op 31-12-2017**

Branche	verzorgende (niveau 3)
UMC's	323
Algemene en overige ziekenhuizen	3.052
Geestelijke gezondheidszorg	1.631
Verpleging, verzorging en thuiszorg	155.966
Gehandicaptenzorg	5.128
Huisartsenzorg en gezondheidscentra	162
Overige zorg	4.333
Welzijn en maatschappelijke dienstverlening	317
Jeugdzorg	270
Totaal	171.182

Bron: onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn

Vraag 530

Hoeveel verzorgenden zijn er in 2018 werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord:

Aantal helpenden zorg en welzijn (niveau 2) en zorghulpen (niveau 1) werkzaam in de zorg op 31-12-2017

Branche	helpende (niveau 2)	zorghulp (niveau 1)
UMC's	161	484
Algemene en overige ziekenhuizen	1.285	1.446
Geestelijke gezondheidszorg	544	272
Verpleging, verzorging en thuiszorg	28.112	3.571
Gehandicaptenzorg	4103	855
Huisartsenzorg en gezondheidscentra	0	0
Overige zorg	2.528	1.805
Welzijn en maatschappelijke dienstverlening	317	0
Jeugdzorg	0	0
Totaal	37.050	8.433

Bron: onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn

Vraag 531

Hoeveel alfa-hulpen zijn er in 2018 werkzaam in de zorg?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar over het aantal alfa-hulpen werkzaam in de zorg.

Vraag 532

Hoeveel huishoudelijk verzorgenden zijn er in 2018 werkzaam in de zorg?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 530. In de kwalificatiestructuur wordt onderscheid gemaakt tussen helpenden zorg en welzijn (niveau 2) en zorghulpen (niveau 1). De term huishoudelijk verzorgende wordt doorgaans gebruikt voor helpenden zorg en welzijn (niveau 2).

Vraag 533

Hoeveel medisch specialisten, uitgesplitst per beroep zijn er in 2018 werkzaam in de zorg?

Antwoord:

In onderstaande tabel is het aantal werkzame medisch specialisten per 1 januari 2018 weergegeven, afgerond op vijftallen.

<i>Medisch Specialisten</i>	
Anesthesiologie	1.675
Cardiologie	1.085
Cardio-thoracale chirurgie	125
Dermatologie, venerologie	565
Heelkunde	1.310
Interne geneeskunde	2.230
Keel-neus-oorheelkunde	230
Kindergeneeskunde	1.465
Klinische genetica	165
Klinische geriatrie	290
Longziekten en tuberculose	645
Maag-darm-leverziekten	515

Medische microbiologie	295
Neurochirurgie	145
Neurologie	975
Nucleaire geneeskunde	175
Obstetrie en gynaecologie	1.055
Oogheelkunde	670
Orthopedie	800
Pathologie	430
Plastische chirurgie	300
Psychiatrie	3.370
Radiologie	1.210
Radiotherapie	315
Reumatologie	300
Revalidatiegeneeskunde	585
Sportarts	135
Urologie	445

Vraag 534

Hoeveel verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen zijn er werkzaam in 2018?

Antwoord:

Het aantal kraamverzorgenden was in 2018 8.846 (Pensioenfonds zorg en welzijn). Per 1 januari 2016 waren 3.221 verloskundigen werkzaam in de zorg (NIVEL) en in 2018 waren er 1.055 gynaceologen werkzaam (capaciteitsorgaan).

Vraag 535

Hoeveel huisartsen zijn er in 2018 werkzaam in de zorg?

Antwoord:

Het aantal werkzame huisartsen wordt bijgehouden door het Nivel. Het meest recente cijfer van Nivel, zoals vermeld op de StaatVenZ, is echter van 1 januari 2016. Op 1 oktober 2018 heeft het Nivel nog geen recentere cijfers over het aantal werkzame huisartsen. Op 1 juli 2018 zijn er 13.516 huisartsen geregistreerd. Op basis van gegevens van het Capaciteitsorgaan van de afgelopen jaren blijkt dat ongeveer 93% van het aantal geregistreerde huisartsen werkzaam is als huisarts. Gelet hierop is het aantal werkzame huisartsen per 1 juli 2018 naar schatting 12.570.

Vraag 536

Hoeveel verpleeghuisartsen zijn er in 2018 werkzaam in de zorg?

Antwoord:

Het aantal werkzame specialisten ouderengeneeskunde per 1 januari 2018 is naar schatting 1627.

Vraag 537

Hoeveel nurse practitioners en physician assistants zijn er in 2018 werkzaam in de zorg?

Antwoord:

In de jaren tot en met 1 januari 2018 zijn er in totaal 1077 PA's en 2876 VS'en succesvol afgestudeerd. Uit monitoringsonderzoeken van het Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt blijkt dat ruim 90% van alle afgestudeerden ook een baan vinden als respectievelijk PA en VS.

Vraag 538

Hoeveel tandartsen en mondhygiënisten werken er in Nederland?

Antwoord:

In 2016 waren er 8.210 tandartsen werkzaam in Nederland (Staat van Volksgezondheid en Zorg). Dit is het meest actuele cijfer over het aantal werkzame tandartsen. Voor het aantal geregistreerde tandartsen, zie vraag 554.

De exacte aantallen van werkzame mondhygiënist is niet te geven. Inschrijving bij de beroepsvereniging is geen verplichting en evenmin is uit te sluiten dat mensen wel in het register van de beroepsvereniging staan als mondhygiënist, maar inmiddels niet meer werkzaam zijn. Het geschatte aantal werkende mondhygiënist is 3.700 (Onderzoek Panteia Capaciteit in de mondzorg, mei 2018).

Vraag 539

Hoeveel anesthesisten zijn er in 2018 werkzaam in de zorg?

Antwoord:

Op 1 januari 2018 waren in Nederland 1675 anesthesisten werkzaam.

Vraag 540

Hoeveel zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers) werken jaarlijks in de zorg per sector? Kan een overzicht gegeven worden van 2015 tot en met 2018?

Antwoord:

Uit gegevens van CBS-statline blijkt dat er in het tweede kwartaal van 2018 ongeveer 215 duizend zelfstandigen zonder personeel in de gezondheids- en welzijnszorg actief waren. De ontwikkeling in de jaren 2015 tot en met 2018 is volgens CBS-statline als volgt:

Jaar	aantal
2015	203.000
2016	204.000
2017	205.000
2018 (2 ^e kwartaal)	213.000

Deze zelfstandigen zijn als volgt verdeeld over de verschillende sectoren:

Aandeel zelfstandigen in de totale werkgelegenheid naar sector

Branche	2015	2016	2017
Algemene en overige ziekenhuizen	4,50%	4,60%	3,90%
Geestelijke gezondheidszorg	15,80%	17,50%	16,00%
Verpleging en verzorging	2,10%	2,30%	1,50%
Thuiszorg	4,70%	4,80%	7,70%
Gehandicaptenzorg	1,30%	2,80%	2,10%
Huisartsenzorg en gezondheidscentra	31,50%	33,80%	35,20%
Welzijn en maatschappelijke dienstverlening	7,50%	9,20%	8,80%

Bron: onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn

Vraag 541

Wat kosten de zzp'ers jaarlijks?

Antwoord:

Over de jaarlijkse kosten van zzp'ers heb ik geen gegevens.

Vraag 542

Hoeveel bemiddelingsbureaus zijn er in Nederland die zzp'ers inzetten voor de zorg?

Antwoord:

In het rapport «Opdrachtbemiddeling in de zorg, Onderzoek onder bemiddelaars en zzp'ers» uit 2017 wordt uitgegaan van ruim 1.100 bemiddelingsbureaus die hebben aangegeven te bemiddelen in het zorg- en welzijnsdomein.

Vraag 543

Hoeveel bemiddelingsbureaus zijn er in Nederland die zzp'ers inzetten voor de zorg?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 542.

Vraag 544

Hoeveel opleidingsplaatsen zijn er in 2018 bijgekomen, uitgesplitst naar artsen, medisch specialisten, verpleegkundig specialisten en physician assistants?

Antwoord:

Onderstaand schema toont het verloop voor de diverse groepen.

Opleidingsplaatsen in 2017 t/m 2019

	2017	2018	2019
artsen	2.785	2.785	2.785
medisch specialisten	1.228	1.175	1.225
verpleegkundig specialisten en physician assistants	700	700	700

Vraag 545

Hoeveel opleidingsplaatsen zijn opgevuld door zorgverleners afkomstig uit het buitenland? Kunt u dit uitsplitsen per sector?

Antwoord:

Ik beschik niet over de door u gevraagde gegevens.

Vraag 546

Hoeveel buitenlandse zorgverleners zijn geweigerd om in Nederland te komen werken omdat zij niet voldoen aan de eisen?

Antwoord: In 2018 zijn er 529 aanvragen om in Nederland te kunnen werken van zorgverleners met een buitenlands diploma afgewezen omdat zij niet voldeden aan de eisen.

Vraag 547

Uit welke landen wordt buitenlands personeel aangetrokken om te werken in de zorg in Nederland?

Antwoord:

Een werkgever kiest zelf zijn personeel. Binnen die regels die daarvoor gelden, komen nieuwe medewerkers af en toe ook uit het buitenland. Zorgverleners uit landen van de Europese Economische Ruimte (EER) met in Nederland niet gereguleerde beroepen kunnen zonder belemmeringen in de Nederlandse zorg aan de slag. Zorgverleners uit EER-landen van in Nederland gereguleerde beroepen, zoals artsen en verpleegkundigen, moeten voldoen aan de eisen zoals gesteld in de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG). Die eisen hebben betrekking op de opleiding, de werkervaring en de beheersing van de Nederlandse taal. Er is geen overzicht beschikbaar van de herkomst van het zorgpersoneel.

Vraag 548

Hoeveel waarschuwingen heeft Nederland ontvangen en gegeven aan andere lidstaten over zorgverleners die niet meer mogen werken vanwege eerdere incidenten?

Antwoord:

De landen van de EU hebben onderling afspraken gemaakt elkaar te waarschuwen over disfunctionerende zorgverleners. Dit EU-waarschuwingssysteem werkt sinds 18 januari 2016. Als een zorgverlener in een EU-lidstaat een beroepsbeperking of -verbod is opgelegd, dan waarschuwen EU-lidstaten elkaar. Deze waarschuwing komt uit het informatiesysteem voor de interne markt (IMI) en heet daarom «IMI-melding». Het beroepsverbod in de IMI-melding is opgelegd door een instantie die daartoe bevoegd is.

Het EU-waarschuwingssysteem geldt voor zorgverlenende beroepen. In het belang van de patiëntveiligheid gelden voor deze beroepen wettelijke eisen t.a.v. de opleiding en de mate van bekwaamheid. Welke zorgverlenende beroepen en welke vereisten hieronder vallen verschillen per land. In Nederland zijn dat de zogenaamde artikel 3, artikel 34 en artikel 36a beroepen uit de Wet BIG en zorgverleners die onder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) vallen.

De IGJ ontvangt via het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG) een melding dat een zorgverlener zich in het waarschuwingssysteem bevindt. Daarbij gaat de inspectie na of er aanwijzingen zijn dat de zorgverlener in Nederland werkt of wil gaan werken. Indien dit het geval is beziet de inspectie of nader onderzoek noodzakelijk is.

De inspectie ontvangt twee categorieën meldingen:

- Het kan gaan om meldingen over art. 3 BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren en om beroepsbeoefenaren die worden bedoeld in artikel 34 en 36a van de Wet BIG. Het CIBG stuurt de laatste twee categorieën alleen door naar de IGJ als de zorgverlener bij het CIBG een verklaring van vakbekwaamheid heeft aangevraagd of is opgenomen in het Kwaliteitsregister Paramedici. In 2017 heeft de inspectie 26 van dergelijke meldingen ontvangen, in 2018 (tot en met 27 september 2018) heeft de inspectie 10 meldingen ontvangen.
- Meldingen over andere zorgverleners stuurt het CIBG rechtstreeks door naar de inspectie. De inspectie zoekt dan zelf naar indicaties dat deze zorgverleners in Nederland werkzaam zijn. In 2017 ontving de inspectie 1385 meldingen en in 2018 ontving de inspectie tot op heden 1140 meldingen. Bij geen van deze meldingen waren er aanwijzingen dat de zorgverlener in Nederland werkte of plannen had daartoe.

De IGJ heeft in 2017 drie keer een bevoegdheidsbeperkend bevel bij het CIBG gemeld. Die zijn door het CIBG verwerkt in het BIG-register en gemeld via het IMI waarschuwingssysteem. In 2018 heeft de IGJ tot op heden geen bevoegdheidsbeperkend bevel bij het CIBG gemeld.

Vraag 549

Welke besparing op personeelskosten moet buitenlands personeel opleveren in verhouding tot Nederlands personeel?

Antwoord: Geen. Voor het kabinet staat de kwaliteit van zorgverleners voorop. Buitenlandse zorgverleners moeten aan dezelfde kwaliteitseisen voldoen als gesteld aan Nederlandse zorgverleners.

Vraag 550

Hoeveel zorgverleners hebben een beroepsverbod gekregen?

Antwoord:

In 2018 is één schorsing aangetekend en zijn 13 doorhalingen gedaan op basis van opgelegde tuchtmaatregelen. In 5 gevallen is er een ontzegging van het recht tot wederinschrijving aangetekend omdat de zorgverleners reeds om andere redenen waren doorgehaald.

Vraag 551

Hoe hoog is het ziekteverzuim onder zorgverleners, uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord:

Ziekteverzuimpercentage naar sector.

	2013	2014	2015	2016	2017
Gezondheids- en welzijnszorg	4,8	4,8	5,0	5,1	5,3
Gezondheidszorg	4	4	4,1	4,3	4,4
Ziekenhuizen	4,5	4,4	4,6	4,8	5
Verpleging en zorg met overnachting	5,5	5,4	5,8	6	6,2
Welzijnszorg zonder overnachting	5,4	5,4	5,4	5,6	5,7

Bron: CBS Statline

De ziekteverzuimcijfers over 2018 komen medio 2019 beschikbaar.

De ziekteverzuimcijfers voor het eerste kwartaal, traditioneel het kwartaal met de hoogste verzuimcijfers, laten nog geen daling zien. In 2018 was dit percentage 6,5%, in 2017 was dit 5,7%.

Vraag 552

Wat is de gemiddelde uittredeleeftijd van zorgverleners, uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord:

De gemiddelde uittredeleeftijd van zorgverleners was ongeveer 64 jaar in 2017. Ik beschik niet over een uitsplitsing naar zorgsector.

Vraag 553

In welke regio's is er een tekort aan zorgpersoneel, en aan welk zorgpersoneel?

Antwoord:

In alle regio's is in meer of mindere mate een tekort aan zorgpersoneel. Dit betreft voornamelijk verzorgenden (IG), verpleegkundigen (mbo en hbo), gespecialiseerd verpleegkundigen, begeleiders in de GGZ en Gehandicaptenzorg en gedragsdeskundigen (gz psychologen).

Vraag 554

Hoeveel mensen zijn geregistreerd in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en hoeveel mensen zijn dit per beroepsgroep?

Antwoord:

Beroep	Aantal geregistreerde zorgverleners
Apothekers	5.506
Openbare Farmacie	2.839
Ziekenhuisfarmacie	570
Zonder specialisme	2.097
Artsen	70.741
Allergologie	7
Anesthesiologie	2.064
Arbeid en gezondheid – bedrijfsgeneeskunde	1.688
Arbeid en gezondheid – verzekeringsgeneeskunde	950
Cardiologie	1.250
Cardio-thoracale chirurgie	154
Dermatologie en venerologie	652
Geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten	250
Heelkunde	1.519
Huisartsgeneeskunde	13.656
Interne geneeskunde	2.536
Interne geneeskunde-allergologie	10
Keel-, neus- en oorheelkunde	606
Kindergeneeskunde	1.705
Klinische chemie	16
Klinische genetica	171
Klinische geriatrie	311
Longziekten en tuberculose	754
Maag-darm-leverziekten	621
Maatschappij en gezondheid	672
Medische microbiologie	329
Neurochirurgie	179
Neurologie	1.090
Nucleaire geneeskunde	207
Obstetrie en gynaecologie	1.213
Oogheelkunde	817
Orthopedie	889
Ouderengeneeskunde	1.732
Pathologie	510
Plastische chirurgie	375
Psychiatrie	3.763
Radiologie	1.410
Radiotherapie	353
Reumatologie	368
Revalidatiegeneeskunde	638
Sportgeneeskunde	150
Urologie	503
Zonder specialisme	26.623
Gz-psychologen	15.257
Klinische neuropsychologie	155
Klinische psychologie	2.243
Zonder specialisme	12.859
Tandartsen	11.142
Dento-maxillaire orthopaedie	331
Mondziekten en Kaakchirurgie	318
Zonder specialisme	10.493
Verpleegkundigen	211.444
Acute zorg bij somatische aandoeningen	148
Chronische zorg bij somatische aandoeningen	542
Geestelijke gezondheidszorg	1.031
Intensieve zorg bij somatische aandoeningen	1.612
Preventieve zorg bij somatische aandoeningen	41
Zonder specialisme	208.070
Fysiotherapeuten (geen specialisme)	38.047
Psychotherapeuten (geen specialisme)	4.713
Verloskundigen (geen specialisme)	4.601
Eindtotaal	361.451

Vraag 555

Hoe wordt gecontroleerd of zorgverleners die werkzaam zijn in de zorg daadwerkelijk geregistreerd staan in het BIG-register?

Antwoord:

Werkgevers, zorgverzekeraars, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), collega zorgverleners en patiënten kunnen controleren of een zorgverlener BIG geregistreerd is. Dit kan via het openbare register op de website van het BIG register. Per 1 januari 2019 moeten BIG-geregistreerden in hun correspondentie met patiënten het BIG-nummer verplicht vermelden. Op die manier kan een patiënt straks nog makkelijker de bevoegdheid van een zorgverlener controleren in het BIG-register.

Vraag 556

Hoeveel en welke zorgorganisaties maken gebruik van een au pair regeling, als het gaat om zorg?

Antwoord:

Er is geen inzicht in het aantal zorgorganisaties dat gebruik maakt van een au pair regeling.

Vraag 557

Welke maatregelen treft u om de agressie tegen hulpverleners in de zorg aan te pakken?

Antwoord:

Het voorkomen van en het omgaan met agressie is ontzettend belangrijk. De afgelopen jaren hebben werknemers- en werkgeversorganisaties en het kabinet (VWS, BZK en J&V) ondersteuning geboden met uiteenlopende maatregelen van het actieplan Veilig Werken in de Zorg. Zo is bijvoorbeeld anonieme aangifte (aangifte onder nummer) door de werkgever mogelijk geworden. Instrumenten, campagnematerialen, good practices en scholingsmaterialen van het actieplan blijven beschikbaar op de website duidelijkoveragressie.nl.

Specifiek voor de GGZ ligt in uw Kamer ter voorhang het Besluit Bijzondere Rechtspositieregelingen onder de Wet Bijzonder Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen om hiermee een ruimere toepassing van huisregels te realiseren. Het doel is om de veiligheid van hulpverleners te vergroten. Voor hetzelfde doel beoogt het kabinet een versnelde inwerkingtreding van de Wet verplichte ggz (Wvvggz).

Vraag 558

Hoe groot zijn de wachtlijsten voor de hbo-verpleegkundige opleiding?

Antwoord:

Deze hbo-opleiding kent geen wachtlijsten. De hbo-bacheloropleiding tot verpleegkundige wordt door 17 hogescholen in voltijds variant aangeboden. In aanloop naar het huidige studiejaar (studiejaar 2018/2019) hebben 10 hogescholen een numerus fixus gevoerd voor de voltijds opleidingsvariant. Bij de 7 hogescholen waar geen fixus gold, konden kandidaat-studenten, mits voldaan aan de vooropleidingseisen, beginnen zonder selectie.

Vanaf studiejaar 2019/2020 hebben de hogescholen de numerus fixus voor verpleegkunde afgeschaft, behalve de Hanzehogeschool. Die behoudt een numerus fixus, maar breidt haar opleidingscapaciteit uit.

Vraag 559

Zijn er wachtlijsten voor andere zorgberoepen? Zo ja, welke? En hoe lang bedraagt de wachttijd gemiddeld?

Antwoord:

Ervan uitgaande dat u doelt op wachtlijsten voor opleidingen. Voor de door VWS bekostigde opleidingen (o.a. de medisch-specialistische vervolgopleidingen en de opleidingen tot verpleegkundig specialist en physician assistant) zijn die er niet. Voor de initiële opleidingen op het terrein van zorg en welzijn verwijs ik u naar de Minister van OCW.

Vraag 560

Hoeveel opleidingsplekken zijn er in Nederland voor zorgopleidingen en voor welke niveaus?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS is verantwoordelijk voor de bekostiging van diverse vervolgopleidingen in de zorgsector. Jaarlijks wordt het aantal opleidingsplekken vastgesteld. In onderstaande tabel wordt per vervolgopleiding het aantal nieuwe opleidingsplekken weergegeven voor 2019.

Opleiding	Aantal plaatsen
Medisch specialist c.a.	1.225 ¹
Huisarts	750 ¹
Specialist ouderengeneeskunde	186 ¹
Arts verstandelijk gehandicapten	24 ¹
Sociaal geneeskundige	56 ²
GGZ	1.437 ¹
Verpleegkundig specialist, physician assistant	700 ¹

¹ in personen

² in fte

Voor nadere informatie over aantallen opleidingsplekken op MBO- en HBO-niveau en de initiële opleidingen op WO-niveau, verwijs ik u naar de Minister van OCW.

Vraag 561

Hoeveel zorgverleners zijn in 2018 ontslagen vanwege bezuinigingen, uitgesplitst per zorgsector en beroep? Wat zijn de cijfers van voorgaande jaren?

Antwoord:

Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal ontslagen medewerkers vanwege bezuinigingen.

Vraag 562

Hoeveel zorgverleners die in de afgelopen jaren ontslagen zijn hebben inmiddels weer een baan (in de zorg) kunnen vinden?

Antwoord:

Ik beschik niet over gegevens over het aantal zorgverleners dat een baan heeft gevonden na ontslag in de afgelopen jaren.

Vraag 563

Hoeveel werkzoekenden zijn er in de zorg per sector en functieniveau?

Antwoord:

Bij het UWV stonden in mei 2018 60.302 mensen met een zorg- of welzijnsberoep ingeschreven als werkzoekend. Dit waren 22.683 lager opgeleiden (zonder startkwalificatie), 21.352 middelbaar opgeleiden (mbo 2, 3, 4 en havo/vwo) en 14.558 hoger opgeleiden (hbo of WO). Van 1.659

mensen was het opleidingsniveau onbekend. Werkzoekenden kunnen niet uitgesplitst worden naar sector.

Vraag 564

Waar komen verpleegkundige specialisten en physician assistants terecht?

Antwoord:

De meeste verpleegkundig specialisten (65%) werken in algemene en academische ziekenhuizen op diverse afdelingen. De anderen werken in andere branches als de huisartsenzorg, GGZ, verpleeghuiszorg en thuiszorg.

De physician assistants werken vooral in ziekenhuizen (rond de 90%), maar ook in huisartsenpraktijken en GGZ-instellingen.

Vraag 565

Hoeveel geld komt er beschikbaar voor beleid om het vak van jeugdarts en jeugdverpleegkundige onder de aandacht van studenten te brengen?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS heeft een subsidie van € 200.000 verleend aan de Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG) voor medio 2018 tot medio 2020 voor onder andere de navolgende activiteiten:

- Het versterken/verbeteren van het imago en de bekendheid van de arts Maatschappij en Gezondheid. Onder dit vakgebied vallen ook jeugdartsen.
- Het opzetten van een herkenbare, aantrekkelijke en kwalitatief goede opleiding tot arts Maatschappij en Gezondheid.
- Samen met het veld het toekomstperspectief schetsen van de arts Maatschappij en Gezondheid en de samenwerkende professionals, waaronder de (jeugd)verpleegkundigen.

Deze activiteiten zullen er aan bijdragen dat het vak van jeugdarts en jeugdverpleegkundige onder de aandacht van studenten worden gebracht.

Vraag 566

Waar zijn de prognoses van de tekorten in de zorg uit het Actieprogramma Werken in de Zorg op gebaseerd als de verwachte zorgvraag nog in kaart moeten worden gebracht?

Antwoord:

De landelijke prognoses van de tekorten in de zorg uit het actieprogramma Werken in de Zorg zijn gebaseerd op de middellange termijn raming voor de zorg van het Centraal Planbureau. In die landelijke raming is onder andere de verwachte groei van de zorgvraag door bijvoorbeeld demografie en ook andere factoren zoals technologie verwerkt. Daarnaast baseren de prognoses zich op de verwachte in- en uitstroom uit de opleidingen en de verwachte in- en uitstroom uit de sector als gevolg van bijvoorbeeld pensionering en baanwisseling. Voor een volledige beschrijving van de ramingsmethodiek verwijst ik u naar www.azwinfo.nl.

Vraag 567

Wat gebeurt er in 2019 met de overige € 15 miljoen die niet specifiek voor verpleeghuizen is?

Antwoord:

Via SectorplanPlus en Sterk in je Werk is in 2019 in totaal € 82,5 miljoen beschikbaar, waarvan € 67,5 miljoen specifiek voor verpleeghuizen en € 15 miljoen voor zorgbrede arbeidsmarktmaatregelen.

Vraag 568

Hoeveel fraude in euro's is er daadwerkelijk vastgesteld per zorgwet (Jeugdwet, Wmo, Wlz en Zvw) en zorgvorm (zorg in natura en pgb) sinds 2012? Hoe groot waren de zorguitgaven per zorgwet in diezelfde periode? Hoe groot was het vermoeden van fraude in euro's per zorgwet? Hoe groot is het percentage vermoede fraude dat uiteindelijk geen fraude bleek te zijn?

Antwoord:

Het is niet mogelijk om de hoeveelheid fraude in de Jeugdwet, WMO en Wlz per 2012 weer te geven, ook al gezien het feit dat deze wetten pas na 2012 in werking zijn getreden. Om die reden zullen cijfers vanaf 2015 worden weergegeven voor zover bekend. Voor de WMO en Jeugdwet geldt verder dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van deze wetten en daarmee ook verantwoordelijk voor de aanpak van fraude en de registratie daarvan. Voor de Jeugdwet en WMO zijn geen cijfers bekend met betrekking tot de hoeveelheid fraude die is vastgesteld dan wel hoe groot het vermoeden van fraude is geweest. Ook de jaarlijkse cijfers Controle en Fraudebeheersing van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) geven geen volledig beeld van de hoeveel fraude in euro's dan wel hoe groot het percentage vermoeden van fraude is geweest dat is vastgesteld per zorgwet.

De volgende cijfers zijn wel bekend.

Uit de Rapportage bij persbericht resultaten controle en fraudebeheersing 2017 van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) blijkt dat zorgverzekeraars voornamelijk in de Wlz (37%) en AWBZ (32%) fraude hebben vastgesteld, gevolgd door de Zorgverzekeringswet (26%). Ook in de Aanvullende verzekering werd fraude gepleegd (4%). Van het totaal in 2017 vastgestelde fraudebedrag betrof 34% (9.231.945 euro) verblijf in een instelling (Wlz (zorg in natura)) en 12% (3.127.802 euro) betrof thuiszorg. Verder blijkt dat fraude binnen de PGB-Wlz/AWBZ-regelingen 23% van het totaal in 2017 vastgestelde fraudebedrag uitmaakt: 6,1 miljoen euro van totaal 27 miljoen euro. De ggz is met 3.819.185 euro verantwoordelijk voor 14% van het totaal vastgestelde fraudebedrag en wijkverpleging is met ruim 2,2 miljoen euro verantwoordelijk voor 8,3% van het in 2017 vastgestelde fraudebedrag.

Ook in 2016 blijkt dat Zorgverzekeraars voornamelijk in de Wlz/AWBZ (72%) fraude hebben vastgesteld, gevolgd door de Zorgverzekeringswet (23%). Ook in de Aanvullende verzekering werd fraude gepleegd (4%). In 1% van de fraude bewezen gevallen was een verzekeringsvorm onbekend of niet van toepassing.

De vastgestelde fraudes binnen de PGB-Wlz/AWBZ regelingen maakten 72% van het totaal vastgestelde fraudebedrag uit: 13,5 miljoen euro van totaal 18,9 miljoen euro. De wijkverpleging, die in eerdere jaren niet voorkwam in de uitsplitsing van het fraudebedrag naar zorgsoort, is met ruim 2 miljoen euro verantwoordelijk voor 11% van het totaal vastgestelde fraudebedrag in 2016.

In 2015 blijkt dat de vastgestelde fraude gevallen binnen de PGB-regeling voor 74% verantwoordelijk zijn voor het in 2015 vastgestelde fraudebedrag (8,2 miljoen euro van totaal 11,1 miljoen euro). Andere zorgsoorten die opvallen, bij de uitsplitsing van het totale fraudebedrag naar zorgsoort zijn de paramedische zorg (6%), ggz (5%), farmacie (3%) en ziekenhuiszorg (3%).

Onderstaande tabel geeft de onderzoeksresultaten naar ontbrekend gedeclareerd bedrag weer voor 2017, 2016 en 2015 (Zvw, Wlz/AWBZ en AV).

Onderzoeksresultaat	2017	2016	2015
Fraude bewezen	€ 27.023.174,16	€ 18.862.157,66	€ 11.117.186,74
Geen fraude	€ 647.638,43	€ 233.048,32	€ 1.068.250,25
Fraudevermoeden	€ 2.767.804,29	€ 4.191.231,33	€ 5.018.265,31
Administratieve fout zorgaanbieder	€ 522.609,99	€ 1.191.920,90	€ 2.349.577,09
Administratieve fout verzekerde en verzekeraar	€ 352.007,72	€ 301.205,47	€ 461.591,85
Totaal	€ 31.313.235	€ 24.779.564	€ 20.014.871

Bron: Rapportage bij persbericht resultaten controle en fraudebeheersing 2017 (ZN).

Hoe groot de zorguitgaven en tevens de zorgontvangsten per zorgwet sinds 2012 waren, wordt weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 1. Ontwikkeling van de zorguitgaven en -ontvangsten 2012–2019 (bedragen x € 1 miljoen)

	2012	2013	2014	2015 ²	2016	2017	2018	2019 ³
<i>Zorguitgaven en -ontvangsten actuele VWS-stand</i>								
Zorgverzekeringswet (Zvw)								
Bruto-uitgaven	36.672	39.210	39.220	41.858	43.872	45.355	47.619	50.360
Ontvangsten	1.932	2.666	3.125	3.218	3.195	3.187	3.208	3.115
Netto-uitgaven	34.739	36.544	36.095	38.640	40.678	42.168	44.411	47.245
Wet langdurige zorg (Wlz)								
Bruto-uitgaven	27.865	27.452	27.800	19.545	19.930	20.347	21.564	23.730
Ontvangsten	1.697	1.915	1.971	1.892	1.892	1.833	1.838	1.868
Netto-uitgaven	26.169	25.537	25.829	17.653	18.038	18.514	19.726	21.862
Begrotingsgefinancierde zorguitgaven								
Bruto-Wmo (gemeentefonds)	1.511	1.561	1.714	4.943	4.945	4.899	5.111	1.714
Bruto-Jeugdwet (gemeentefonds)	0	0	0	2.034	1.920	1.878	1.971	0
Bruto-overig begrotingsgefinancierd (VWS-begroting)	1.893	594	577	491	434	500	511	617
Bruto-begrotingsgefinancierde zorguitgaven	3.405	2.155	2.291	7.468	7.299	7.277	7.593	2.331
Ontvangsten	21	0	0	0	0	0	0	0
Netto-begrotingsgefinancierde zorguitgaven	3.384	2.155	2.291	7.468	7.299	7.277	7.593	2.331
Bruto-zorguitgaven	67.942	68.818	69.311	68.871	71.101	72.979	76.777	76.421
Ontvangsten	3.650	4.581	5.096	5.110	5.087	5.020	5.046	4.983
Netto-zorguitgaven	64.292	64.237	64.215	63.761	66.015	67.959	71.731	71.438

Bron: VWS.

¹ Exclusief de eenmalige stimuleringsimpuls voor de bouw uit het aanvullend coalitieakkoord Balkenende IV (€ 320 miljoen) die niet aan het Uitgavenplafond is toegerekend.

² Op 1 januari 2015 zijn de Wet langdurige zorg en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en Jeugdwet in werking getreden.

³ De middelen voor Wmo- en jeugdzorg die per 2019 onderdeel uitmaken van de algemene uitkering van het gemeentefonds tellen vanaf dat moment niet meer mee als voor het Financieel Beeld Zorg relevante zorguitgaven.

Vraag 569

Welke objectieveerbare criteria of verwijsindexen heeft de beroepsgroep/branche Jeugdhulp momenteel in gebruik om diagnostiek en verwijzing te stroomlijnen?

Antwoord:

Jeugdprofessionals hebben richtlijnen (<http://richtlijnenjeugdhulp.nl/>) voor veel voorkomende problemen. De richtlijnen geven op basis van wetenschap, praktijkkennis van professionals en ervaringskennis van cliënten onderbouwde aanbevelingen voor handelen waarvan ze beredeneerd mogen afwijken. Ook is er een databank effectieve interventies (<https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies>) die momenteel 238 programma's bevat voor hulp bij

opgroeien en opvoeden. Deze interventies zijn door een onafhankelijke erkenningscommissie beoordeeld en erkend als «goed onderbouwd» of «effectief».

Vraag 570

Welke objectieveerbare criteria gebruikt de beroepsgroep/branche Jeugdhulp voor het meten van kwaliteit?

Antwoord:

Professionals in de jeugdhulp krijgen de (relatieve) vrijheid om de kwaliteit van geleverde beroepsuitoefening zelf te reguleren via een register, beroepscode en tuchtrecht, die professionals ertoe verplichten hun kennis en vaardigheden goed op peil te houden en om te reflecteren op hun handelen. Dit gebeurt omdat de kwaliteit van de hulpverlening niet objectief te meten valt, maar er wel een groot belang wordt gehecht aan de kwaliteit van de hulpverlening. In de jeugdhulp zijn professionals BIG geregistreerd of SKJ geregistreerd. Jeugdprofessionals die geregistreerd zijn, moeten zich mogelijk bij klachten over hun professioneel handelen verantwoorden bij de tuchtrechter. Daar wordt beoordeeld of het handelen van professionals kwalitatief voldoet aan de door professionals zelf gestelde eisen.

Vraag 571

Welke cijfers gebruiken andere Europese landen om de vraag naar, zorg in en kwaliteit van Jeugdhulp te meten?

Antwoord:

Het Nederlands Jeugdinstituut (Nji) geeft in haar publicatie Jeugdzorg in Europa 2.0 uit 2012 een beschrijving van de jeugdhulpstelsels van Engeland, Duitsland, Noorwegen, Zweden, Denemarken en Finland. Over kwaliteit van jeugdhulp valt volgens het Nji weinig te zeggen, omdat een eenduidige definiëring ontbreekt. In veel van de onderzochte landen wordt net als in Nederland expliciet ingezet op meer vroegtijdig ingrijpen, minder uithuisplaatsingen en de inzet van lichtere vormen van hulp. De meeste landen kennen een «brede» benadering met zowel aandacht voor voorzieningen voor alle ouders (brede opvoedsteun) en de aanwezigheid van social workers op school als aandacht voor het verbeteren van de kwaliteit van gespecialiseerde voorzieningen. Ook wordt eerder ingegrepen in gezinnen als de ontwikkeling van het kind in het geding is.

Vraag 572

Is het mogelijk een overzicht te geven van actuele Europese cijfers en de Nederlandse cijfers als het gaat om vraag naar-, zorg in- en kwaliteit van Jeugdhulp?

Antwoord:

Actuele cijfers zijn niet beschikbaar. Het Nederlands Jeugdinstituut (Nji) geeft in haar publicatie Jeugdzorg in Europa 2.0 uit 2012 een beschrijving van de jeugdhulpstelsels van Engeland, Duitsland, Noorwegen, Zweden, Denemarken en Finland. Het Nji concludeert in deze studie dat internationaal vergelijken van jeugdhulpcijfers niet mogelijk is vanwege de verschillen tussen de stelsels, de gehanteerde definities van jeugdhulp en de wijze van dataverzameling. In Denemarken, Duitsland, Engeland, Finland, Noorwegen en Zweden is het terrein van jeugdzorg onderdeel van het gehele jeugdbeleid. In deze landen vallen onder «jeugdzorg» of «jeugdbeleid» alle typen hulp voor de jeugd. In Duitsland vallen bijvoorbeeld de kinderopvang, het jeugdwerk én de jeugdzorg onder Kinder- und Jugendhilfe. Jeugdzorg is in Finland onderdeel van lastensuojelu (kindwelzijn). Dit omvat alle voorzieningen voor kinderen en jongeren die zich bezighouden met preventie, vroege ondersteuning en kinderbe-

scherming. Uit de beschikbare cijfers blijkt dat in Nederland en de onderzochte landen 1 tot 2 procent van de kinderen opgroeit in een pleeggezin. Ook is in de meeste landen sprake van een toenemend beroep op jeugdzorg. Dit uit zich vooral in een stijging van het aantal uithuisplaatsingen.

Vraag 573

Kunt u de uitgaven van de Jeugdzorg op een rij zetten van de jaren 2015 tot en met 2018?

Antwoord:

De gemeenten moeten via het lv3-systeem (informatie voor derden) informatie aanleveren over hun begroting en hun daadwerkelijke gerealiseerde uitgaven. Dit lv3-systeem kent een sterk geaggregeerd niveau en overlap met andere gemeentelijke taken, waardoor het gevraagde inzicht niet precies kan worden gegeven. Daarnaast zijn enkel nog de daadwerkelijk gerealiseerde uitgaven over de jaren 2015 en 2016 bekend. De lv3-cijfers over het jaar 2017 komen eind 2018 beschikbaar. De cijfers over 2018 volgen eind 2019.

Onderstaande tabel geeft een overzicht voor de jaren 2015 en 2016 van de gemeentelijke uitgaven met betrekking tot Jeugd.

Jaar	Uitgaven Jeugd
2015	€ 2.963 miljoen. (Jeugd) en € 3.783 miljoen. (onverdeeld Wmo en Jeugd)
2016	€ 3.126 miljoen. (Jeugd) en € 3.577 miljoen. (onverdeeld Wmo en Jeugd)

Bron: CBS, op basis van gemeentelijke rekeningcijfers lv3 (lv3: Informatie voor derden, het format voor gemeenten op basis van het Besluit begroting en verantwoording provincies en gemeenten).

Vanwege de decentralisaties zijn per 2015 de lv3-functies voor het sociaal domein gewijzigd. Een aantal nieuwe lv3-functies betreft zowel de Wmo als Jeugd. Daarom is in de tabel voor 2015 en 2016 een bedrag «onverdeeld Wmo en Jeugd» opgenomen.

Om beter aan te sluiten bij de gemeentelijke praktijk zijn per 2017 de lv3-functies vervangen door lv3-taakvelden. Door de overgang naar taakvelden vertegenwoordigen de bedragen niet meer hetzelfde als tot en met 2016. Ook wordt in tegenstelling tot en met 2016 de gemeentelijke overhead niet meer door de individuele gemeenten zelf opgesplitst en toegerekend aan de verschillende lv3-functies, maar in zijn geheel door de gemeenten op een afzonderlijk taakveld voor de totale overhead geboekt.

Zie ook het antwoord op vraag 428

Vraag 574

Zijn er wachtlijsten bij jeugdinstellingen en jeugdreclassering? En zo ja, wat is de omvang van deze wachtlijsten?

Antwoord:

Er zijn wachttijden en wachtlijsten in de jeugdhulp, die verschillen echter per hulpvorm en per regio of gemeente. Vanwege de verschillende financiering en toegang tot jeugdhulp, verschilt niet alleen het voorkomen van deze problematiek, maar ook de oplossing. Hierom kunnen geen landelijke cijfers worden bijgehouden en gepresenteerd. Over de problemen bij het meten van wachtlijsten en de daarbij voorkomende perverse prikkels verwijs ik naar het Nji onder zoek «Wacht Maar», hoofdstuk 5.2: <https://www.nji.nl/nl/Producten-en-diensten/Publicaties/NJi-Publicaties/Wacht-maar>

Wachttijsten worden indien zij voorkomen regionaal opgepakt door gemeenten en aanbieders gezamenlijk, door hierover afspraken te maken en deze te borgen in de inkoopcontracten. Nog in 2018 zal de VNG een enquête naar de J42 regio's versturen om hier meer beeld te krijgen over de vigerende afspraken.

Vraag 575

Hoeveel kinderen maken gebruik van de jeugdzorg en jeugd-ggz?

Antwoord:

Jeugdhulp bestaat uit jongeren die een aanbod krijgen uit wat voor 2015 werd genoemd: de jeugd- en opvoedhulp, jeugd-lvg en jeugd-ggz. Omdat de problematiek bij jongeren niet altijd goed te onderscheiden valt, is het hulpaanbod met de komst van de Jeugdwet in 2015 samengevoegd in één budget, dat wordt verdeeld onder gemeenten. De doelstelling hierbij is dat gemeenten integraal maatwerk organiseren rondom de hulpvraag van de jongere. Jeugdhulp wordt met de CBS Beleidsinformatie Jeugd gemeten in 8 categorieën jeugdhulp van licht naar zwaar. Het aandeel jeugd GGZ is hierbij niet te onderscheiden en te meten.

In 2017 maakten 400.625 jongeren gebruik van jeugdhulp. Dit is exclusief jeugdbescherming en jeugdreclassering, dat volgens de definitie van de wet geen jeugdhulp is.

Vraag 576

Hoeveel jeugdigen maken vanaf 2015 gebruik van de Jeugdwet, in aantallen?

Antwoord:

Conform de jaarrapporten jeugdhulp maken de volgende aantallen unieke jongeren gebruik van jeugdhulp:

2015	362.705
2016	388.655
2017	400.625

In het eerste jaar 2015 was er sprake van onderrapportage doordat het stelsel en de registratie op gang moest komen. De stijging in 2017 kwam vooral door meer gerapporteerde ambulante jeugdhulp, geleverd door het wijkteam, bij een paar grote gemeenten.

Vraag 577

Wat is de stand van zaken van de uitvoering van het Actieprogramma Zorg voor Jeugd? Wat zijn voor alle zes de actielijnen de belangrijkste resultaten?

Antwoord:

De Kamer wordt tijdig voor het Wetgevingsoverleg Jeugd van 12 november 2018 geïnformeerd over de voortgang van het Actieprogramma Zorg voor de Jeugd.

Vraag 578

Bij hoeveel gemeenten zijn er tekorten op de jeugdzorgbudgetten en wat is de totale omvang van deze tekorten?

Antwoord:

Eind 2017 is samen met gemeenten een intensief traject doorlopen waarin geprobeerd is de signalen over de tekorten op het jeugdhulpbudget nader te verkennen, onderbouwen en verklaren.

Gedurende dit traject is gebleken dat de totale omvang van het tekort niet vast te stellen is. Daarnaast bleek dat de oorzaken waarom gemeenten een tekort ervaren sterk uiteenlopen.

Naar aanleiding van afspraken die parallel aan het Interbestuurlijk Programma (IBP) zijn gemaakt, is voor het jaar 2018 een zogenaamd Fonds Tekortgemeenten ingericht. Dit Fonds is bedoeld om verlichting te bieden aan gemeenten die te maken hebben met een stapeling van tekorten in het brede sociaal domein.

VNG heeft de spelregels van het Fonds Tekortgemeenten ontwikkeld. 15 september 2018 was de deadline voor het indienen van een aanvraag om voor het Fonds Tekortgemeenten in aanmerking te komen. 88 gemeenten hebben een aanvraag ingediend. De aanvragen worden momenteel beoordeeld. In de decembercirculaire 2018 komt het Fonds Tekortgemeenten tot uitkering.

Vraag 579

Hoeveel jeugdigen hebben een volledige of gedeeltelijke vrijstelling van leerplicht?

Antwoord:

Jaarlijks worden vrijstellingen van de plicht tot inschrijving op een school op grond van artikel 5 van de Leerplichtwet bij gemeenten opgevraagd (TK nr26 695, nr. 121, 19 februari 2018). Dit zijn vrijstellingen op lichamelijke of psychische gronden (5 onder a), vanwege levensbeschouwing van de ouders (5 onder b) of omdat het kind in het buitenland onderwijs volgt (5 onder c). Dat levert het volgende beeld op:

Schooljaar	Vrijstellingen 5 onder a	Vrijstellingen 5 onder b	Vrijstellingen 5 onder c
2013–2014	4.444	575	7.933
2014–2015	5.077	619	8.215
2015–2016	5.537	705	8.376
2016–2017	5.736	813	8.928

Daarnaast zijn er vrijstellingen van inschrijving als ouders een trekkend bestaan leiden (artikel 5a). Ook is het mogelijk dat er een vrijstelling is wegens het volgen van ander onderwijs (artikel 15)

Vraag 580

Is het mogelijk een overzicht te geven van de meest voorkomende redenen/argumenten voor vrijstelling van leerplicht?

Antwoord:

Redenen voor een vrijstelling zijn: dat ouders als kermisexploitant of circusmedewerker een trekkend bestaan leiden met hun kind, dat een kind om lichamelijke of psychische redenen niet in staat is om onderwijs te volgen op een school, dat ouders bedenkingen hebben tegen de richting van alle scholen binnen een redelijke afstand van het woonadres, dat een kind onderwijs volgt in het buitenland of op andere wijze voldoende onderwijs geniet (bijvoorbeeld door het volgen van een interne beroepsopleiding in een bedrijf).

Vraag 581

Hoeveel transformatieplannen zijn er sinds de bekendmaking van het Transformatiefonds Jeugd binnengekomen en om welke gemiddelde bedragen gaan die plannen?

Antwoord:

Alle 42 jeugdregio's hebben een transformatieplan ingediend. In de periode 2018 tot en met 2020 is er jaarlijks € 36 miljoen (totaal € 108 miljoen) aan transformatiebudget beschikbaar. Het transformatiebudget wat de jeugdregio's ontvangen is gepubliceerd in de «Spelregels Transformatiefonds» en dus vooraf bekend bij de jeugdregio's. De hoogte van het transformatiebudget per jeugdregio in 2018, 2019 en 2020 is vastgesteld naar rato van het totaal aantal kinderen tot 23 jaar op 1-1-2018 in desbetreffende jeugdregio.

Vraag 582

Kunt u beschrijven op welke wijze praktijkgericht en wetenschappelijk onderzoek vanuit de Hogescholen en Universiteiten plaatsvindt als het gaat om kennisontwikkelingsprogramma's op het gebied van Jeugd, en hoeveel budget daarmee gemoeid is?

Antwoord:

Langs verschillende lijnen werken universiteiten, hogescholen, kennisinstituten, beleid en praktijk in wisselende combinaties samen om de kennis en de lerende omgeving rond kinderen en gezinnen te vergroten. Voorbeelden hiervan zijn:

- een nieuw kennisontwikkelingsprogramma «*Wat werkt in de zorg voor de Jeugd*», zoals aangekondigd in het actieprogramma Zorg voor de Jeugd. Dit programma start per 1 januari 2019 onder leiding van ZonMw, met als doel innovatieve werkwijzen te ontwikkelen die de mogelijkheden van technologie, digitalisering, innovatie en e-health optimaal laten aansluiten bij de behoeften van kinderen en gezinnen. Het programma kent een looptijd van 2019–2025 met een budget van € 21 miljoen.
- het lopende kennisprogramma «*Academische werkplaatsen transformatie jeugd*», van ZonMw waarbij regionaal door een kruisbestuiving van onderzoek, onderwijs, beleid en praktijk nieuwe kennis en vaardigheden rond de transformatie jeugd worden ontwikkeld. Dit programma heeft een budget van € 8 miljoen.
- inzet van de landelijke kennisinstituten waaronder Nji, Movisie, Njc, KJP, Trimbos en het Kenniscentrum LVB de beschikbare kennis over succesvolle aanpakken te ontsluiten voor gemeenten, instellingen en jeugdprofessionals en ter ondersteuning van hun kennisvragen.

Vraag 583

Hoeveel kinderen in Nederland hebben overgewicht en obesitas, wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord:

In 2017 heeft 13,5 procent van de jongeren tussen de 4 en 18 jaar overgewicht: 10,7 procent heeft matig overgewicht en 2,8 procent heeft obesitas. Deze informatie is te vinden op de website van De Staat van Volksgezondheid en Zorg.

Vraag 584

Zijn er verschillen in regio's waar het overgewicht van kinderen hoog is? Zo ja, welke?

Antwoord:

De meest recente regionale overgewichtcijfers staan in de Jeugdmonitor 2015 (2 tot 25 jaar). In dat jaar was het percentage overgewicht onder jongeren het hoogst in landsdeel Noord (16,4%), gevolgd door landsdeel West (14,8%) en landsdeel Zuid (14,5%) en was het overgewicht percentage het laagst in landsdeel Oost (12,9%). De kenmerken van de verschillende regio's worden niet bij deze dataverzameling meegenomen.

Vraag 585

Hoeveel volwassenen hebben overgewicht en obesitas, wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord:

In 2017 heeft 48,7 procent van de bevolking van 18 jaar en ouder overgewicht: 34,9 procent heeft matig overgewicht en 13,9 procent heeft obesitas. Deze informatie is te vinden op de website van De Staat van Volksgezondheid en Zorg.

Vraag 586

Hoeveel en welke scholen hebben schoolzwemmen in het onderwijs-pakket zitten?

Antwoord:

Schoolzwemmen is de verantwoordelijkheid van gemeenten en van de Minister van Basis- en Voortgezet Onderwijs en Media. 32 procent van de basisscholen biedt een vorm van schoolzwemmen aan.

Vraag 587

Hoeveel en welke gemeenten bieden schoolzwemmen aan in hun verordening?

Antwoord:

Uit factsheets over schoolzwemmen in 2016 blijkt dat 32 procent van de scholen en 30 procent van de gemeenten schoolzwemmen ondersteunde.

Van de scholen in de G3-regio (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en randgemeenten) geeft 89% nog steeds aan schoolzwemmen aan te bieden, terwijl dit voor de overige delen van Nederland gemiddeld 27% is.

Vraag 588

Hoeveel kinderen verlaten de basisschool zonder zwemdiploma?

Antwoord:

Uit de steekproef van het Mulier Instituut blijkt bij benadering dat circa 97 procent van de jeugd (11–16 jaar) de basisschool met een zwemdiploma verlaat. Hieruit is af te leiden dat circa 3% geen zwemdiploma heeft. Het onderzoek van het Mulier Instituut bestaat uit een kleine steekproef, waardoor de onzekerheidsmarge groot is. Daarom is er geen harde koppeling met het aantal leerlingen te maken.

Vraag 589

Hoeveel kinderen en volwassenen zijn de afgelopen jaren verdronken omdat zij onvoldoende zwemvaardig waren?

Antwoord:

In 2016 zijn 86 Nederlanders overleden aan een verdrinkingsongeval. Verdrinkingen komen met name voor bij jonge kinderen (0–5 jaar) en ouderen (65+ jaar). Het aantal kinderen (0–15 jaar) dat verdrinkt is sinds 1996 verder afgenomen.

Over risicofactoren voor verdrinkingen is tot nu toe weinig bekend. Een aantal registratiesystemen rapporteert verdrinkingsongevallen met en zonder dodelijke afloop. Specifieke omstandigheden en kenmerken bij verdrinkingsongevallen worden meestal niet vastgelegd. Hierdoor ontbreekt een totaal overzicht van verdrinkingsoorzaken in Nederland.

Binnen het project NL Zwemveilig wordt gewerkt aan de kennisontwikkeling op het gebied van zwemveiligheid en zwemvaardigheid en het

doen van voorstellen ter verbetering van de registratie. Het deelproject over verdrinking heeft als doel inzicht te verkrijgen in de beschikbare data over verdrinkingen in Nederland en de bijbehorende risicofactoren.

Vraag 590

Hoeveel kinderen worden niet bereikt door het Jeugdsportfonds?

Antwoord:

In 2017 hebben 60.103 kinderen en jongeren de kans gekregen om te sporten en bewegen door het Jeugdsportfonds. Er zijn in Nederland 292.000 minderjarige kinderen die kans hebben om in armoede op te groeien (CBS). Dit betekent dat we circa 232.000 kinderen nog niet bereikt hebben. Cijfers over het aantal bereikte kinderen in 2018 komen beschikbaar in het eerste kwartaal van 2019.

Vraag 591

Welke initiatieven worden genomen om er voor te zorgen dat er op scholen, maar ook in andere organisaties waar mensen langdurig zitten, meer bewogen wordt, gelet op het feit dat in Nederland mensen gemiddeld ongezond lang stil zitten? Welk beleid wordt hierop gemaakt?

Antwoord:

Afgelopen jaar heeft de Gezondheidsraad de beweegrichtlijn naar de nieuwste wetenschappelijke inzichten aangepast (www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2017/8/22/beweegrichtlijnen-2017). Dit najaar zal de beweegcirkel geïntroduceerd worden en aangeboden aan uw Kamer. Deze visual zal net als de Schijf van vijf mensen zelf en (zorg) professionals moeten helpen om bewust te worden van de positieve impact van voldoende bewegen en nog belangrijker, helpen om de stap naar meer bewegen te zetten. Verder heeft Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG) het programma Gezonde Werkvloer waar werkgevers en werknemers terecht kunnen voor informatie over gezonde leefstijl waaronder het meer bewegen op de werkvloer en effectieve interventies.

Vraag 592

Hoeveel kinderen zijn er structureel gaan sporten naar aanleiding van de sportimpuls?

Antwoord:

De Sportimpuls stimuleert lokaal sportaanbod op maat, zodat mensen in de buurt kunnen sporten en bewegen. Jeugd is een belangrijke doelgroep binnen de sportimpuls. Twee van de drie varianten zijn specifiek gericht op jeugd.

Cijfers voor de jaren 2012 en 2013 zijn bekend: door de projecten die in 2012 en 2013 zijn gestart, zijn in totaal 224.659 kinderen in beweging gebracht.

Volgens de projectleiders is daarvan ongeveer 13,7% doorgestroomd naar regulier/ structureel aanbod.

Alle sportimpuls projecten worden in opdracht van VWS gemonitord. De gegevens van de sportimpuls projecten uit ronde 2014 zijn eind oktober 2018 bekend. In 2021 worden de resultaten van de volledige Sportimpuls bekend.

Vraag 593

Hoeveel kinderen leven in armoede? Wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord:

Uit cijfers van het CBS (Armoede en sociale uitsluiting 2018) blijkt dat in 2016 negen procent van de minderjarige kinderen in Nederland opgroeit in een gezin met een risico op armoede. Dit zijn 292.000 kinderen.

Vraag 594

Wat is de stand van zaken met het programma om mensen met een beperking meer aan het sporten en meer bewegen te krijgen?

Antwoord:

Het programma Grenzeloos actief loopt tot en met december 2018 en heeft als doel om het mogelijk te maken dat mensen met een handicap kunnen sporten en bewegen. Het gaat om het matchen van vraag en aanbod, het beschikbaar stellen van kennis en het sport- en beweegaanbod te versterken voor deze doelgroep. De samenwerkende partners van het sportakkoord werken op dit moment een gezamenlijk plan uit om de ambities op dit thema verder in te vullen.

Inmiddels werken 41 Wmo regio's mee aan het Programma grenzeloos actief voor het opzetten en versterken van regionale samenwerking. Dit heeft als doel om de vindbaarheid van sport- en beweegaanbod te vergroten en mensen met een beperking indien nodig naar dit aanbod toe te leiden.

Ook doen 333 sport- en beweegaanbieders mee aan het programma en hebben gebruik gemaakt van het stimuleringsbudget om het aanbod te versterken. Dit gaat om het toegankelijk maken van aanbod, het opleiden van trainers coaches, het aanbieden van specifiek aangepast sportmateriaal en het opzetten van de samenwerking met bijvoorbeeld een onderwijspartij of revalidatie instelling.

De samenwerking met het platform Uniek Sporten verloopt goed. Uniek Sporten werkt samen met Grenzeloos actief. 80% van de 41 wmo regio's waar Grenzeloos actief mee werkt maakt gebruik van Uniek Sporten. Uniek sporten wil dit naar 100% krijgen.

Het aantal mensen wat uiteindelijk gaat sporten en bewegen door Grenzeloos actief hebben we niet in beeld doordat de activiteiten op lokaal niveau plaatsvinden. Wat we wel weten is dat per 4 juni 2018 348.000 unieke sporters gebruik hebben gemaakt van het platform Uniek Sporten. Eind 2018 wil Uniek Sporten op een aantal bezoekers zitten van 570.000.

Vraag 595

Wat is het aantal sportblessures in 2018, wat was het aantal in voorgaande jaren? Welke kosten zijn hiermee gemoeid? Kunt u deze cijfers voorzien van uw duiding?

Antwoord:

Het totaal aantal sportblessures over 2018 is nog niet inzichtelijk, aangezien het jaar nog niet voorbij is.

De cijfers over (een groot deel van) 2017 zijn wel bekend; in de periode van mei tot en met december 2017 raakten naar schatting 2,8 miljoen sporters geblesseerd. Dit cijfer is niet te vergelijken met oudere cijfers, omdat er op een andere manier is gemeten, namelijk via de Gezondheidsenquête van het CBS in plaats van de daarvoor gehanteerde Ongevallen en Bewegen in Nederland (OBiN).

Uit het Letsel Informatie Systeem (LIS) blijkt dat er naar schatting 117.000 Spoedeisende Hulp (SEH) behandelingen zijn geweest bij sporters in 2017.

53.800 hiervan hadden zogenaamd ernstig letsel en 7.300 sporters werden na de SEH behandeling opgenomen in het ziekenhuis.

In de periode 2008–2017 is het aantal SEH-bezoeken voor sportblessures in verband met een ernstig letsel met 15% gedaald. Er lijkt dus sprake van een gunstige ontwikkeling wat betreft SEH behandelingen.

De direct medische kosten voor sportblessures waarvoor een sporter werd behandeld op een SEH-afdeling of is opgenomen in een ziekenhuis worden geschat op 155 miljoen euro per jaar. De maatschappelijke kosten door arbeidsverzuim bedroegen naar schatting in totaal 200 miljoen euro per jaar.

Vraag 596

Hoe hoog zijn de inkomsten uit de loterijopbrengsten en welk bedrag gaat hiervan naar de sport?

Antwoord:

Zie het antwoord bij vraag 597.

Vraag 597

Wat waren de loterijopbrengsten aan de sport in 2010 tot en met 2018?

Antwoord:

De loterijopbrengsten aan de sport in de periode 2010 t/m 2018 zijn als volgt.

Gerealiseerde afdrachten (Lotto/Nederlandse Loterij) aan NOC*NSF:

Bedragen x € 1 miljoen

2018	nmb
2017	45
2016	44
2015	43
2014	42
2013	42
2012	42
2011	55
2010	53

Gerealiseerde afdrachten Goede Doelen Loterijen aan goede doelen op het gebied van gezondheid en welzijn, waarbij sport als middel wordt ingezet:

Bedragen x € 1 miljoen

2018	nmb
2017	15
2016	12
2015	14
2014	10
2013	14
2012	10
2011	9
2010	8

Vraag 598

Wat zijn de verwachte loterijopbrengsten aan de sport in 2019?

Antwoord:

Een prognose voor de afdracht vanuit de NLO en de Goede Doelen Loterijen voor 2018 en 2019 kan door de loterijen nog niet worden

gegeven. Dit hangt af van de feitelijke lotverkoop. De verwachting is dat de voorziene afdracht in lijn is met die in de voorgaande jaren.

Vraag 599

Hoe hoog zijn de inkomsten uit de loterijopbrengsten en welk bedrag gaat hiervan naar de sport?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 597.

Vraag 600

Wat zijn de laatste ontwikkelingen met betrekking tot matchfixing?

Antwoord:

De bestrijding van matchfixing is een doorlopend proces dat nauwe samenwerking vergt tussen de sectoren sport, kansspelen en opsporing en vervolging. Afgelopen maart heeft uw Kamer nog een brief (TK 33 296, nr. 14) ontvangen waarin de versterking van de aanpak van matchfixing uiteen is gezet. Op dit moment wordt gewerkt aan een onderzoek naar de toegevoegde waarde van strafbaarstelling van matchfixing, het aanstellen van een informatiecoördinator en het opzetten van een intelligencepunt in de sport. Vanwege het grensoverschrijdende karakter van matchfixing, wordt ook op Europees niveau nadrukkelijk de samenwerking gezocht om ondermeer de informatie-uitwisseling te verbeteren.

Vraag 601

Kunt u een overzicht sturen van het aantal scholen dat 1 uur, 2 uur of 3 uur gymonderwijs geven, zowel voor het basis- als voortgezet onderwijs?

Antwoord:

Voor het primair onderwijs is de volgende verdeling in percentages aan te geven, naar groep 1–2 en groep 3–8:

Groep 1–2: 17% heeft 1 uur gymonderwijs, 40% heeft 2 uur gymonderwijs, 43% heeft 3 of meer uren gymonderwijs

Groep 3–8: 23% heeft 1 uur gymonderwijs, 74% heeft 2 gymonderwijs en 4% heeft 3 of meer uren gymonderwijs.

Ruim meer dan de helft van het VO (vmbo, havo, vwo) geeft 2 of 3–5 lesuren per week. Opgeteld geeft op het VMBO respectievelijk 58% en 37% de 2 uren of 3–5 uren les. Voor HAVO geeft 61% 2 uren les en 23% 3–5 lesuren. Op het VWO geeft 63% 2 lesuren en 18% 3–5 uren les.

Vraag 602

Hoeveel onbevoegde leerkrachten geven gymlessen op de basisscholen?

Antwoord:

Op één van de vijf basisscholen wordt weleens een onbevoegde groepsleerkracht ingezet in groep 1–2 (18%) en op één van die tien basisscholen komt dat voor in de groepen 3 tot en met 8 (11%).

Vraag 603

Hoeveel basisscholen maken gebruik van Academie voor Lichamelijke Opvoeding-(ALO) opgeleide leerkrachten voor gymlessen?

Antwoord:

Uit de laatste 1-meting bewegingsonderwijs (een periodiek terugkerende monitor (onderzoeksenquête)) binnen het Primair onderwijs van het Mulier instituut is gebleken dat voor de groepen 1–2 in totaal 23% een

ALO opgeleide leerkracht is. Voor de groepen 3–8 is dat 59% in het basisonderwijs.

Vraag 604

Hoeveel basisscholen en middelbare scholen bieden «natte gymlessen» (zwemonderwijs) aan?

Antwoord:

32 procent van de basisscholen biedt een vorm van schoolzwemmen aan. Bij 43 procent richt zich dit op het behalen van een zwemdiploma, bij 36 procent is het een «natte gymles» en bij 20 procent op beide. Over de middelbare scholen zijn geen gegevens beschikbaar.

Vraag 605

Hoeveel kinderen, volwassenen en ouderen voldoen niet aan de Nederlandse norm gezond bewegen? Kunt u hierover uw duiding geven?

Antwoord:

Op dit moment voldoet 55% van de totale Nederlandse bevolking niet aan de norm gezond bewegen (www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2017/8/22/beweegrichtlijnen-2017).

Voor kinderen specifiek tussen de 4 en 11 jaar voldoet 44% niet aan de norm van 1 uur matig intensieve inspanning per dag. Het RIVM houdt deze gegevens met de kernindicatoren sport en bewegen bij. Het onderscheid naar volwassenen en ouderen wordt niet geregistreerd door het RIVM.

Het percentage mensen wat aan de beweegrichtlijn voldoet moet omhoog. Met de inzet van de maatregelen uit het sportakkoord en preventieakkoord zetten we in op kortere termijn op een groei van 10%, met name bij de kinderen. Voor de langere termijn (2040) is de ambitie voor de gehele Nederlandse bevolking 75%.

Vraag 606

Hoeveel en welke basis- en middelbare scholen in Nederland laten hun kinderen dagelijks sporten en bewegen?

Antwoord:

Het is niet bekend hoeveel en welke basis- en middelbare scholen in Nederland hun kinderen dagelijks laten sporten en bewegen.

Vraag 607

Kunt u inzicht geven in het aantal uur dat in het basisonderwijs besteed wordt aan lessen gericht op gezonde leefstijl, zowel inclusief als exclusief gymlessen? Om welke lessen gaat dit en welke lessen zijn scholen verplicht te geven?

Antwoord:

Ik heb geen cijfers over specifiek het aantal uren besteed aan lessen op gezonde leefstijl. Vanuit het programma Gezonde School wordt structureel aandacht besteed aan gezondheid op scholen aan de hand van de leefstijl pijlers van het programma. Er zijn op dit moment 1041 (er zijn in NL iets meer dan 6800 basisscholen meting 2017 ([www.onderwijsincijfers.nl](http://www.onderwijsin cijfers.nl)) basisscholen met een vignet Gezonde School.

Vraag 608

Hoeveel Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG)-gemeenten zijn er momenteel?

Antwoord:

Inmiddels zijn 137 gemeenten actief met de JOGG-aanpak (peildatum 21 september 2018).

Vraag 609

Hoeveel procent van het aantal scholen heeft een gezonde schoolkantine?

Antwoord:

Het meest recente onderzoek van het RIVM naar «De voedingsomgeving op scholen» laat zien dat van de scholen die in beeld zijn bij het Voedingscentrum (80% van de vo en 50% van de mbo scholen) eind 2015 37% van de vo scholen en 38% van de mbo een gezonde schoolkantine heeft. Voor meer informatie verwijs ik u naar mijn brief van 9 mei 2016 (TK 31 899, nr. 27)

Vraag 610

Hoeveel procent van het aantal scholen heeft een rookvrij schoolplein?

Antwoord:

Uit onderzoek van het Mulier Instituut van eind 2016 blijkt dat 78% van alle scholen in het primair onderwijs rookvrij is. Voor scholen in het voortgezet onderwijs is dit percentage 53% en voor MBO scholen is het percentage rookvrije scholen 4%.

Vraag 611

Kunnen organisaties zoals een overheids-nv (naamloze vennootschap) met winstoogmerk zoals in Rotterdam, Arnhem, Alkmaar, Optisport en sportfondsen ook van de bijdragen aan medeoverheden gebruik maken?

Antwoord:

De specifieke uitkering kent alleen als doelgroep gemeenten. De in de vraag genoemde organisaties kunnen daar dus geen gebruik van maken. Niet winstbeogende instellingen kunnen gebruik maken van de subsidie-regeling die voor hen bedoeld is. Instellingen die voldoen aan de definitie van winstbeogendheid kunnen volledig gebruikmaken van het aftrek binnen het fiscale regime.

Vraag 612

Zijn er bij Vaardig in Bewegen overlappen met de middelen vanuit de Klijsma-gelden die via het Ministerie van SZW uitgekeerd worden aan exact dezelfde doelgroep?

Antwoord:

Nee.

Vraag 613

Er wordt een bedrag van € 12,6 miljoen genoemd dat beschikbaar is voor de organisatie van topsportevenementen in Nederland; dit komt niet overeen met de cijfers in de begroting waar op pagina 129 achtereenvolgens 9.793M, 8.836M, 10.089M, 10.089M en 10.199M genoemd worden; waar is het restant van de middelen voor de organisatie van topsportevenementen terug te vinden?

Antwoord:

De middelen voor de organisatie van topsportevenementen zijn vanwege de wijziging van de begrotingstructuur administratief terug te vinden onder twee doelstellingen: Uitblinken in sport (€ 2,85 miljoen) en Sport Verenigt Nederland (€ 9,79 miljoen). Daarmee is in 2019 in totaal € 12,6 miljoen beschikbaar voor de organisatie van topsportevenementen. De

bedragen in de tabel op pagina 129 zijn de beschikbare budgetten voor de jaren 2020 en verder.

Vraag 614

Hoe wordt de € 10 miljoen besteed die in het Regeerakkoord is gereserveerd voor het versterken van sportbonden en sportverenigingen? Onder welk artikel is dit bedrag in de begroting terug te vinden?

Antwoord:

De € 10 miljoen voor het versterken van bonden & verenigingen landt volledig in deelakkoord «Vitale aanbieders». Een deel hiervan zal worden benut voor het programma «impuls versterken sportbonden» waarvoor NOC*NSF een subsidieaanvraag heeft ingediend die bij VWS in behandeling is. Daarnaast wordt een deel besteed aan de uitbreiding van de buurtsportcoachregeling teneinde meer buurtsportcoaches in te kunnen zetten voor de ondersteuning van sportaanbieders. Het restant wordt benut voor maatregelen om het (vrijwillig) kader (trainers, coaches, bestuurders) in de sport te versterken, de verenigingsondersteuning te professionaliseren en voor impulsen om sportaanbieders te helpen zich te ontwikkelen richting vitale/open aanbieders. Vitale/open sportaanbieders zijn aanbieders, die hun organisatorische- en financiële basis op orde hebben en daarnaast de ambitie en mogelijkheden hebben om hun maatschappelijke rol te verbreden met meer sport- en beweegactiviteiten.

De samenwerkende partners van het sportakkoord werken op dit moment een gezamenlijk plan uit om de ambities op dit thema verder te concretiseren. Hoe het budget exact verdeeld wordt over deze maatregelen en via welke partijen dit gaat lopen, is momenteel onderwerp van gesprek tussen de partners van het sportakkoord. Ik zal de Kamer voor het kerstreces hierover informeren.

De middelen zijn terug te vinden op artikel 6 onder subartikelonderdeel Sport verenigt Nederland.

Vraag 615

Wat bedoelt u met het «ondernemender» gedrag van sportverenigingen?

Antwoord:

Hiermee wordt bedoeld dat sportverenigingen en andere sportaanbieders beter inspelen op de behoefte van de omgeving om hen heen. Zij richten zich op passend aanbod dat aansluit bij de behoefte van de hedendaagse sporter en samenleving. Ondernemende sportverenigingen hebben hun organisatorische- en financiële basis op orde én hebben de ambitie en mogelijkheden om hun maatschappelijke rol te verbreden met meer sport- en beweegactiviteiten.

Vraag 616

Vanaf wanneer worden de beschikbare middelen voor de Buurtsportcoach Regeling afgebouwd? Of zijn deze middelen een structurele subsidie geworden?

Antwoord:

Er is geen sprake van een afbouw van middelen voor de buurtsportcoach regeling. Met het Sportakkoord zijn juist extra middelen beschikbaar gekomen vanaf 2019. De Brede impuls combinatiefuncties (nieuwe naam: Brede regeling combinatiefuncties) heeft inmiddels nieuwe bestuurlijke afspraken die lopen tot en met 2022. In principe zijn deze middelen structureel. Deze middelen worden overigens niet weggezet met een

subsidie, maar gaan via een decentralisatie uitkering in het Gemeentefonds naar de gemeenten.

Vraag 617

Hoeveel geld is beschikbaar voor de verduurzaming van sportaccommodaties?

Antwoord:

De investeringen in maatregelen in verduurzaming zijn opgenomen in de nieuwe subsidieregeling bouw en onderhoud sportaccommodaties en sportmaterialen.

In het kader van het sportakkoord wordt er samen met de gemeenten en de sportsector gekeken waar in aanvulling hierop nog extra impulsen nodig zijn. Daarover zijn nu met de partijen gesprekken gaande.

Vraag 618

Welke taak krijgt de Rijksdienst voor Ondernemend Nederland? Gaat de Rijksdienst ook subsidies verlenen en welke dan? Waarom kiest u ervoor om sportverenigingen te koppelen aan een dienst die de taak heeft om ondernemers te steunen? Bent u het eens, dat sportverenigingen geen ondernemingen zijn, maar juist vrijwilligersorganisaties?

Antwoord:

De Rijksdienst voor Ondernemend Nederland (RVO) heeft de afgelopen jaren naar tevredenheid van de sportverenigingen de subsidieregeling Energiebesparing en Duurzame Energie Sportaccommodaties (EDS) uitgevoerd. Binnen de nieuwe subsidieregeling zal de RVO zich met name bezighouden met de beoordeling van aanvragen waarin energiebesparende maatregelen zijn genomen, omdat zij op dit terrein de expertise hebben. Ik ben het met u eens dat sportverenigingen doorgaans vrijwilligersorganisaties zijn. Sportclubs zijn echter ondernemer voor de btw. Voor de btw is iemand namelijk ondernemer als hij zelfstandig een bedrijf of beroep uitoefent.

Vraag 619

Heeft u plannen om commerciële sportaanbieders te subsidiëren? Zo ja, waarom en hoe verhoudt dit zich tot het regeerakkoord dat uitgaat van het versterken van sportbonden en sportverenigingen en niet van commerciële sportaanbieders?

Antwoord:

Nee, ik ben niet van plan om winstbeogende commerciële sportaanbieders te subsidiëren omdat dit niet mogelijk is. Winstbeogende commerciële aanbieders vallen onder het fiscale regime.

Vraag 620

Waarom staat geneesmiddelen niet in het rijtje van internationale prioriteiten?

Antwoord:

Zoals op pagina 149 van de VWS begroting onder het kopje internationale prioriteiten wordt vermeld, is internationale samenwerking op zowel Europees, als mondiaal niveau noodzakelijk om te komen tot een transparantere en eerlijke prijsstelling voor geneesmiddelen. Internationaal geneesmiddelenbeleid heeft daarmee prioriteit voor dit kabinet.

Vraag 621

Hoeveel geven andere Europese landen uit aan preventie, en dan in ieder geval specifiek wat landen uitgeven aan het voorkomen van beginnen met roken, ondersteunen bij het stoppen met roken, het voorkomen van

overmatig alcoholgebruik, depressiepreventie, suïcidepreventie, het voorkomen van overgewicht en het ondersteunen bij het komen tot een gezond gewicht? Kunt u hiervan een overzicht sturen?

Antwoord:

Eind vorig jaar heeft de OECD een rapport uitgebracht waarin zij de hoogte en verdeling van uitgaven aan preventie vergelijken in OECD landen. Onder preventie uitgaven vallen volgens de OECD definitie uitgaven aan campagnes; vaccinaties; screeningen; epidemiologische surveillance; en gezondheidschecks bij bijvoorbeeld zwangere vrouwen, in de jeugdgezondheidszorg, of tandartscontrole. Hieruit blijkt dat Nederland op Canada, de VS en het VK na per hoofd van de bevolking het meest uitgeeft aan preventie. Als % van de totale zorguitgaven geven ook Finland, Italië en Korea (iets) meer uit. Zie <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/f19e803c-en.pdf?expires=1538120498&id=id&accname=guest&checksum=4415518ED435466>. Ik beschik niet over een vergelijking specifiek voor de genoemde verschijningsvormen van preventie.

Vraag 622

Kunt u aangeven waarop andere Europese landen bezuinigen als het gaat om zorg? Kunt u hiervan een overzicht en uw duiding hiervan sturen?

Antwoord:

De meest recente daarover beschikbare informatie treft u aan in het antwoord op vraag 547 uit de Begrotingsbehandeling voor het jaar 2017 (TK 34 550 XVI, nr. 11).

Vraag 623

Kunt u een overzicht geven van EU-richtlijnen en verordeningen, binnen het domein van het Ministerie van VWS, die nog niet zijn aangenomen?

Antwoord:

Alle voorstellen voor nieuwe EU-wetgeving worden, vergezeld van een BNC-fiche, aan de Tweede Kamer toegezonden (TK 22112). BNC-fiches bevatten onder meer een samenvatting van het voorstel en de beoogde onderhandelingsinzet van het kabinet. Via de website van Europese Unie kan de voortgang van de Europese wetgevingsprocedures worden gevolgd.

Zo wordt er momenteel bijvoorbeeld op Europees niveau onderhandeld over een verordening met betrekking tot meer Europese samenwerking op het terrein van de evaluatie van gezondheidstechnologieën (Health Technology Assessment) en wordt er op het gebied van voedselveiligheid onderhandeld over een aanpassing van de verordening inzake levensmiddelenwetgeving.

Ook ontvangt de Tweede Kamer ieder kwartaal van de Minister van Buitenlandse Zaken een overzicht van de stand van zaken bij de implementatie van EU-richtlijnen in de Nederlandse wet- en regelgeving (TK 21109). Deze brieven bevatten als bijlage een overzicht met recent vastgestelde Europese regelgeving en het departement dat verantwoordelijk is voor de implementatie.

Vraag 624

Waarom wordt er in 2018 twee keer zoveel uitgegeven aan ICT in het kerndepartement en wordt dat in 2019 weer gehalveerd?

Antwoord:

Het verschil in uitgaven betreft enkele verschuivingen binnen artikel 10 van eigen personeel naar ICT voor bijvoorbeeld Programmadirectie

Antonie van Leeuwenhoekterrein en de voorbereidingen van de verhuizing van EMA van Londen naar Amsterdam. Daarnaast waren in 2018 onder andere incidenteel extra middelen nodig voor de ICT-investeringen bij de Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen (DUS-I), zoals vermeld in de eerste suppletoire begroting 2018.

Vraag 625

Op welke wijze ziet de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) toe op ICT-gerelateerde standaarden in zorginstellingen?

Antwoord:

De IGJ voert sinds 2017 inspectiebezoeken bij zorgaanbieders uit op het gebied van e-health. E-health wordt door de IGJ breed geïnterpreteerd (analoog aan de landelijke e-health-monitor van NIVEL en Nictiz) en omvat daarbij ook de zorg-ICT van de zorgaanbieder, zoals het EPD en elektronische gegevensuitwisseling. De IGJ heeft hierover in mei 2018 een factsheet «Verkenkend toezicht op e-health bij zorgaanbieders» gepubliceerd. De inspectie baseert zich bij dit toezicht op een reeks van wetten, veldnormen en richtlijnen op het gebied van ICT in de zorg. Deze zijn dus te beschouwen als aan ICT gerelateerde standaarden. Een concreet voorbeeld is de NEN 7510, die voorschriften geeft voor het management-systeem op het gebied van informatiebeveiliging. In een bijlage bij het factsheet van mei 2018 is aangegeven op welke wetten, veldnormen en richtlijnen het toetsingskader dat bij de inspecties wordt gebruikt is gestoeld. Aangezien dit toezicht is gebaseerd op de Wet kwaliteit, klachten en geschillen gezondheidszorg, staat in het toezicht voorop dat er een duidelijke relatie moet zijn bestaan tussen kwaliteit van zorg en de wetten, veldnormen en richtlijnen op het gebied van ICT. Immers, aan ICT-gerelateerde standaarden zijn nooit een doel op zichzelf. Voor zover ICT in zorginstellingen te kenmerken is als medisch hulpmiddel, ziet de IGJ ook toe op de regels die gelden vanuit de Wet op de medische hulpmiddelen. In het geval van ziekenhuizen en privéklinieken is dan ook het toezicht op het Convenant Medische Technologie van belang.

Vraag 626

Hoeveel meldingen ontvangt de IGJ jaarlijks met betrekking tot de ouderenzorg, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuiszorg?

Antwoord:

Zie de beantwoording bij vraag 627 waarin de meldingen naar zorgsector zijn ingedeeld.

Vraag 627

Hebben de meldingen die de IGJ binnenkrijgt betrekking op veel dezelfde problemen, zo ja, welke problemen zijn dit?

Antwoord:

De IGJ deelt de ontvangen meldingen in naar zorgsector en kent daarbij vier categorieën van melding: calamiteit, geweld in de zorgrelatie, ontslag disfunctioneren, andere melding. Bijgaand het overzicht van de cijfers van 2017. De cijfers van 2018 volgen in het Jaarbeeld 2018.

Zorgsector	Calamiteit	Geweld in zorgrelatie	Ontslag disfunctio- neren	Andere melding	Totaal
Eerstelijns acute zorg	252	1	4	55	312
Eerstelijns farmacie	23	0	3	126	152
Geestelijke gezondheidszorg	82	16	12	393	503
Farmaceutische bedrijven	3	0	0	1.663	1.666
Gehandicaptenzorg	96	155	38	250	539
GGZ	107	54	31	377	569
Jeugd	16	17	0	45	78
Medisch-specialistische zorg	1.034	12	29	569	1.644
Medische technologie	2	0	0	3.923	3.925
Mondzorg	5	3	7	261	276
Netwerken	1	0	0	1	2
Preventie	4	2	1	17	24
Producten	2	0	0	127	129
Verpleging & verzorging	388	85	79	596	1.148
Zorg aan asielzoekers en justitiabelen	28	8	0	270	306
Eindtotaal	2.043	353	204	8.682	11.273

Vraag 628

In hoeveel zorginstellingen, zowel curatief als care, is de hygiëne onder de maat? Is er sprake van een toename of afname van zorginstellingen met ondermaatse hygiëne?

Antwoord:

De inspectie kijkt in het kader van haar toezicht op infectiepreventie ook naar de processen rondom reiniging en desinfectie. In juni 2018 publiceerde de inspectie het rapport «Infectiepreventie, een kwestie van gedrag en een lange adem». Daarin staan de resultaten van de meest recente toezichtronde infectiepreventie bij 48 ziekenhuizen. Daarin bleek dat het totale proces van reiniging en desinfectie (de schoonmaak), inclusief het gebruik van middelen en materialen, en de scholing van de medewerkers bij 21 ziekenhuizen (44%) onvoldoende of matig beoordeeld.

De tekortkomingen betroffen de onduidelijke toelichting van de schoonmaakmethode door het schoonmaakpersoneel en het gebrek aan zicht op de uitgevoerde schoonmaak op de afdeling. Niet alle schoonmaakmedewerkers werden regelmatig algemeen geschoold en een deel van het schoonmaakpersoneel was niet geschoold om de einddesinfectie na een isolatie uit te voeren. Ziekenhuizen die niet voldeden kregen verbetermaatregelen opgelegd. In 2016 en 2017 heeft de inspectie in het kader van infectiepreventie een 31 particuliere klinieken bezocht. Waarbij onder andere is gekeken naar hygiëne. Ook in de care is hygiëne een onderdeel van het toezicht op infectiepreventie. De conclusie van de inspectie van onderzoeken in 2012 en 2014 was dat het niet op orde was met de infectiepreventie in de verpleeghuizen. Ook het toezicht had niet het gewenste effect. Sinds 2018 werkt de inspectie met een nieuw toetsingskader infectiepreventie in de verpleeghuiszorg. Het is nu nog te vroeg om een algemeen beeld van de huidige stand van zaken in de sector te geven. In 2018 zijn in het kader van het toezicht op infectiepreventie 19 verpleeghuizen bezocht. Ook in 2019 worden bezoeken gebracht.

Vraag 629

Hoeveel sancties heeft de IGJ in 2018 uitgedeeld en hoe was dat in vorige jaren? Kunt u dit duiden?

Antwoord:

Maatregel	2018 ¹	2017	2016	2015	2014
Opgelegde boetes	44	59	55	46	34
Opgelegde lasten onder dwangsom	6	575	296	337	47
Gegeven aanwijzingen	16	29	21	4	9
Ingesteld Verscherpt Toezicht	10	10	20	11	21
Ingediende tuchtzaken	9	15	24	24	34
Totaal:	85	688	416	422	145

¹ Voorlopige aantallen (t/m Q2).

Zie hierboven de aantallen interventies van de IGJ vanaf 2014. De inspectie is in de laatste jaren meer maatregelen gaan opleggen, echter dit zegt niet iets over de algemene kwaliteit van zorg in Nederland. Het totaal aantal ingezette interventies wordt sterk beïnvloed door de opgelegde lasten onder dwangsom voor de aanlevering van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) waarmee zorginstellingen en instellingen voor jeugdhulp en Veilig Thuis verplicht jaarlijks verantwoording afleggen over hun prestaties. De handhaving hiervan over het verslagjaar 2017 vindt in de tweede helft van 2018 plaats. De aantallen interventies zijn voor 2018 nog niet goed te duiden aangezien ze het eerste helft van 2018 betreffen. Nadere duiding volgt in het Jaarbeeld 2018 van de IGJ.

Vraag 630

Hoe heeft de groei van de collectieve zorguitgaven zich ontwikkeld ten opzichte van de groei van de economie in de afgelopen vijftien jaar?

Antwoord:

In de onderstaande tabel is de ontwikkeling van de netto-zorguitgaven ten opzichte van de groei van de economie in de afgelopen vijftien jaar opgenomen.

Ontwikkeling van de netto-zorguitgaven t.o.v. de economische groei 2003 t/m 2017

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Reële groei van de netto-zorguitgaven (gecorrigeerd voor overheveling)	- 0,7%	2,0%	1,3%	- 1,6%	4,2%	8,4%	6,7%	4,7%
Reële economische groei	0,3%	2,0%	2,2%	3,5%	3,7%	1,7%	- 3,8%	1,4%
		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Reële groei van de netto-zorguitgaven (gecorrigeerd voor overheveling)		3,0%	3,4%	- 1,4%	0,4%	0,0%	1,9%	1,6%
Reële economische groei		1,7%	- 1,1%	- 0,2%	1,4%	2,0%	1,7%	3,1%

Vraag 631

Welk percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven, zoals begroot voor 2019, komt puur op het conto van de vergrijzing?

Antwoord:

Het CPB stelt in het rapport «Een raming van de zorguitgaven 2018–2021» dat het effect van demografie en epidemiologie een bijdrage van 1,2%-punt per jaar levert aan de reële groei van de zorguitgaven.

Het effect van demografie en epidemiologie is het meest omvangrijk in de Wlz; de reële uitgaven nemen ieder jaar met 1,7% toe vanwege die factoren. In de Zvw is het effect van demografie kleiner dan in de Wlz; in de Wmo/jeugdzorg is het effect nog kleiner. Dit komt omdat in de jeugdzorg de invloed van demografie negatief is (-0,7% per jaar).

Vraag 632

Welk percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven, zoals begroot voor 2019, komt puur op het conto van de toename van het aantal chronisch zieken?

Antwoord:

Het is bekend dat chronisch zieken op individueel niveau hogere zorgkosten hebben dan niet-chronisch zieken. Het valt echter niet te zeggen welk deel van de stijging van de totale collectieve zorguitgaven zuiver is toe te rekenen aan het stijgende aantal chronisch zieken, – waarbij verbeterde overlevingskansen en vergrijzing een rol spelen –, en welk deel is toe te rekenen aan de toename van uitgaven per chronische zieke door technologische ontwikkelingen. Beide ontwikkelingen resulteren in een overall stijging.

Vraag 633

Welk percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven, zoals begroot voor 2019, komt puur op het conto van technologische ontwikkelingen?

Antwoord:

Het is niet bekend welk deel van de groei van de collectieve zorguitgaven zuiver valt toe te schrijven aan technologische ontwikkelingen. Dat komt doordat «technologische ontwikkeling» een zeer breed begrip is waar veel verschillende ontwikkelingen in de zorg onder geschaard worden die zowel kostenverhogend als kostenbesparend kunnen zijn. Het precieze effect van technologische ontwikkeling op de totale collectieve zorguitgaven is daardoor niet te bepalen. Dit geldt overigens ook voor andere factoren, zoals sociaal-culturele ontwikkelingen of innovatie, die evident van invloed zijn op de collectieve zorguitgaven, maar waarvan het afzonderlijke effect eveneens niet te kwantificeren en te meten is.

Vraag 634

Welk percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 komt door de invoering van marktwerking?

Antwoord:

Marktwerking is een breed en algemeen begrip. We betrekken het hier op het principe van gereguleerde concurrentie zoals verankerd in de Zorgverzekeringswet van 2006. Gereguleerde concurrentie zorgt voor meer keuzemogelijkheden voor verzekerden en voor mededinging tussen zorgverzekeraars die namens verzekerden/patiënten zorg inkopen bij zorgaanbieders. Het is geen doel op zich, maar om te bevorderen dat zorg toegankelijk is, van hoge goede kwaliteit, doelmatig georganiseerd en betaalbaar is, in het belang van patiënten en verzekerden. Dit gebeurt binnen een zeer gereguleerde setting. Het is niet goed mogelijk om de gevolgen van deze wet te isoleren van andere (beleids)ontwikkelingen. Zo hebben de hoofdlijnenakkoorden in belangrijke mate bijgedragen aan de beheersing van de kosten in de afgelopen jaren. Zorgkosten stijgen primair als gevolg van een toenemende vraag naar zorg, technologische ontwikkeling en stijgende lonen in de zorg. Onderlinge concurrentie tussen verzekeraars draagt zeker bij aan een doelmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet. Dit blijkt onder andere uit de lage beheerskosten van verzekeraars (3,1% van de totale zorgkosten in 2017) die ook een dalende trend laten zien.

In 2018 betalen minima gemiddeld € 403 aan zorgkosten (saldo van nominale premie, gemiddeld eigen risico en zorgtoeslag), dat is minder dan deze groep in 2006 gemiddeld betaalde (€ 522).

Vraag 635

Welk percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven, zoals begroot voor 2019, komt puur op het conto van geneesmiddelen?

Antwoord:

De uitgaven aan extramurale geneesmiddelen (inclusief apothekerskosten) groeien in 2019 naar verwachting met € 287 miljoen, van € 4,750 miljard naar € 5,037 miljard, exclusief loon- en prijsbijstelling.

De uitgaven aan intramurale geneesmiddelen maken onderdeel uit van de sector medisch-specialistische zorg. Voor de intramurale geneesmiddelen is dus geen expliciete groeiverwachting gemaakt. Het verwachte groeipercentage van intramurale geneesmiddelen is lastig in te schatten vanwege o.a. de instroom van nieuwe dure geneesmiddelen en de ingezette maatregelen om de groei aan uitgaven te beperken. Op basis van realisaties uit de voorgaande jaren (totale groei van circa 6,5% per jaar, waarvan circa 1,5% loon- en prijsbijstelling) zou een groei van 5% (dus exclusief 1,5% loon- en prijsbijstelling) in 2019 kunnen worden verondersteld. De uitgaven in 2018 bedragen naar schatting circa € 2,2 miljard, wat dan neerkomt op een groei van € 110 miljoen in 2019 (5% van € 2,2 miljard). Daarnaast is er een btw-verhoging van 3% (van 6% btw naar 9% btw), wat neerkomt op € 66 miljoen groei aan uitgaven.

De totale groei van de zorguitgaven exclusief loon- en prijsbijstelling in 2019 bedraagt ruim € 2,3 miljard. Daarmee zou het aandeel van geneesmiddelen in de groei van de zorguitgaven in 2019 naar verwachting grofweg 20% bedragen.

Hierbij dient opgemerkt te worden dat dit mede beïnvloed wordt door de btw-stijging in 2019 en de verwachte toenemende kosten rondom het tegengaan van vervalsingen (vanaf februari 2019 treedt de zogeheten Falsified Medicines Directive in werking).

Vraag 636

Welk percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven, zoals begroot voor 2019, puur op het conto van bureaucratie, overhead en verspilling?

Antwoord:

Het is onbekend welk percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven toe te schrijven zijn aan bureaucratie, overhead en verspilling. Dat komt omdat de benodigde gegevens hierover niet beschikbaar zijn.

Vraag 637

Hoeveel procent van hun besteedbaar inkomen waren mensen met een minimum inkomen in 2017 kwijt aan eigen betalingen in de zorg, en hoeveel procent is dat in 2018?

Antwoord:

Het bedrag dat burgers kwijt zijn aan eigen betalingen varieert sterk met hun gezondheid.

Burgers met een zeer goede gezondheid maken niet of nauwelijks gebruik van de zorg. Hun eigen betalingen zijn dan ook zeer laag of nul.

Burgers met een gemiddelde gezondheid maken een deel van het eigen risico Zvw vol, maar doen geen beroep op Wlz-zorg.

Burgers met een slechte gezondheid maken veelal het eigen risico Zvw vol en een deel van deze groep maakt daarnaast gebruik van Wlz-zorg waar ze een inkomensafhankelijke bijdrage voor betalen.

De gemiddelde eigen betalingen (eigen bijdragen Wlz plus eigen risico Zvw) bedragen in 2017 en 2018 € 368. Als percentage van het besteedbaar inkomen van een eenpersoonshuishouden met een minimum inkomen is dat in beide jaren 2,1%. Huishoudens met een laag inkomen worden via de zorgtoeslag overigens deels gecompenseerd voor het eigen risico. Informatie over de verdeling van de eigen betalingen over inkomensgroepen is niet beschikbaar.

Vraag 638

Hoeveel procent van hun besteedbaar inkomen waren mensen met een modaal inkomen in 2017 kwijt aan eigen betalingen in de zorg, en hoeveel procent is dat in 2018?

Antwoord:

Zie de algemene opmerkingen bij het antwoord op vraag 637.

De *gemiddelde* eigen betalingen (eigen bijdragen Wlz plus eigen risico Zvw) bedragen in 2017 en 2018 gemiddeld € 368. Als percentage van het besteedbaar inkomen van een eenpersoonshuishouden met een modaal inkomen is dat in beide jaren 1,5%.

Informatie over de verdeling van de eigen betalingen over inkomensgroepen is niet beschikbaar.

Vraag 639

Hoeveel procent van hun besteedbaar inkomen waren mensen met een hoog inkomen in 2017 kwijt aan eigen betalingen in de zorg, en hoeveel procent is dat in 2018?

Antwoord:

Zie de algemene opmerkingen bij het antwoord op vraag 637.

De eigen betalingen (eigen bijdragen Wlz plus eigen risico Zvw) bedragen in 2017 en 2018 gemiddeld € 368. Als percentage van het besteedbaar inkomen van een eenpersoonshuishouden met een hoog inkomen (2x modaal) is dat in beide jaren 0,9%.

Informatie over de verdeling van de eigen betalingen over inkomensgroepen is niet beschikbaar.

Vraag 640

Kunt u de uitgaven van de Wmo op een rij zetten van de jaren 2007 tot en met 2018?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 428.

Vraag 641

Kunt u de uitgaven van de Wlz op een rij zetten van de jaren 2015 tot en met 2018?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 9.

Vraag 642

Kunt u de uitgaven van de Zvw op een rij zetten van de jaren 2007 tot en met 2018?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 9.

Vraag 643

Kunt u de uitgaven van de jeugdzorg op een rij zetten van de jaren 2015 tot en met 2018?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 573.

Vraag 644

Kunt u de uitgaven van beschermd wonen op een rij zetten van de jaren 2015 tot en met 2018?

Antwoord:

De gemeenten leveren via het lv3-systeem (informatie voor derden) informatie aan over hun begroting en hun daadwerkelijke gerealiseerde uitgaven. Dit lv3-systeem kent een sterk geaggregeerd niveau en overlap met andere gemeentelijke taken, waardoor het gevraagde inzicht niet kan worden gegeven. Zie ook het antwoord op vraag 428.

Vraag 645

Kunt u de uitgaven van dagbesteding en begeleiding op een rij zetten van de jaren 2015 tot en met 2018?

Antwoord:

Dagbesteding en begeleiding zijn onderdeel van de Wmo 2015. Zie ook het antwoord op vragen 428 en 644.

Vraag 646

Recente cijfers laten zien dat de zorgkosten helemaal niet zo snel stijgen, keer op keer zijn er ook onderschrijdingen; waarom wordt er dan toch vanuit gegaan dat de komende vier jaar de uitgaven met € 10 miljard zullen stijgen? Is het niet verstandiger om voortaan 3 scenario's te schetsen, met een onder-, een midden- en bovengrens? Kan dat alsnog gedaan worden voor de komende vier jaar?

Antwoord:

De verwachte groei van de zorguitgaven op middellange termijn is gebaseerd op ramingen van het Centraal Planbureau. De systematiek is uitgebreid gedocumenteerd in de publicatie «Een raming van de zorguitgaven 2017–2021» van 30 maart 2016. Naderhand zijn bepaalde parameters geactualiseerd op basis van recentere inzichten. Zo is met name de verwachte loon- en prijsontwikkeling in de zorg aan forse schommelingen onderhevig. In de begroting zijn deze terug te vinden in de verticale toelichting van zowel de Zvw als de Wlz onder de titel «loon- en prijsbijstelling».

In de gehele Rijksbegroting wordt één scenario geschetst van de ontwikkeling van de overheidsuitgaven. Ik zie geen reden om voor de zorg een uitzondering te maken. Het werken met meerdere scenario's verhoudt zich ook niet met het feit dat voor bepaalde posten een eenduidige waarde bepaald moet worden. Er moet één inkomensafhankelijke bijdrage, één rekenpremie en één macroprestatiebedrag worden vastgesteld en ook bij de raming van de zorgtoeslag en de rijksbijdragen moet er één bedrag worden vastgesteld om deze te kunnen heffen, toekennen en/of uitkeren.

Overigens worden er in diverse scenariostudies van bijvoorbeeld het CPB en het RIVM wel verschillende scenario's geschetst. Een goed voorbeeld is de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) van het RIVM. De VTV is een periodieke rapportage over de toekomstige ontwikkeling van de volksgezondheid, verschijnt iedere vier jaar en wordt gemaakt in opdracht van het Ministerie van VWS.

Vraag 647

Waarom is er niet voor gekozen om elke sector in de zorg een deel te laten behouden van optredende onderschrijdingen? Kan in een overzicht

worden weergegeven welke sectoren in de zorg structureel onderschrijdingen kennen?

Antwoord:

Als onderdeel van de hoofdlijnenakkoorden met de huisartsenzorg/multidisciplinaire zorg, de ggz en de wijkverpleging is afgesproken dat een deel (€ 50 miljoen) van de onderschrijdingen in 2017 behouden blijft voor die sectoren om de afspraken in de betreffende akkoorden te kunnen realiseren. Dit geldt om die reden dus alleen voor die hoofdlijnensectoren. Voor de medisch-specialistische zorg geldt dat er geen onderschrijding was in 2017, dus daar bestond die mogelijkheid niet.

Tabel 4A op pagina 198 van de ontwerpbegroting bevat een overzicht van de sectoren in de Zvw waar de onderschrijdingen structureel verondersteld worden. Naast bovengenoemde sectoren gaat het dan vooral om de genees- en hulpmiddelen.

De onderschrijdingen in de zorguitgaven betreffen voornamelijk de Zvw-uitgaven. Voor deze uitgaven geldt een recht op zorg voor burgers conform het basispakket en een zorgplicht voor verzekeraars om deze zorg te vergoeden, ongeacht de hoogte van het Uitgavenplafond Zorg. Een onderschrijding betekent in veel gevallen dat verzekeraars minder geld nodig hadden om aan hun zorgplicht te voldoen. In die gevallen heeft het geen toegevoegde waarde om die middelen door de sectoren te laten behouden, tenzij hier afspraken tegenover staan (zoals bijv. het wegwerken van wachtlijsten).

Vraag 648

Hoe groot is de jaarlijkse indexatie voor loonontwikkeling voor de wijkverpleging in de jaren 2019, 2020, 2021? Tot welke loonstijging leidt dit, grosso modo, voor een wijkverpleegkundige?

Antwoord:

De loon- en prijsbijstelling die verwerkt is in de begroting 2019 is voor 2019 gebaseerd op de Macro Economische Verkenning (MEV) 2019 van het Centraal Planbureau (CPB) en voor de latere jaren op het Centraal Economisch Plan (CEP) 2018 (omdat er in de MEV 2019 geen raming voor 2020 en 2021 is opgenomen).

De definitieve overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (ova) wordt jaarlijks na verschijnen van het CEP vastgesteld. Met deze bijdrage is in het Budgettair Kader Zorg de ruimte beschikbaar om in de zorgsector de loonontwikkeling in de marktsector te kunnen volgen. In de begroting is voor 2019 gerekend met een contractloonstijging 3%, voor 2020 met 2,8% en voor 2021 met 2,6%. Dit betreft in alle gevallen de raming van de contractloonstijging van bedrijven van het CPB.

De uiteindelijke loonstijging voor een wijkverpleegkundige volgt uit de cao-onderhandelingen tussen de private partijen in de zorg en is op voorhand niet vast stellen.

Vraag 649

Hoe groot is de jaarlijkse indexatie voor loonontwikkeling voor de geestelijke gezondheidszorg in de jaren 2019, 2020, 2021? Tot welke loonstijging leidt dit, grosso modo, voor een ggz-medewerker?

Antwoord:

De loon- en prijsbijstelling die verwerkt is in de begroting 2019 is voor 2019 gebaseerd op de Macro Economische Verkenning (MEV) 2019 van het Centraal Planbureau (CPB) en voor de latere jaren op het Centraal

Economisch Plan (CEP) 2018 (omdat er in de MEV 2019 geen raming voor 2020 en 2021 is opgenomen).

De definitieve overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (ova) wordt jaarlijks na verschijnen van het CEP vastgesteld. Met deze bijdrage is in het Budgettair Kader Zorg de ruimte beschikbaar om in de zorgsector de loonontwikkeling in de marktsector te kunnen volgen. In de begroting is voor 2019 gerekend met een contractloonstijging 3%, voor 2020 met 2,8% en voor 2021 met 2,6%. Dit betreft in alle gevallen de raming van de contractloonstijging van bedrijven van het CPB.

De uiteindelijke loonstijging voor ggz-medewerker volgt uit de cao-onderhandelingen tussen de private partijen in de zorg en is op voorhand niet vast stellen.

Vraag 650

Voor hoeveel locaties in de intramurale gehandicaptenzorg bestaan wachtlijsten en wat is de omvang van elk van deze wachtlijsten, zowel binnen als buiten de treeknorm?

Antwoord:

Het Zorginstituut publiceert op zijn site, <https://www.istandaarden.nl/wachtlijsten>, de stand van de wachtlijst op instellings- en locatieniveau. Dit overzicht geeft voor de sector gehandicaptenzorg, per locatie, inzicht in het aantal actief wachtenden en niet-actief wachtenden. Bij de wachttijd wordt onderscheid gemaakt tussen binnen en buiten de Treeknorm. Het overzicht bestaat uit de volgende onderdelen:

- Actief wachtend, binnen de treeknorm, geen zorg uit de Wlz.
- Actief wachtend, binnen de treeknorm, met zorg uit de Wlz.
- Actief wachtend, buiten de treeknorm, geen zorg uit de Wlz.
- Actief wachtend, buiten de treeknorm met zorg uit de Wlz.
- Niet-actief wachtend, geen zorg uit de Wlz.
- Niet-actief wachtend, met zorg uit de Wlz.

Vraag 651

Voor hoeveel locaties in de intramurale ouderenzorg bestaan wachtlijsten en wat is de omvang van elk van deze wachtlijsten, zowel binnen als buiten de treeknorm?

Antwoord:

Het Zorginstituut publiceert op zijn site, <https://www.istandaarden.nl/wachtlijsten>, de stand van de wachtlijst op instellings- en locatieniveau. Dit overzicht geeft voor de sector intramurale ouderenzorg, per locatie, inzicht in het aantal actief wachtenden en niet-actief wachtenden. Bij de wachttijd wordt onderscheid gemaakt tussen binnen en buiten de Treeknorm. Het overzicht bestaat uit de volgende onderdelen:

- Actief wachtend, binnen de treeknorm, geen zorg uit de Wlz.
- Actief wachtend, binnen de treeknorm, met zorg uit de Wlz.
- Actief wachtend, buiten de treeknorm, geen zorg uit de Wlz.
- Actief wachtend, buiten de treeknorm, met zorg uit de Wlz.
- Niet-actief wachtend, geen zorg uit de Wlz.
- Niet-actief wachtend, met zorg uit de Wlz.

Vraag 652

Voor hoeveel locaties in de intramurale geestelijke gezondheidszorg bestaan wachtlijsten en wat is de omvang van elk van deze wachtlijsten, zowel binnen als buiten de treeknorm?

Antwoord:

Het Zorginstituut publiceert op zijn site, <https://www.istandaarden.nl/wachtlijsten>, de stand van de wachtlijst op instellings- en locatieniveau. Dit overzicht geeft voor de sector geestelijke gezondheidszorg, per locatie, inzicht in het aantal actief wachtenden en niet-actief wachtenden. Bij de wachttijd wordt onderscheid gemaakt tussen binnen en buiten de Treeknorm. Het overzicht bestaat uit de volgende onderdelen:

- Actief wachtend, binnen de treeknorm, geen zorg uit de Wlz.
- Actief wachtend, binnen de treeknorm, met zorg uit de Wlz.
- Actief wachtend, buiten de treeknorm, geen zorg uit de Wlz.
- Actief wachtend, buiten de treeknorm met zorg uit de Wlz.
- Niet-actief wachtend, geen zorg uit de Wlz.
- Niet-actief wachtend, met zorg uit de Wlz.

Vraag 653

Hoeveel mensen staan op een wachtlijst voor zorg thuis, wat is de gemiddelde wachttijd en wat zijn de minimum- en maximumwachttijden?

Antwoord:

Het Zorginstituut publiceert op zijn site, <https://www.istandaarden.nl/wachtlijsten>, de stand van de wachtlijst. In de rapportage (stand april 2018) staan 89 personen op de wachtlijst voor verpleging en verzorging thuis (extramuraal). Hiervan zijn 4 personen actief wachtend en 85 personen niet-actief wachtend.

	< Treeknorm			> Treeknorm			Totaal
	0–6 weken	6–13 weken	3–6 maanden	6–12 maanden	> 12 maanden		
Wachten op zorg thuis (V&V extramuraal)							
Actief wachtend, geen zorg uit de Wlz	0	2	0	0	0		2
Actief wachtend, met zorg uit de Wlz	0	2	0	0	0		2
Niet-actief wachtend, geen zorg uit de Wlz	35	20	10	8	4		77
Niet-actief wachtend, met zorg uit de Wlz	5	1	0	1	1		8

Omdat per extramurale functie gedetailleerd is aangegeven hoeveel personen op de wachtlijst staan en wat de bijhorende wachtduur is, heeft het berekenen van een gemiddelde wachttijd geen toegevoegde waarde.

Vraag 654

Hoe zien de wachtlijsten eruit in de Wlz, uitgesplitst naar de afzonderlijke sectoren?

Antwoord:

Het Zorginstituut publiceert op zijn site, <https://www.istandaarden.nl/wachtlijsten>, de stand van de wachtlijst. Dit overzicht wordt maandelijks geactualiseerd en geeft gedetailleerde informatie over de afzonderlijke sectoren binnen de langdurige zorg.

Vraag 655

Hoe zien de wachtlijsten eruit bij zorginstellingen die gefinancierd worden vanuit de Zorgverzekeringswet, inclusief de ggz?

Antwoord:

Het ministerie heeft geen overzicht van de wachttijden bij individuele zorginstellingen.

Voor de laatste stand van de gemiddelde wachttijden in de ggz verwijs ik u naar de rapportage die ik in juli naar uw Kamer heb gestuurd (Vergaderjaar 2017–2018, TK 25 424 nr. 423). Op individueel niveau moeten ggz-instellingen de informatie over wachttijden ook op hun website publiceren.

Voor het meest recente beeld van de wachttijden bij zorginstellingen in de msz verwijs ik u naar het verdiepend onderzoek van de NZa naar wachttijden in de msz uit juli 2017 (Vergaderjaar 2016–2017, TK 29 248 nr. 306). Momenteel analyseert de NZa meer recente gegevens over wachttijden in de msz. Sinds 1 augustus 2018 verzamelt de NZa zelf wachttijden voor de msz, zodat deze nog beter in beeld kunnen worden gebracht.

Weliswaar geen zorginstelling, maar voor de laatste stand van zaken van de gemiddelde wachtlijsten voor casemanagement dementie verwijs ik u naar de rapportage van onderzoeksbureau HHM die ik begin september naar uw Kamer heb gestuurd (TK vergaderjaar 2017–2018, 29 689, nr. 936).

Vraag 656

Hoeveel verzorgingshuizen zijn er gesloten en hoeveel zijn dat er naar verwachting in 2018?

Antwoord:

Er wordt landelijk geen lijst bijgehouden van verzorgingshuizen die zijn gesloten. Landelijk worden de indicaties geregistreerd (CIZ) en de gerealiseerde productie en productieafspraken (NZa). In verzorgingshuizen worden steeds zwaardere cliënten geholpen. Het aantal cliënten met een licht ZZP (ZZP VV 1 t/m 3) neemt af, terwijl het aantal plekken dat bezet is met mensen met een hoog ZZP kan groeien met een tempo dat gelijke tred houdt met demografische factoren. In reactie op bovenstaande langjarige trend kunnen verzorgingshuizen die een afnemende vraag van cliënten met een licht ZZP waarnemen, zich richten op de zwaardere cliëntenpopulatie of op basis van scheiden van wonen en zorg zich richten op cliënten uit de Wmo/Zvw. Naar de mate waarin dit lukt, behoeven verzorgingshuizen niet te sluiten. Verder geldt dat sluiting van verzorgingshuizen door renovatie of nieuwbouw van alle tijden is en niet enkel met extramuralisering samenhangt.

Vraag 657

Hoeveel verpleeghuizen zijn er gesloten en hoeveel zijn dat er naar verwachting in 2018?

Antwoord:

Er wordt landelijk geen lijst bijgehouden van locaties die sluiten of gaan sluiten.

Vraag 658

Hoeveel gehandicaptenzorginstellingen zijn er gesloten en hoeveel zijn dat er naar verwachting in 2018?

Antwoord:

Er wordt landelijk geen lijst bijgehouden van locaties die sluiten of gaan sluiten.

Vraag 659

Kunt u een overzicht geven van alle organisaties die meedoen aan Waardigheid en Trots? Kunt u daarbij aangeven hoeveel en welke van deze organisaties de afgelopen twee jaar een maatregel van de Inspectie voor de Gezondheidszorg opgelegd hebben gekregen?

Antwoord:

Op de website <https://www.waardigheidentrots.nl/deelnemers/> staat een overzicht van de ruim 170 deelnemers (meer dan 800 locaties) aan het programma Ruimte voor verpleeghuizen, onderdeel van Waardigheid en Trots.

De IGJ legde in 2017 en 2018 (t/m september 2018) aan drie deelnemers een maatregel op (Aafje, Pleyade en Stichting Humanitas).

Vraag 660

Kunt u een overzicht geven van alle plussen en minnen als het gaat om de verpleeghuiszorg?

Antwoord:

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de plussen en minnen bij de verpleeghuiszorg in 2019 ten opzichte van 2018. Per saldo nemen de middelen voor de verpleeghuizen toe met in totaal circa € 0,8 miljard, waarvan € 0,6 miljard voor de investeringen in verband met het kwaliteitskader verpleeghuiszorg (van € 0,6 miljard in 2018 naar € 1,2 miljard in 2019) en € 0,2 miljard groei ruimte. Naast de extra middelen zal het totale budget bij Voorjaarsnota 2019 worden geïndexeerd voor loon- en prijsontwikkelingen. Deze is in bijgevoegd overzicht niet als «extra plus» opgenomen, omdat hiermee enkel continuïteit van zorg wordt gewaarborgd.

Plussen en minnen verpleeghuiszorg in 2019 ten opzichte van 2018 (miljarden euro)	Toename 2019
<i>Kwaliteitskader verpleeghuiszorg</i>	<i>0,6</i>
<i>Groei Wlz</i>	<i>0,2</i>
Totaal	0,8

Vraag 661

Kunt u een overzicht geven van alle plussen en minnen als het gaat om de gehandicaptenzorg?

Antwoord:

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de plussen en minnen bij de gehandicaptenzorg in 2019 ten opzichte van 2018. Per saldo nemen de middelen in 2019 toe met in totaal circa € 0,2 miljard. Dit is het saldo van plussen (€ 0,2 miljard voor een verhoging van de zzp- en vervoerstarieven op basis van het kostenonderzoek van de NZa en € 0,1 miljard groei ruimte) en minnen (een ramingsbijstelling van € 0,1 miljard). Naast de extra middelen zal het totale budget bij Voorjaarsnota 2019 worden geïndexeerd voor loon- en prijsontwikkelingen. Deze is in bijgevoegd overzicht niet als «extra plus» opgenomen, omdat hiermee enkel continuïteit van zorg wordt gewaarborgd.

Plussen en minnen gehandicaptenzorg in 2019 ten opzichte van 2018 (miljarden euro)	Toename 2019
<i>Kostenonderzoek Wlz</i>	<i>0,2</i>
<i>Groei Wlz</i>	<i>0,1</i>
<i>Ramingsbijstelling</i>	<i>- 0,1</i>
Totaal	0,2

Vraag 662

Hoeveel organisaties hebben geld ontvangen voor aandacht en scholing in het kader van het Programma Waardigheid en Trots? Hoeveel organisaties hadden daarvoor een plan ingediend?

Antwoord:

Het budget voor een zinvolle daginvulling en deskundigheidsbevordering in het kader van het programma Waardigheid & Trots is in 2017 vrijwel

volledig benut (99%). Dat betekent dat vrijwel alle organisaties daarvoor een plan hebben ingediend en middelen hebben ontvangen.

Vraag 663

Hoeveel ouderen hebben met dit geld extra aandacht gekregen en hoeveel zorgverleners hebben met dit geld scholing gekregen?

Antwoord:

Het is niet bekend hoeveel ouderen met de middelen in het kader van Waardigheid en Trots extra aandacht hebben gekregen en hoeveel zorgverleners scholing hebben ontvangen. Dat wordt niet structureel bijgehouden, ook al omdat er verschillende financieringsbronnen zijn voor zowel de zinvolle daginvulling en de deskundigheidsbevordering. Het zou de administratieve lasten van de verpleeghuisinstellingen aanzienlijk verhogen als dat structureel bijgehouden moet worden, specifiek voor deze regeling. Onlangs is een evaluatie naar de inzet van deze middelen gestart. Daaruit volgt wel een indicatie van de betekenis van deze middelen voor zowel de bewoners als de zorgverleners. Het streven is de evaluatie in het voorjaar 2019 af te ronden.

Vraag 664

Hoeveel ouderen zijn er de laatste jaren mishandeld en wat zijn de meest actuele cijfers?

Antwoord:

Eén op de twintig (5%) thuiswonende 65-plussers is sinds 65-jarige leeftijd slachtoffer geweest van enige vorm van ouderenmishandeling. Dat zijn 170.000 ouderen. Voor het jaar 2017 gaat het om een prevalentie van 1 op de 50 thuiswonende 65-plussers (2% of 60.000 ouderen). Zie ook mijn Kamerbrief hierover van 27 september 2018.

Vraag 665

Hoeveel ouderen komen jaarlijks bij de huisarts en bij de SEH met opmerkelijk en onverklaarbaar letsel?

Antwoord:

Dat is niet bekend. Ziekenhuizen/artsen op de spoedeisende hulp werken bij (vermoedens van) kindermishandeling, huiselijk geweld en ouderenmishandeling volgens veldnormen en de meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld. Meldingen komen terecht bij Veilig Thuis en worden door ziekenhuispersoneel opgenomen in het patiëntendossier. Het gaat hier om vertrouwelijke gegevens.

Vraag 666

Zijn er het afgelopen jaar mensen opgepakt en berecht naar aanleiding van mishandeling van ouderen? Zo ja, hoeveel mensen betreft dit?

Antwoord:

Dat is niet bekend omdat ouderenmishandeling als zodanig niet bij justitiepartners geregistreerd wordt. De politie registreert alleen meldingen en aangiftes die vallen onder «mishandeling» of «huiselijk geweld». In het verlengde daarvan sluit de definitie ouderenmishandeling dus ook niet aan bij de strafbaarstelling vanuit het OM. Als er sprake is van financiële uitbuiting wordt dat als een economisch delict geregistreerd.

Vraag 667

Wat is de laatste stand van zaken met betrekking tot ondervoeding van ouderen?

Antwoord:

Voor thuiswonende ouderen is het belangrijk dat zorgverleners die bij mensen thuis komen ondervoeding tijdig signaleren en dat er informatie beschikbaar is voor de ouderen zelf en voor hun mantelzorgers. Zie hiervoor ook het antwoord op vraag 78. Op de website van het Voedingscentrum staat ook informatie over ondervoeding en wat je daaraan kunt doen.

Daarnaast werkt de stuurgroep ondervoeding met een subsidie van VWS aan de verbetering van de voedingszorg bij kwetsbare ouderen. Via drie pilots wordt onderzoek gedaan naar de voedingssituatie, de rol van ouderen, verwanten en professionals hierbij en wat belemmeringen of juist oplossingen zijn om de situatie te verbeteren. Ook wordt hierbij gekeken naar de overdracht van (voedings)informatie in de transmurale zorg via een zogenaamd «voedingspaspoort». Dit project zal voorjaar 2019 zijn afgerond.

Vraag 668

Hoeveel mensen hebben geen netwerk om zich heen die kunnen helpen bij ziekte of zorg?

Antwoord:

Uit de publicatie «Zorg en ondersteuning: kerncijfers 2016» van het SCP blijkt dat één op de tien Nederlanders een sociaal netwerk voor zorg mist. Bij ouderen of mensen met beperkingen geldt dit bij 1 op de 5 mensen.

Vraag 669

Hoeveel volwassenen en ouderen zijn eenzaam?

Antwoord:

De Gezondheidsmonitor 2016 geeft het volgende beeld van percentage volwassenen wat aangeeft zich eenzaam te voelen:

Leeftijd	Eenzaam	(Zeer) ernstig eenzaam	Emotioneel eenzaam	Sociaal eenzaam
19–34 jr	38,7	8,9	32,2	35,6
35–49 jr	40,8	10,4	29,9	41,5
50–64 jr	44,7	10,9	29,3	47,4
65–74 jr	43,9	8,4	26,4	46,9
75–84 jr	52,5	10,3	37,2	49,8
85+	62,7	14,8	53,1	52

Vraag 670

Hoeveel wordt er besteed aan het bestrijden van eenzaamheid?

Antwoord:

Gemeenten hebben sinds de invoering van de Wmo een verantwoordelijkheid in het bevorderen van zelfredzaamheid van hun inwoners en daarmee ook het terugdringen van eenzaamheid. Bekostiging van de Wmo loopt via het gemeentefonds (en inkomsten uit eigen bijdragen). Het geld in het gemeentefonds is niet geoormerkt voor het bestrijden van eenzaamheid.

De vermogensfondsen investeren in initiatieven die bijdragen aan het tegen gaan van eenzaamheid. Hoeveel en waaraan fluctueert. Hier is geen overzicht van.

Dit kabinet heeft voor een aanpak eenzaamheid extra geld beschikbaar gesteld. Dit is 3 keer 8 miljoen (2018, 2019, 2020) en daarna structureel 5 miljoen.

Vraag 671

Welke effecten heeft eenzaamheid op de fysieke gezondheid? Wat zijn hiervan de kosten?

Antwoord:

Uit de literatuur (o.a. Hawkley & Cacioppo, 2010) blijkt dat langdurige eenzaamheid nadelige effecten heeft op de fysieke gezondheid. Voorbeelden hiervan zijn een grotere kans op hoge bloeddruk, hartaandoeningen en obesitas. Daarnaast heeft eenzaamheid ook negatieve gevolgen voor de psychische en cognitieve gezondheid. Zo is er bij eenzame mensen een grotere kans op slaapstoornissen en stress. Er is geen informatie beschikbaar over de kosten van eenzaamheid in relatie tot de fysieke gezondheid.

Vraag 672

Hoeveel cliënt-vertrouwenspersonen zijn er in zorginstellingen aangesteld in 2018?

Antwoord:

Het aantal personen dat nu binnen zorginstellingen als «cliëntvertrouwenspersoon» fungeert, is niet bekend. Vaak betreft het hier een functie-invulling die gecombineerd is met een andere functie binnen de zorginstelling – bijvoorbeeld die van klachtenfunctionaris –, en/of die door een (zorg)medewerker als extra taak naast diens reguliere (zorg)werkzaamheden of door een vrijwilliger wordt uitgevoerd. Daarmee komt de huidige uitoefening van deze functie vaak niet overeen met die van de cliëntenvertrouwenspersoon in de Wet zorg en dwang (Wzd), die nader is gedefinieerd in de Beleidsvisie organisatorische en financiële inbedding cliëntenvertrouwenspersoon in de zorg voor verstandelijk beperkte en psychogeriatrische cliënten (TK 25 424, nr. 327). Op dit moment is de Beroepsvereniging van Vertrouwenspersonen in de Zorg (BeVeZo) bezig om, samen met de betrokken veldpartijen, de functie van cliëntenvertrouwenspersoon op basis van de Wzd en de beleidsvisie in te vullen en vorm te geven. Doel hiervan is dat de invulling van de functie bij inwerking-treding van de Wzd per 1 januari 2020 duidelijk is.

Vraag 673

Hoe vaak werd in 2018 gedwongen zorg gemeld bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg? Wat voor gedwongen zorg betrof dit?

Antwoord:

Instellingen die gedwongen zorg in het kader van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Bopz) verlenen moeten de aanvang van de dwangbehandelingen en middelen of maatregelen melden bij de inspectie. Het gaat hierbij om toepassingen van separatie, afzondering, fixatie, dwangmedicatie, gedwongen vocht en voeding en in een beperkt aantal gevallen inzet van andere middelen zoals opsluiting op de kamer. De cijfers van het aantal meldingen over 2018 zijn nog niet beschikbaar. Zodra deze gereed zijn worden ze gepubliceerd op de website van de IGJ.

Vraag 674

Hoeveel ouderen die opgenomen waren in het ziekenhuis moesten daar noodgedwongen langer blijven omdat er ergens anders geen plek voor hen was?

Antwoord:

Zoals in het antwoord op vraag 498 bij de begroting 2018 (TK 34 775 XVI, nr. 14) is aangegeven, gaan we er op basis van de marktscan Acute zorg van de NZa vanuit dat 0,5% van de patiënten die op de SEH zijn geweest

(circa 12.000 patiënten, niet alleen ouderen) geen medische behandeling meer nodig heeft en een Wlz-indicatie heeft maar niet kan worden overgeplaatst naar een Wlz-instelling. De volgende monitor acute zorg verschijnt eind dit jaar.

Vraag 675

Welke meerjarenprognose of -raming maakt het kabinet voor de behoefte aan intramurale ouderenzorg tot 2030?

Antwoord:

De VWS-begroting 2019 bevat een raming voor de intramurale ouderenzorg tot en met 2023 op basis van de middellangetermijnraming van het CPB (tabel 19A, pagina 274). Het kabinet maakt daarnaast onder meer gebruik van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) van het RIVM. Deze verschijnt elke vier jaar, in opdracht van het Ministerie van VWS. In de meest recente rapportage (VTV-2014) heeft het RIVM een prognose gemaakt van trends tot 2030. Deze prognose geeft onder andere een beeld van de behoefte aan intramurale ouderenzorg tot 2030 zonder aanvullend beleid.

Vraag 676

Op welke basis wordt de meerjarenprognose of -raming voor behoefte aan intramurale ouderenzorg gemaakt?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 675.

Vraag 677

Welke knelpunten worden in de toekomstige behoefte aan intramurale ouderenzorg voorzien? Op het gebied van vastgoed, beschikbare zorgwoningen, personeel en andere zaken?

Antwoord:

Bij de jaarlijkse vaststelling van het Wlz-inkoopkader wordt rekening gehouden met het kwaliteitskader verpleeghuiszorg en met de vergrijzing. Daarmee zijn er voldoende middelen beschikbaar om te investeren in goede zorg, vastgoed, beschikbare zorgwoningen en voldoende en deskundige zorgverleners. Het programma «Thuis in het verpleeghuis» is erop gericht om samen met betrokken partijen de toekomstige uitdaging op het terrein van de intramurale ouderenzorg op te pakken en (dreigende) knelpunten te voorkomen of op te lossen.

Vraag 678

Kan een gebundeld meerjarenoverzicht worden verstrekt voor alle ramingsbijstellingen in de Wlz en de groei van de Wlz, met een nadere toelichting waarom de bijstellingen worden doorgevoerd en waarom ze al dan niet structureel van karakter zijn?

Antwoord:

Onderstaande tabel geeft een overzicht weer van de uitgedeelde groei in de Wlz voor 2019 zoals ook verwerkt in de ontwerpbegroting 2019 voor de verschillende deelsectoren. Deze middelen worden structureel beschikbaar gesteld, omdat de volumegroei in 2019 een structurele doorwerking kent. De groei ruimte 2020 wordt in de ontwerpbegroting 2020 opgenomen. Voorafgaand aan het uitdelen van groei ruimte 2019 zijn twee ramingsbijstellingen in de begroting 2019 verwerkt. Deze bijstellingen zijn ook structureel, waarmee aangesloten wordt bij de verwachte uitgaven in de Wlz. Met deze ramingsbijstelling is er voldoende groei beschikbaar om de verwachte uitgavenstijging conform de afgelopen jaren te accommoderen.

Volumegroei en ramingsbijstellingen Wlz in 2019 (x € 1 miljoen euro)

	2019	2020	2021	2022	2023	Toelichting
Toedeling volumegroei 2019 ZIN binnen de contracteerruimte	388,7	388,7	388,7	388,7	388,7	Dit betreft de uitdeling van de groeiruumte tranche 2019.
Toedeling volumegroei 2019 persoonsgebonden budgetten	86	86	86	86	86	Dit betreft de uitdeling van de groeiruumte tranche 2019.
Toedeling volumegroei 2019 beheerskosten	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	Dit betreft de uitdeling van de groeiruumte tranche 2019.
Toedeling volumegroei 2019 buiten de contracteerruimte	15,5	15,5	15,5	15,5	15,5	Dit betreft de uitdeling van de groeiruumte tranche 2019.
Totaal volumegroei in 2019, met structurele doorwerking	494,5	494,5	494,5	494,5	494,5	
Ramingsbijstelling Wlz	- 84,9	- 21	- 27	- 21	- 21	De ramingsbijstelling betreft ruimte tussen het beschikbare Wlz-kader voor zorg in natura en persoonsgebonden budgetten en de raming in de begroting.
Ramingsbijstelling groei Wlz	- 63	- 143	- 193	- 193	- 193	De beschikbare groeiruumte voor de Wlz wordt meer in lijn gebracht met de gerealiseerde uitgaven van de afgelopen jaren 2015-2017.
Totaal ramingsbijstelling	- 147,9	- 164	- 220	- 214	- 214	

Bron: Actuele VWS-stand ontwerpbegroting 2019

Vraag 679

Hoeveel ruimte is er binnen de Wlz voor prijsontwikkelingen in de jaren 2019, 2020, 2021? Tot welke loonstijging leidt dit, grosso modo, voor een medewerker binnen de Wlz?

Antwoord:

De loon- en prijsbijstelling die verwerkt is in de begroting 2019 is voor 2019 gebaseerd op de Macro Economische Verkenning (MEV) 2019 van het Centraal Planbureau (CPB) en voor de latere jaren op het Centraal Economisch Plan (CEP) 2018 (omdat er in de MEV 2019 geen raming voor 2020 en 2021 is opgenomen).

De definitieve overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (ova) wordt jaarlijks na verschijnen van het CEP vastgesteld. Met deze bijdrage is in het Uitgavenplafond Zorg (UPZ) de ruimte beschikbaar om in de zorgsector de loonontwikkeling in de marktsector te kunnen volgen. In de begroting is voor 2019 gerekend met een contractloonstijging 3%, voor 2020 met 2,8% en voor 2021 met 2,6%. Dit betreft in alle gevallen de raming van de contractloonstijging van bedrijven van het CPB. De uiteindelijke loonstijging volgt uit de cao-onderhandelingen tussen de private partijen in de zorg en is op voorhand niet vast stellen.

Vraag 680

Welke overige beleidsmatige mutaties worden er in 2019 genomen die leiden tot een positief saldo van € 9,9 miljoen binnen de Wlz?

Antwoord:

In de onderstaande tabel zijn de overige beleidsmatige mutaties in 2019 opgenomen.

Overige beleidsmatige Wlz mutaties in 2019 (bedragen x € 1 miljoen)

Totaal	9,9
Bijstelling LPO care tranche 2017	- 1,3
Uitvoeringskosten SVB Wlz-pgb	2,0
Kasschuif ICT-investeringen PGB 2.0-systeem	4,0
Overheveling groeirimte 2019 extramurale zorg vanuit Zvw	5,2

Deze mutaties zijn in het Financieel Beeld Zorg (FBZ) onder overige beleidsmatige mutaties opgenomen, omdat de afzonderlijke posten alleen toegelicht worden als het hiermee gepaard gaande bedrag hoger is dan € 10 miljoen.

Vraag 681

Gaat het bij de criteria die zijn opgesteld voor de verdeling van de voorziening voor tekortgemeenten (Fonds Tekortgemeenten) uitsluitend om verdelingscriteria en verdeelsleutels tussen gemeenten, of zijn er ook inhoudelijke en kwalitatieve criteria?

Antwoord:

De VNG heeft de criteria voor het Fonds Tekortgemeenten ontwikkeld. Deze criteria zijn tijdens de algemene ledenvergadering (ALV) van de VNG op 27 juni 2018 goedgekeurd. Bij de beoordeling van de aanvragen voor het Fonds Tekortgemeenten wordt enkel gekeken naar de cijfermatige onderbouwing van de inkomsten en uitgaven en daarmee van het tekort. Er vindt verder geen inhoudelijke of kwalitatieve toets plaats.

Vraag 682

Hoe luiden de criteria die zijn opgesteld voor de verdeling van de voorziening voor tekortgemeenten (Fonds Tekortgemeenten)?

Antwoord:

De belangrijkste criteria voor het Fonds Tekortgemeenten betreffen:

- Het Fonds ziet op de jaren 2016 en 2017
- Het Fonds ziet op de inkomsten en uitgaven Wmo 2015 en de Jeugdwet
- Het Fonds heeft betrekking op nieuwe taken (welke per 1 januari 2015 gedecentraliseerd zijn)
- Compensatie wordt verkregen wanneer er een gecumuleerd tekort (2016 en 2017) van € 40 per inwoner is.
- Er geldt een drempel van € 40 per inwoner. Enkel het tekort boven de drempel komt in aanmerking voor vergoeding.

Op de website van de VNG zijn de criteria gepubliceerd. Zie: <https://vng.nl/files/vng/brieven/2018/attachments/7-bijlage-voorstel-voor-criteria-en-governance-fonds-tekortgemeenten.pdf>

Vraag 683

Welk deel van de voorziening voor tekortgemeenten (Fonds Tekortgemeenten) is bestemd voor tekorten die verband houden met de Wmo, en waardoor zijn de betreffende tekorten veroorzaakt?

Antwoord:

Het Fonds Tekortgemeenten kent een plafond van € 200 miljoen. Dit is een ongedeeld budget. Alleen gemeenten die op het totaal van hun inkomsten en uitgaven binnen de Jeugdwet en Wmo 2015 een tekort van meer dan € 40 per inwoner hebben komen in aanmerking voor compensatie. Er is dan ook geen apart deel van het Fonds Tekortgemeenten gereserveerd voor tekorten die verband houden met de Wmo. Er vindt

verder geen inhoudelijke of kwalitatieve toets plaats naar de oorzaak van de tekorten van de gemeenten die een aanvraag hebben ingediend.

Vraag 684

Zijn de vanaf 2019 voor de Wmo 2015 beschikbare middelen voldoende, gezien de vergrijzing en gezien het feit dat er een Fonds Tekortgemeenten nodig is?

Antwoord:

Er is voor de Wmo 2015 door dit kabinet groeiruimte beschikbaar gesteld die rekening houdt met de demografische ontwikkeling. In totaal hebben 88 gemeenten een aanvraag bij het Fonds Tekortgemeenten ingediend. De aanvragen worden momenteel beoordeeld. Op de uitkomst hiervan kan niet vooruit worden gelopen.

Vraag 685

Met hoeveel is de eigen bijdrage voor het Modulair Pakket Thuis (MPT) in totaal verlaagd? Wat is het effect hiervan op de gemiddelde afnemer van een MPT?

Antwoord:

Als een cliënt met een MPT 20 uur zorg of minder per maand ontvangt, betaalt hij – ongeacht zijn inkomen – de minimale eigen bijdrage voor een mpt van € 23 per maand. Deze maatregel is met terugwerkende kracht ingevoerd per 4 januari 2016.

Zonder deze maatregel zou de cliënt de lage eigen bijdrage Pgb/Mpt hebben betaald. Deze varieert in 2018, afhankelijk van het inkomen, tussen € 23 en € 711,20. Het financiële voordeel is daardoor minimaal € 0 en maximaal € 688,20 per maand.

Vraag 686

Hoeveel ruimte is er binnen de Wmo voor prijsontwikkelingen in de jaren 2019, 2020, 2021? Tot welke loonstijging leidt dit, grosso modo, voor een medewerker binnen de Wmo?

Antwoord:

Gemeenten zijn gehouden reële tarieven vast te stellen voor gecontracteerde diensten. Hierbij dienen gemeenten op grond van het Besluit reële prijs lokaal in kaart te brengen met welke kosten aanbieders vanuit de gestelde gemeentelijke kwaliteitseisen te maken hebben en daar hun tarief op te baseren. Eén van de kostprijs-elementen betreft de salaris-kosten volgens de van toepassing zijnde cao. Het is aan de bij de cao betrokken partijen om afspraken over arbeidsvoorwaarden en eventuele loonstijgingen – en de hoogte daarvan – te maken.

Vraag 687

Hoeveel premiebetalers voor de Zorgverzekeringswet zijn er in 2018?

Antwoord:

Volgens het Zorginstituut zijn er in 2018 13,7 miljoen premiebetalers voor de Zorgverzekeringswet.

Vraag 688

Wat zijn de gevolgen op de hoogte van de zorgpremie van het invoeren van een verbod op winstuitkering voor zorgverzekeraars?

Antwoord:

Een verbod op winstuitkering maakt het aantrekken van eigen vermogen voor zorgverzekeraars vrijwel onmogelijk. Een kapitaalverschaffer zal immers een vergoeding op zijn geïnvesteerd vermogen willen ontvangen.

Dit kan binnen het huidige privaatrechtelijke zorgverzekeringsstelsel om de volgende redenen een opwaarts effect op de solvabiliteitseis en de zorgpremie tot gevolg hebben. Onderstaande gaat niet in op andere aspecten van een winstuitkeringsverbod.

Allereerst worden herstel mogelijkheden van zorgverzekeraars met een verbod op winstuitkering beperkt. Zorgverzekeraars kunnen, bijvoorbeeld door groei, ontwikkelingen in de portefeuille of tegenvallers op investeringen, op enig moment in de toekomst zich genoodzaakt zien om additioneel eigen vermogen aan te trekken.

Een verzekeraar dient onder Solvency II, wanneer een tekort aan eigen vermogen is ontstaan en de verzekeraar niet meer aan de solvabiliteitsvereisten kan voldoen, binnen drie maanden hiervan te kunnen herstellen. Het aantrekken van extra eigen vermogen is een belangrijke methode om dit te bereiken. Deze methode wordt met een verbod op winstuitkering feitelijk afgesneden. Zorgverzekeraars zullen een beperking van herstel mogelijkheden meewegen in hun vermogensbeleid. De gewenste solvabiliteitspositie – de mate waarin zorgverzekeraars solvabiliteit willen aanhouden boven de wettelijk vereiste solvabiliteit – zal waarschijnlijk hoger worden. Per saldo zal in de praktijk een zorgverzekeraar bij, en ter voorkoming van, solvabiliteitsproblemen veelal genoodzaakt zijn de premie te verhogen. Dit verhoogde solvabiliteitsrisico kan derhalve leiden tot een hogere zorgpremie.

Daarnaast, meer technisch, zou met een verbod op winstuitkering en een beperking van de overdraagbaarheid van kapitaal binnen een (zorg)verzekeraarsgroep, een impact kunnen ontstaan op risicodiversificatie binnen de (zorg)verzekeraarsgroep. Een verlaagde risicodiversificatie betekent een verslechtering van (groeps)solvabiliteit en werkt daarmee ook premie-opdrijvend.

Tot slot, legt het beperken van mogelijkheden om aan de solvabiliteitseisen te voldoen een drempel om te groeien voor bestaande zorgverzekeraars en om toe te treden voor nieuwe zorgverzekeraars. Meer verzekerden betekent namelijk ook hogere solvabiliteitseisen. Groei kan dan alleen worden gefinancierd door een premieverhoging. Minder druk van groei en potentiële toetreding is daarnaast nadelig voor de dynamiek en concurrentie tussen zorgverzekeraars. Ook indirect heeft dit dus via een mogelijk lagere prikkel tot doelmatigheid een opwaarts effect op de premie.

Vraag 689

Wat zijn de gevolgen die het invoeren van een verbod op winstuitkering voor zorgverzekeraars heeft op de solvabiliteitseisen van zorgverzekeraars?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 688.

Vraag 690

Hoe is de ontwikkeling van de eigen bijdragen en eigen betalingen geweest vanaf 2006, uitgesplitst naar Zvw, Wlz en WMO?

Antwoord:

In onderstaande tabel staan de actuele cijfers voor de opbrengsten eigen betalingen Zvw, AWBZ, Wlz en Wmo.

Eigen betalingen in miljoenen euro's.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
No claim	2.053	2.047												
Eigen risico			1.392	1.448	1.548	1.617	1.969	2.858	3.098	3.191	3.195	3.187	3.208	3.115
Eigen bijdragen AWBZ	1.795	1.618	1.618	1.594	1.478	1.620	1.997	1.915	1.971					
Eigen bijdragen Wlz										1.892	1.892	1.833	1.838	1.868
Wmo tot 2015								348	293	48				
Wmo 2015										328	337	292		

Bron Wmo-cijfers: Monitor Langdurige Zorg (www.monitorlangdurigezorg.nl)

Vraag 691

Hoe hebben de beheerskosten van zorgverzekeraars zich ontwikkeld in de periode 2012–2018?

Antwoord:

Met ingang van de jaarcijfers 2014 publiceren zorgverzekeraars de jaarcijfers op de basisverzekering op eenduidige wijze. Zie het antwoord op vraag 738 voor de ontwikkeling van de beheerskosten over 2014–2017. De jaarcijfers 2018 komen uiterlijk 1 juni 2019 beschikbaar.

Vraag 692

Hoeveel hebben zorgverzekeraars uitgegeven aan marketing en reclame in de periode 2012–2018? Kan dit worden uitgesplitst per verzekeraar?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 734.

Vraag 693

Hoe hoog zijn de reserves van zorgverzekeraars in 2018? Welke reserves zijn vereist volgens de geldende wet- en regelgeving?

Antwoord:

De aanwezige reserves basisverzekering van zorgverzekeraars ultimo 2017 bedragen in totaal bijna 9 miljard euro. Hiervan is ruim 6 miljard euro wettelijk vereist. De solvabiliteitsratio bedraagt gemiddeld 140%.

Om continu te kunnen voldoen aan de solvabiliteitseis houden zorgverzekeraars zelf een door hen veilig geachte marge aan boven de 100%. DNB vindt het verstandig dat verzekeraars dit doen. Zo kunnen zorgverzekeraars namelijk tegenvallers in (geraamde) premieopbrengsten, zorgkosten of veranderingen in verzekerdenportefeuilles opvangen zonder dat zij premies direct moeten verhogen om weer aan de solvabiliteitseis te voldoen. Deze fluctuaties kunnen aanzienlijk zijn. DNB stuurt op het wettelijk kader, 100%, en stelt geen algemene voorschriften rondom de veiligheidsmarge.

De afgelopen vijf jaar hebben zorgverzekeraars bijna 6 miljard euro ingezet om de premie lager (onder kostendekkend niveau) vast te kunnen stellen. In welke mate zorgverzekeraars dit jaarlijks doen, is een keuze van zorgverzekeraars zelf.

Vraag 694

Hoe hebben de door het Ministerie van VWS verwachte nominale premie en de door zorgverzekeraars gerealiseerde nominale premie zich sinds 2012 ontwikkeld?

Antwoord:

Zie in onderstaande tabel de geraamde en gerealiseerde nominale premie vanaf 2012:

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Raming	1.222	1.273	1.226	1.211	1.243	1.241	1.371
Realisatie	1.226	1.213	1.098	1.158	1.201	1.286	1.308

Vraag 695

Hoeveel van hun reserves hebben zorgverzekeraars de afgelopen jaren teruggeven ten behoeve van een lagere zorgpremie?

Antwoord:

Volgens de transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering, zoals jaarlijks door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op hun website, hebben zorgverzekeraars de afgelopen vijf jaar bijna 6 miljard euro aan positieve resultaten en reserves via een lagere vaststelling van de zorgpremie teruggegeven aan verzekerden.

Vraag 696

Hoeveel mensen hebben zorgtoeslag ontvangen in de periode 2010–2018? Kan dit overzicht worden uitgesplitst naar eenpersoonshuishoudens en meerpersoonshuishoudens?

Antwoord:

In onderstaande tabel is het aantal ontvangers van de zorgtoeslag weergegeven in de periode 2009 – 2018. Daarnaast is ook aangegeven wat het aandeel 1 persoonshuishoudens is en het aandeel 2-persoonshuishoudens.

Jaar	Aantal ontvangers zorgtoeslag x 1 miljoen.	% 1p	% 2p
2009	5,2	65%	35%
2010	5,4	66%	34%
2011	5,7	67%	33%
2012	5,7	67%	33%
2013	5,4	73%	27%
2014	5,0	77%	23%
2015	4,5	81%	19%
2016	4,6	81%	19%
2017 ¹	4,6	82%	18%
2018 ¹	4,5	83%	17%

¹ voorlopig cijfer

Bron: Belastingdienst/Toeslagen

Uit de tabel is duidelijk dat het aandeel eenpersoonshuishoudens stijgt. Dit komt door een beleidsmatige ingreep. In 2013 en 2015 is als een van de crisismaatregelen het afbouwpercentage van de zorgtoeslag verhoogd. Tot aan het minimumloon ontvangt men de maximale zorgtoeslag, daarboven wordt de maximale zorgtoeslag afgebouwd met het afbouwpercentage. Omdat tweepersoonshuishoudens in zijn algemeenheid vaak een hoger inkomen hebben, zijn zij door deze maatregel harder getroffen. Het aantal tweepersoonshuishoudens dat zorgtoeslag ontving is hierdoor sterker gedaald dan bij de eenpersoonshuishoudens.

Vraag 697

Wat is het aandeel huishoudens, zowel eenpersoons- als meerpersoonshuishoudens – dat zorgtoeslag ontvangt?

Antwoord:

In 2018 was het aandeel eenpersoonshuishoudens 83% en het aandeel meerpersoonshuishoudens 17%.

Vraag 698

Hoeveel procent van de mensen die hun eigen risico volmaken hebben recht op een volledige, of gedeeltelijke, zorgtoeslag?

Antwoord:

De gevraagde gegevens zijn niet beschikbaar.

Vraag 699

Welk bedrag komt volgend jaar aan Wlz-premie binnen bij de Belastingdienst voordat het beslag voor de heffingskortingen plaatsvindt?

Antwoord:

De opbrengst van de Wlz-premie wordt voor 2019 geraamd op € 16.955 miljoen. In dit bedrag is voor € 13.767 miljoen aan heffingskortingen verrekend. Zonder verrekening van heffingskortingen is de opbrengst dus € 30.722 miljoen.

Vraag 700

Hoe hoog moet de Wlz-premie zijn wanneer deze samen met de inkomsten van eigen bijdragen kostendekkend is voor de geraamde uitgaven voor de Wlz?

Antwoord:

Vanaf 2019 is er een rijksbijdrage die er voor zorgt dat het Fonds langdurige zorg geen tekorten meer kent.

Indien met de vraag wordt bedoeld hoe hoog de Wlz-premie zou moeten zijn als in afwijking van de wettelijk vastgelegde systematiek de heffingskortingen niet in mindering worden gebracht en uit de Wlz-premie en de eigen bijdragen alle Wlz-uitgaven gedekt kunnen worden (en er dus geen rekening wordt gehouden met de BIKK en de nieuwe rijksbijdrage Wlz) dan is het antwoord 6,7%.

Vraag 701

Kunt u de volgende gegevens in een overzicht plaatsen:

1. Jaarlijkse premieopbrengsten AWBZ/Wlz vanaf 1999 tot heden;
2. Welk bedrag vanaf 1999 tot heden jaarlijks van de premieopbrengsten AWBZ aan heffingskortingen wordt besteed;
3. Welk bedrag vanaf 1999 tot heden jaarlijks via de bijdrage in de kosten van kortingen (BIKK) wordt gecompenseerd;
4. Het verschil tussen de compensatie via de BIKK en het bedrag dat opgaat aan heffingskortingen per jaar vanaf 1999 tot heden;
5. De jaarlijkse uitgaven aan AWBZ zorgkosten vanaf 1999 tot heden;
6. De jaarlijkse inkomsten aan eigen bijdragen vanaf 1999 tot heden;
7. Het verschil tussen de totale premieopbrengsten en de jaarlijkse uitgaven minus de eigen bijdragen vanaf 1999 tot heden;
8. De jaarlijkse opbrengst van de eigen bijdragen vanaf 1999 tot heden;
9. De jaarlijkse uitgaven aan AWBZ zorgkosten vanaf 1999 tot heden minus de opbrengst eigen bijdragen;
10. AWBZ-premies exclusief heffingskortingen minus zorguitgaven en minus opbrengst eigen bijdragen.

Antwoord:

Zie in onderstaande tabel de gevraagde gegevens voor de jaren 1999 tot heden. De vermelde bedragen zijn weergegeven in € miljard.

	Premie- opbrengst AWBZ/Wlz	Heffings- kortingen in AWBZ-/Wlz- premie	BIKK	Heffings- kortingen minus BIKK	Uitgaven	Eigen bijdragen	Uitgaven minus eigen bijdragen	Premies minus uitgaven min eigen bijdragen	Premies excl heffings- kortingen minus uitgaven min eigen bijdragen
	A	B	C	D=B-C	E	F	G=E-F	H=A-G	I=A+B-G
1999	13	–	–	–	13	2	12	1	1
2000	14	–	–	–	15	2	13	1	1
2001	11	9	2	7	16	2	15	– 4	5
2002	12	9	2	7	18	2	17	– 5	4
2003	14	12	4	8	20	2	18	– 4	8
2004	16	13	5	8	21	2	19	– 3	10
2005	16	14	5	9	22	2	20	– 4	10
2006	14	14	5	9	23	2	21	– 7	7
2007	13	14	4	9	23	2	21	– 8	6
2008	16	14	5	10	22	2	20	– 5	10
2009	14	15	5	10	23	2	22	– 8	7
2010	15	15	5	10	24	1	23	– 8	7
2011	15	15	5	10	25	2	24	– 8	7
2012	17	16	5	10	28	2	26	– 10	6
2013	19	15	4	11	27	2	26	– 7	8
2014	19	15	4	11	28	2	26	– 7	8
2015	15	12	3	9	20	2	18	– 2	9
2016	14	12	3	9	20	2	18	– 4	9
2017	15	13	4	9	20	2	19	– 4	9
2018	17	13	4	10	22	2	20	– 3	10

Vraag 702

Kunt u een overzicht sturen wat de winsten van alle zorgverzekeraars in totaal en afzonderlijk waren vanaf 2006 tot en met 2018?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 703

Hoeveel bedragen de reserves en overreserves van de zorgverzekeraars? Hoeveel moeten ze wettelijk aanhouden? Wanneer zullen de overtollige reserves zijn afgebouwd?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 693.

Vraag 704

Kan een overzicht van de reserveontwikkeling van de zorgverzekeraars worden gegeven sinds 2006?

Antwoord:

Voor 2017 (jaarcijfers 2018 komen uiterlijk 1 juni 2019 beschikbaar) vindt u hieronder de aanwezige en vereiste solvabiliteit basisverzekering en de solvabiliteitsratio's 2014–2017. Cijfers op basis van Solvency II zijn voor oudere jaren niet beschikbaar aangezien Solvency II pas per 1 januari 2016 van kracht is. Sinds de jaarcijfers 2014 presenteren zorgverzekeraars zelf wel al cijfers op basis van Solvency II basisverzekering op hun website.

Solvabiliteit basisverzekering 2014–2017, Solvency II

Concern	Aanwezig 2017	Vereist 2017	2017	2016	2015	2014
ASR	126	91	138%	144%	146%	151%
CZ	2017	1356	149%	173%	169%	163%
DSW	314	214	147%	141%	157%	154%
Eno	80	50	159%	160%	108%	114%
Menzis	1133	877	129%	123%	124%	129%
ONVZ ¹	178	147	121%	142%	166%	157%
VGZ ¹	–	–	141%	149%	155%	137%
Zilveren Kruis ²	2577	1885	137%	167%	174%	162%
Z&Z	313	207	151%	157%	188%	172%

¹ Conform het transparantieoverzicht jaarcijfers 2015 van VGZ en ONVZ betreffen de solvabiliteitsratio's van VGZ en ONVZ de basis- en aanvullende verzekering en ontbreken de onderliggende cijfers voor VGZ; voor 2016 en 2017 geldt dit alleen voor VGZ.

² Betreft een optelling door VWS van de solvabiliteitscijfers van de risicodragers van Zilveren Kruis.

Bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering, zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op de website.

Vraag 705

Hoeveel mensen ontvangen zorgtoeslag?

Antwoord:

Zie antwoord op vraag 696.

Vraag 706

Wat zijn de omslagpunten van de zorgtoeslag vanaf 2006 tot en met 2018?

Antwoord:

De zorgtoeslag kent de term omslagpunten niet. De omslagpunten zijn dan ook bij de beantwoording geïnterpreteerd als de in de bij de berekening gehanteerde afbouwgrens. Tot aan deze grens, die gelijk is aan het wettelijk minimum loon, ontvangt men de maximale grens. Boven deze grens wordt de zorgtoeslag inkomensafhankelijk afgebouwd. In onderstaande tabel staat de hoogte van de afbouwgrens aangegeven.

Jaar	afbouw grens
2006	17.494
2007	17.905
2008	18.496
2009	19.135
2010	19.528
2011	19.890
2012	20.079
2013	19.043
2014	19.253
2015	19.463
2016	19.758
2017	20.109
2018	20.451

Vraag 707

Waar liggen de grenzen van de zorgtoeslag en vanaf welke percentages geldt de toeslag niet meer? Wilt u dit aangeven voor de verschillende inkomenscategorieën?

Antwoord:

De hoogte van de zorgtoeslag is afhankelijk van de norm- en afbouwpercentages en van de hoogte van de standaardpremie (de gemiddelde nominale premie plus het gemiddeld eigen risico). De hoogte van de gemiddelde nominale premie voor het jaar 2019 is nog niet bekend. Uiterlijk 12 november maken de verzekeraars hun premie bekend. Daarna

is dus pas bekend hoe hoog de standaardpremie wordt en dus ook tot welk inkomen er recht is op zorgtoeslag.

Op basis van de actuele raming van de nominale premie en het eigen risico (€ 1.432 resp. € 224) heeft een eenpersoonshuishouden recht op zorgtoeslag tot een inkomen van € 30.035. Een meerpersoonshuishouden heeft recht op zorgtoeslag tot een inkomen van € 38.680.

Vraag 708

Kunt u ons voorrekenen hoe hoog de zorgtoeslag voor de verschillende inkomensgroepen wordt in 2019?

Antwoord:

De hoogte van de zorgtoeslag is afhankelijk van de norm- en afbouwpercentages en van de hoogte van de standaardpremie (de gemiddelde nominale premie plus het gemiddeld eigen risico). De hoogte van de gemiddelde nominale premie voor het jaar 2019 is nog onbekend. Uiterlijk medio november maken de zorgverzekeraars hun premie bekend. Daarna is dus pas bekend hoe hoog de standaardpremie wordt en dus ook hoe hoog de zorgtoeslag wordt.

In onderstaande tabel staat de hoogte van de zorgtoeslag bij bepaalde inkomens op basis van de raming van de nominale premie en het gemiddelde eigen risico (€ 1.432, resp. € 224).

Belastbaar inkomen	15.000	20.000	25.000	30.000	35.000	40.000
Eenpersoons-huishouden	€ 1.233	€ 1.233	€ 704	€ 28	€ 0	€ 0
Meerpersoonshuishouden	€ 2.402	€ 2.402	€ 1.873	€ 1.197	€ 521	€ 0

Vraag 709

Wat is de relatie tussen de Kwaliteitsimpuls Verpleeghuizen en de nieuwe Rijksbijdrage Wlz?

Antwoord:

In 2019 groeien de geraamde uitgaven van het Fonds Langdurige Zorg (FLZ) sterker dan de bestaande inkomsten (onder meer vanwege de kwaliteitsimpuls verpleeghuizen). Gegeven de geraamde groei van de Wlz-uitgaven na 2019 ligt het in de rede dat dit ook in de jaren daarna het geval zal zijn. Het kabinet heeft daarom besloten tot instelling van een rijksbijdrage Wlz, die zodanig wordt vastgesteld dat het vermogen van het Flz naar verwachting jaarlijks op nul uitkomt.

Vraag 710

Hoeveel mensen hebben in 2018 hun gehele eigen risico opgemaakt?

Antwoord:

Naar schatting zal 48 procent van de verzekerden het verplicht eigen risico vol maken voor 2018.

Vraag 711

Hoeveel mensen hebben in 2018 hun gehele eigen risico in de eerste maand van het jaar opgemaakt?

Antwoord:

Hierover zijn geen gegevens beschikbaar.

Vraag 712

Hoeveel chronisch zieken en mensen met een beperking hebben in 2018 hun gehele eigen risico opgemaakt?

Antwoord:

Er bestaat geen eenduidige definitie voor chronisch ziek. Daarom wordt aangesloten bij de definitie die gehanteerd wordt in het kader van de risicoverevening. Iemand wordt hierbij als chronisch ziek beschouwd indien hij/zij in een Diagnosekostengroep (DKG), Farmaciekostengroep (FKG), Hulpmiddelenkostengroep (HKG), Fysiotherapiediagnosegroep (FDG) of in een Meerjarig hoge kosten (MHK) klasse groter dan 1 valt.

In onderzoek rondom de risicoverevening is aandacht besteed aan de vraag in hoeverre chronisch zieken en niet-chronisch zieken kosten onder het verplicht eigen risico maken. Hieruit komt naar voren dat 84 procent van de chronisch zieken het eigen risico volmaakt. Deze berekening voor 2018 is gebaseerd op data uit 2016.

Vraag 713

Hoeveel chronisch zieken en mensen met een beperking hebben in 2018 hun gehele eigen risico in de eerste maand van het jaar opgemaakt?

Antwoord:

Hierover zijn geen gegevens beschikbaar.

Vraag 714

Hoeveel mensen konden in 2018 hun eigen risico niet meer betalen? Wat zijn hiervan de laatste cijfers?

Antwoord:

Deze cijfers zijn mij niet bekend.

Het is ongewenst als mensen vanwege financiële redenen afzien van zorg. Daarom neemt het kabinet een pakket aan maatregelen om de stapeling van zorgkosten tegen te gaan (zie TK 34 104, nr. 199). Verder is in dit kader de brede schuldenaanpak van het kabinet relevant. Bij mensen met schulden is het risico immers groter dat zij om financiële redenen zorg gaan mijden.

Daarnaast zijn de afgelopen jaren reeds verschillende maatregelen genomen. Zo compenseert de zorgtoeslag grotendeels het eigen risico voor lage inkomens en zijn specifieke zorgvormen (zoals huisartsenzorg) uitgezonderd van het eigen risico. Ook gemeenten bieden hulp door bijvoorbeeld meerkostenregelingen, bijzondere bijstand en/of gemeentelijke collectiviteiten met regelingen voor het eigen risico aan te bieden (zie TK 29 538, nr. 231 voor een volledig overzicht van maatregelen). Verder bieden zorgverzekeraars de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen. Een inventarisatie wijst uit dat circa 800.000 verzekerden in 2017 van deze mogelijkheid gebruik hebben gemaakt. Dit hoeft overigens niet te duiden op financiële problemen. Ook voor mensen met een hoog inkomen kan dit een prettige service zijn.

Recent heb ik een nieuwe informatiecampagne aangekondigd over de uitzonderingen op het eigen risico (zie TK 29 689, nr. 935). Deze campagne richt zich voornamelijk op mensen met een laag inkomen en/of laag opleidingsniveau.

Vraag 715

Kunt u in een overzicht weergeven hoeveel mensen respectievelijk 100%, 75%, 50%, 25% en 0% van het verplicht eigen risico kwijt waren?

Antwoord:

De hoogte van het eigen risico kan in 6 klassen worden onderscheiden:

- 24% van de volwassenen heeft € 0 tot € 24 aan kosten;
- 12% van de volwassenen heeft € 25 tot € 100 aan kosten;
- 8% van de volwassenen heeft € 100 tot € 200 aan kosten;
- 5% van de volwassenen heeft € 200 tot € 300 aan kosten;
- 3% van de volwassenen heeft € 300 tot € 384 aan kosten;
- 48% van de volwassenen maakt het verplicht eigen risico vol.

Deze cijfers voor 2018 zijn gebaseerd op resultaten van onderzoeken voor de risicoverevening (data uit 2016).

Vraag 716

Hoeveel mensen hebben het eigen risico vrijwillig verhoogd tot respectievelijk € 485, € 585, € 685, € 785 en € 885?

Antwoord:

De Zorgthermometer van Vektis laat zien dat in 2018 in totaal 12,6 procent van de verzekerden voor een vrijwillig eigen risico heeft gekozen. Van de mensen met een vrijwillig eigen risico heeft:

- 10,3% een vrijwillig eigen risico van € 100 (waarmee het totale eigen risico uitkomt op € 485 euro);
- 9,3% een vrijwillig eigen risico van € 200 (waarmee het totale eigen risico uitkomt op € 585 euro);
- 5,2% een vrijwillig eigen risico van € 300 (waarmee het totale eigen risico uitkomt op € 685 euro);
- 1,5% een vrijwillig eigen risico van € 400 (waarmee het totale eigen risico uitkomt op € 785 euro);
- 73,7% een vrijwillig eigen risico van € 500 (waarmee het totale eigen risico uitkomt op € 885 euro).

Vraag 717

Welke groep van de bevolking maakt gebruik van een vrijwillig eigen risico? Hoeveel wanbetalers waren er in 2018?

Antwoord:

Uit onderzoek van het Centraal Planbureau (CPB) (zie TK 29 689, nr. 783) blijkt dat over het algemeen meer mannen dan vrouwen, meer jongeren dan ouderen, meer mensen met een hoog inkomen dan met een laag inkomen, meer hoogopgeleiden dan laagopgeleiden en meer mensen met lage zorgkosten dan hoge zorgkosten voor een vrijwillig eigen risico kiezen.

Op 1 september 2018 waren er circa 230.000 wanbetalers aan wie een bestuursrechtelijke premie werd opgelegd.

Vraag 718

Hoeveel mensen moeten op dit moment een bestuursrechtelijke premie betalen omdat zij een betalingsachterstand van meer dan zes maanden hebben op hun zorgverzekeringspremie?

Antwoord:

Het aantal wanbetalers aan wie een bestuursrechtelijke premie werd opgelegd is gedaald van circa 250.000 begin 2018 naar circa 230.000 op 1 september 2018.

Vraag 719

Kunt u een trendmatig overzicht geven van hoeveel mensen sinds 2010 een bestuursrechtelijke premie moeten betalen? Kunt u een overzicht geven per jaar?

Antwoord:

Per ultimo	2010	2011	2012	2013	2014
Aantal wanb.	266.306	303.528	297.954	314.138	325.810

Per ultimo	2015	2016	2017
Aantal wanb.	312.037	277.023	249.044

Vraag 720

Kan kwantitatief en kwalitatief worden aangegeven in hoeverre het eigen risico in 2018 heeft geleid tot het minder gebruik maken van zorg en of dit heeft geresulteerd in gezondheidsschade?

Antwoord:

Nee, dit inzicht heb ik niet. Wel zijn er verschillende maatregelen genomen om ongewenste zorgmijding tegen te gaan (zie ook het antwoord op vraag 714).

Vraag 721

Kunt u een overzicht sturen welke zaken aan het basispakket zijn toegevoegd of eruit gehaald vanaf 2006 tot en met 2018?

Antwoord:

Bij de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet (Zvw) per 1 januari 2006 is besloten dat het verzekerde pakket van de Ziekenfondswet zoals dat eind 2005 gold, bepalend was voor de aard, inhoud en omvang van het basispakket van de Zvw. Het basispakket 2006 was dan ook gelijk aan het ziekenfondspakket van ultimo 2005. Per 1 januari 2006 zijn er geen wijzigingen in het pakket aangebracht; geen uitbreidingen en ook geen beperkingen.

De te verzekeren prestaties van het basispakket zijn zo omschreven dat de medisch-inhoudelijke en maatschappelijke ontwikkelingen worden gevolgd. Hierdoor stromen nieuwe interventies en zorgvormen die voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk «automatisch» het basispakket in. Daar tegenover staat dat verouderde interventies en zorgvormen die in de medische praktijk niet meer worden toegepast «automatisch» uit het basispakket verdwijnen, omdat deze niet langer voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. Deze open in- en uitstroom is met name van belang ten aanzien van wijzigingen in de medisch-specialistische zorg. Omdat deze «automatische» in- en uitstroom in veel gevallen niet plaatsvindt op basis van uitspraken van het Zorginstituut, is het niet mogelijk hiervan een volledig beeld te geven. Wél zijn er in de medische wetenschap in brede zin de afgelopen 10 jaar veel ontwikkelingen geweest die ook impact hebben op het verzekerde pakket, zoals nieuwe dure geneesmiddelen en medische technologie.

Behalve de hiervoor genoemde automatische in- en uitstroom, vinden ook wijzigingen in het basispakket plaats op basis van politieke besluitvorming. In bijgaande drie tabellen is een overzicht hiervan opgenomen. De tabellen 1 en 2 geven een overzicht van respectievelijk de uitbreidingen en beperkingen in het basispakket. Tabel 3 betreft de voorwaardelijk toegelaten behandelingen.

Tabel 1: Overzicht politiek besloten uitbreidingen basispakket 2007–2018

Jaar	Uitbreiding
2007	uitbreiding aantal zittingen psychotherapie
2008	jeugd tandzorg t/m 21 jaar
2009	dyslexiezorg aan kinderen t/m 12 jaar
2010	geen uitbreidingen basispakket
2011	– bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie – stoppen met roken
2012	geen uitbreidingen basispakket
2013	– brillenglazen voor kinderen met medische indicatie – vervallen minimum leeftijdsgrens van 6 jaar bij fluorideapplicatie blijvende gebitselementen – geriatrische revalidatie (overheveling uit AWBZ) – bruikleen hulpmiddelen (overheveling uit AWBZ)
2014	geen uitbreidingen basispakket
2015	– niet-invasieve prenatale test (NIPT) – zintuiglijk gehandicaptenzorg (overheveling uit AWBZ) – verpleging en verzorging zonder verblijf (overheveling uit AWBZ) – tweede en derde jaar intramurale geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (overheveling uit AWBZ)
2016	geen uitbreidingen basispakket
2017	– fysiotherapie bij claudicatio intermittens (etalagebenen) – plastische chirurgie bij het uitvoeren van een bovenooglidcorrectie – borstvergroting bij agenese of aplasie van de borst – circumcisie om medische redenen – (uitgestelde) fronttandvervanging bij verzekerden tot hun drieëntwintigste levensjaar – bijzondere tandheelkunde, implantaatgedragen gebitsprothesen voor verzekerden die voor eigen rekening implantaten heeft laten plaatsen
2018	– fysiotherapie bij artrose aan heup- en kniegewrichten – verleggen van de afbakening tussen het basispakket en de Jeugdwet als het gaat om verzorging bij verzekerden jonger dan achttien jaar – wijzigen van de prestatie zittend ziekenvervoer bij oncologische behandelingen waar het gaat om immunotherapie met geneesmiddelen

Tabel 2: Overzicht politiek besloten beperkingen basispakket 2007–2018

Jaar	Beperking
2007	geen beperkingen basispakket
2008	geen beperkingen basispakket
2009	– slaapmiddelen – cholesterolverlagers – hulpmiddelen
2010	acetylcysteïne
2011	– antidepressiva – jeugd tandzorg boven 18 jaar – extracties – anticonceptie
2012	– fysiotherapie 9 naar 12 behandelingen voor eigen rekening – fysiotherapie 12 naar 20 behandelingen voor eigen rekening – fysiotherapie, beperking chronische lijst – maagzuurremmers, met uitzondering van chronisch gebruik – stoppen met roken – dieetadvisering – eerstelijns psychologische zorg, van 8 naar 5 behandelingen – aanpassingsstoornissen
2013	– eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen – redressiehelm – beperking aantal terug te plaatsen embryo's bij ivf – vruchtbaarheidsbehandelingen voor vrouwen van 43 jaar of ouder – paracetamol/codeïne
2014	geen beperkingen basispakket
2015	– jeugd-ggz, inclusief dyslexiezorg voor kinderen naar Jeugdwet – combinatietest voor zwangere vrouwen vanaf 36 jaar
2016	geen beperkingen basispakket
2017	geen beperkingen basispakket
2018	geen beperkingen basispakket

Tabel 3: Overzicht voorwaardelijk toegelaten behandelingen 2012–2018

Jaar	Voorwaardelijk toegelaten behandelingen
2012	anesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken bij patiënten met chronische aspecifieke lage rugpijn
2013	– renale denervatie bij patiënten met therapieresistentie – behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysen
2014	– het endoscopisch in plaats van chirurgisch behandelen van abscessen bij patiënten met geïnfecteerde pancreasnecrose – autologe stamceltransplantaties bij therapierefractaire patiënten (patiënten die niet voldoende reageren op medicamenteuze behandeling met o.a. TNF-alfa blokkers) met de ziekte van Crohn
2015	– het geneesmiddel Belimumab (Benlysta®) bij een deel van de volwassen patiënten met Systemische Lupus erythematosus (SLE) – tumor infiltrerende lymfocyten (TIL) bij patiënten met uitgezaaid melanoom in de laatste stadia – een bepaald type chemotherapie (HIPEC) ter preventie van uitzaaiingen in de buik bij bepaalde patiënten met darmkanker – borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie
2016	– percutane transforaminale endoscopische discectomie (PTED) bij lumbosacraal radiculair syndroom en lumbale hernia – behandeling van medicamenteus onbehandelbare chronische clusterhoofdpijn met occipitale zenuwstimulatie – het geneesmiddel fampridine (Fampyra®) bij multiple sclerosis (MS) – dendritische celvaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie – sacrale neuromodulatie bij therapieresistente functionele obstipatie met vertraagde darmassage
2017	– geïntensifieerde, alkyliserende chemotherapie met autologe stamceltransplantatie voor behandeling van stadium III BRCA1-like borstkanker – combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC) bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht
2018	– geen nieuwe voorwaardelijke toelatingen tot het basispakket – verlenging van de periode van voorwaardelijke toelating van percutane transforaminale endoscopische discectomie (PTED) bij lumbosacraal radiculair syndroom en lumbale hernia tot 1 december 2020 – verlenging van de periode van voorwaardelijke toelating van borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie tot 1 oktober 2022

Vraag 722

Hoe was de verdeling naar inkomensgroep van mensen die de bestuursrechtelijke premie betalen? En hoe was dat in vorige jaren?

Antwoord:

Inkomensgroep	2013	2014	2015
Totaal	281.240	296.590	282.190
< € 10.000	54.400	57.300	42.760
€ 10.000 tot € 20.000	159.100	163.500	150.630
€ 20.000 tot € 30.000	54.200	60.500	65.010
€ 30.000 tot € 40.000	10.900	12.300	15.850
€ 40.000 tot € 50.000	1.700	2.000	2.960
> € 50.000	600	700	1.130

Het Ministerie van VWS vraagt het CBS jaarlijks ten behoeve van de Verzekerdenmonitor om de verdeling naar inkomensgroep van mensen die de bestuursrechtelijke premie betalen. De inkomensgegevens zijn relatief laat beschikbaar bij het CBS. Gegevens over het jaar 2016 zijn naar verwachting begin 2019 beschikbaar.

Om de kenmerken van de groep wanbetalers in het bestuursrechtelijk regime te bepalen gaat het CBS uit van de wanbetalers die op 31 december van een jaar zijn ingeschreven in de basisregistratie

personen (BRP). Een deel van de wanbetalers is niet in de BRP ingeschreven, waardoor het aantal wanbetalers waarvan achtergrondgegevens bekend zijn afwijkt van het aantal wanbetalers bij het CAK.

Vraag 723

Hoeveel gemeenten bieden een collectieve ziektekostenverzekering aan voor minima?

Antwoord:

Uit cijfers van BS&F blijkt dat in 2017 360 gemeenten een collectieve zorgverzekering hebben aangeboden. Er zijn geen recentere cijfers bekend.

Vraag 724

Hoeveel gemeenten zijn de afgelopen twee jaar gestopt met het aanbieden van een collectieve ziektekostenverzekering voor minima?

Antwoord:

In 2017 kondigde Zilveren Kruis aan bij 24 gemeenten te stoppen met het aanbieden van de collectieve zorgverzekering of onder andere voorwaarden. Hierbij geldt dat Zilveren Kruis aan alle gemeenten het aanbod heeft gedaan dat het contract nog met 1 jaar kon worden verlengd. In 2018 kondigde Menzis aan geen collectieve zorgverzekeringen meer aan te bieden in 30 gemeenten buiten hun kernwerkgebied. Ook hiervoor geldt een overgangsjaar. Zover onze informatie strekt hebben alle gemeenten een nieuwe aanbieder gevonden en zijn er geen minimapolissen gestopt, anders dan op de eigen afweging van de gemeente. Daarnaast hebben gemeenten ook andere mogelijkheden om gerichte ondersteuning te bieden, zoals de voorzieningenwijzer, waarbij mensen individueel ondersteund worden bij het kiezen van de best passende polis en soms nog andere zaken als energie en toeslagen.

Vraag 725

Hoeveel mensen maken gebruik van een collectieve ziektekostenverzekering voor minima?

Antwoord:

Uit cijfers van het bureau BS&F blijkt dat in 2017 704.000 mensen gebruik maakten van een collectieve zorgverzekering voor minima.

Vraag 726

Hoeveel mensen hebben in 2018 een naturapolis en zijn hierin verschillen te zien per zorgverzekeraar?

Antwoord:

In 2018 zijn er 55 verschillende zorgpolissen op de markt; 31 daarvan zijn naturapolissen. In 2018 had ruim driekwart van de verzekerden een naturapolis.

Deze cijfers blijken uit Verzekerden in Beeld 2018 van Vektis (beschikbaar via: <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/zorgthermometer-verzekerden-in-beeld-2018>). Binnenkort publiceert de NZa in haar Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2018 haar cijfers.

Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal verzekerden met een naturapolis per verzekeraar. Wel over het aantal (zuivere) naturapolissen per verzekeraar. Achmea heeft 13 naturapolissen, ASR 0, CZ 3, DSW 0, ENO 1, iptiQ 1, Menzis 3, ONVZ 0, VGZ 8 en Zorg en Zekerheid 2.

Vraag 727

Hoeveel mensen hebben in 2018 een budgetpolis en zijn hierin verschillen te zien per zorgverzekeraar?

Antwoord:

- Een budgetpolis is een naturapolis. Een budgetpolis heeft meer beperkende voorwaarden dan een gemiddelde naturapolis. Zo kunnen er bijvoorbeeld minder zorgaanbieders gecontracteerd zijn en/of is de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg lager dan 75%. Daar staat tegenover dat de premie voor een budgetpolis vaak lager is dan voor een gemiddelde naturapolis.
- Cijfers over 2018 zijn nog niet definitief, deze volgen binnenkort als de NZa haar Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2018 publiceert.
- In 2017 waren er 14 polissen met beperkende voorwaarden en het aandeel verzekerden met een budgetpolis was 13,1% in 2017.

Vraag 728

Hoeveel mensen hebben in 2018 een restitutiepolis en zijn hierin verschillen te zien per zorgverzekeraar?

Antwoord:

In 2018 zijn er 55 verschillende polissen op de markt, waaronder 20 restitutiepolissen. In 2018 had bijna 20% van de verzekerden een restitutiepolis.

Deze cijfers blijken uit Verzekerden in Beeld 2018 van Vektis. Binnenkort publiceert de NZa in haar Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2018 haar cijfers.

Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal verzekerden met een restitutiepolis per verzekeraar. Wel over het aantal restitutiepolissen per verzekeraar. Achmea heeft 5 restitutiepolissen, ASR 1, CZ 4, DSW 1, ENO 1, iptiQ 0, Menzis 1, ONVZ 1, VGZ 5 en Zorg en Zekerheid 1.

Vraag 729

Hoeveel mensen hebben in 2018 een aanvullende polis afgesloten en zijn hierin verschillen te zien per zorgverzekeraar?

Antwoord:

In 2018 had 83,6% van de verzekerden een aanvullende verzekering, zo blijkt uit Verzekerden in beeld 2018 van Vektis. Binnenkort zal ook de NZa in haar Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2018 hier ook aandacht aan besteden. Er zijn bij VWS geen gegevens bekend over het aantal afgesloten aanvullende verzekeringen per zorgverzekeraar.

Vraag 730

Hoeveel winst maakten zorgverzekeraars op collectieve zorgverzekeringen die in samenwerking met gemeenten aangeboden werd? En hoe hoog was die winst in 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 en 2018?

Antwoord:

Zorgverzekeraars publiceren hun resultaten niet per polis (modelovereenkomst) en evenmin per (soort) collectiviteit. Ook de gemeentelijke bijdrage per collectief is niet inzichtelijk.

Vraag 731

Kunt u per zorgverzekeraar de solvabiliteit noemen? Hoe groot is voor elk van deze verzekeraars het bedrag aan reserves bovenop de door De Nederlandsche Bank (DNB) vereiste solvabiliteit?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 704.

Vraag 732

Wat waren de reserves uitgesplitst naar zorgverzekeraars in 2018? Welke reserves waren wettelijk verplicht? En hoe hoog waren die bedragen in 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 en 2015, 2016 en 2017?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 704.

Vraag 733

Hoe hebben de reserves van de verzekeraars zich jaarlijks ontwikkeld? Kunt u een overzicht hiervan geven van de verzekeraars in totaliteit en de afzonderlijke verzekeraars vanaf 2004?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 704.

Vraag 734

Hoe hoog is het bedrag dat zorgverzekeraars uitgeven aan reclame? En hoe hoog waren die bedragen in 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 en 2018?

Antwoord:

In de transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering, die sinds de jaarcijfers 2014 door individuele zorgverzekeraars worden gepubliceerd, worden de uitgaven aan reclame vermeld. Op basis daarvan is onderstaande tabel opgesteld. Voor de jaren daarvoor zijn geen cijfers beschikbaar. De jaarcijfers 2018 komen uiterlijk 1 juni 2019 beschikbaar.

Ontwikkeling reclamekosten concernniveau (x € 1.000), basisverzekering

Concern	2014	2015	2016	2017
ASR	90	878	150	74
CZ	5.751	6.589	4.449	4.975
De Friesland	2.517	2.649	2.555	¹
DSW	559	465	671	709
Eno	1.031	686	767	918
Menzis	5.132	4.835	4.408	3.900
ONVZ	886	977	1.404	869
Stad Holland	110	19	121	127
VGZ	6.802	6.286	4.581	5.962
Zilveren Kruis	15.589	10.808	13.598	11.093
Zorg en Zekerheid	1.269	1.277	1.288	1.455
Totaal	39.736	35.469	33.992	30.083
Gemiddeld per premiebetaler (in euro's)	2,97	2,64	2,51	2,20

¹ De Friesland is onderdeel van Zilveren Kruis.

Bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2014–2017, zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op de website.

Vraag 735

Kunt u aangeven wat sinds de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet in 2006 de jaarlijks verschuiving van collectief gefinancierde zorg naar eigen betalingen is geweest?

Antwoord:

In onderstaande tabel staat welk aandeel van de Zvw-uitgaven sinds 2006 is gedekt uit het eigen risico en de no-claimteruggaveregeling.

	Zvw uitgaven	Eigen risico/no claim	Aandeel
2006	25,3 mld	2,1 mld	8%
2007	26,1 mld	2,0 mld	8%
2008	31,5 mld	1,3 mld	4%
2009	33,8 mld	1,4 mld	4%
2010	35,6 mld	1,5 mld	4%
2011	36,0 mld	1,5 mld	4%
2012	36,7 mld	1,9 mld	5%
2013	39,2 mld	2,7 mld	7%
2014	39,2 mld	3,1 mld	8%
2015	41,9 mld	3,2 mld	8%
2016	43,9 mld	3,2 mld	7%
2017	45,4 mld	3,2 mld	7%
2018 ¹	47,6 mld	3,2 mld	7%
2019 ¹	50,4 mld	3,1 mld	6%

¹ de cijfers voor 2018 en 2019 betreffen ramingen.

Vraag 736

Wat was de salariering van de bestuurders, uitgesplitst per zorgverzekeraar over 2018 en hoe verhoudt de salariering zich tot voorgaande jaren?

Antwoord:

Ik beschik niet over deze gegevens; zie verder het antwoord op vraag 29.

Vraag 737

Hebben de bestuurders van zorgverzekeraars bonussen ontvangen over 2018 en voorgaande jaren? Zo ja, welke bestuurders betrof dit en hoe hoog was de uitgekeerde bonus?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 29.

Vraag 738

Hoeveel geeft elke zorgverzekeraar uit aan bedrijfskosten? Kunt u dit per zorgverzekeraar aangeven?

Antwoord:

Conform de transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2017, zoals gepubliceerd door individuele zorgverzekeraars, bedragen de bedrijfskosten (ook wel beheerskosten of uitvoeringskosten genoemd) van zorgverzekeraars over 2017 totaal ruim € 1,2 miljard. De jaarcijfers 2018 komen uiterlijk 1 juni 2019 beschikbaar.

Onderstaande tabel geeft de bedrijfskosten per zorgverzekeraar voor 2014–2017, in euro's en als percentage van de zorgkosten.

Bedrijfskosten 2014, 2015 en 2016 concernniveau (x € 1.000) en in percentage van de zorgkosten, basisverzekering

	Bedrijfs- kosten	in % zorgkosten	Bedrijfs- kosten	in % zorgkosten	Bedrijfs- kosten	in % zorgkosten	Bedrijfs- kosten	in % zorgkosten
	2014	2014	2015	2015	2016	2016	2017	2017
ASR	28.847	5,9%	28.765	5,7%	33.179	6,3%	34.715	5,9%
CZ	174.339	2,5%	178.033	2,3%	213.393	2,6%	240.905	2,8%
De Friesland	42.708	4,2%	48.258	3,9%	49.301	3,7%	¹	¹
DSW	25.981	3,5%	33.265	3,7%	32.123	3,1%	30.301	2,3%
Eno	15.633	6,1%	23.719	7,7%	18.459	7,4%	21.537	8,4%
Menzis	133.459	3,0%	143.481	2,9%	140.350	2,6%	153.072	2,8%
ONVZ	33.999	4,5%	41.702	5,0%	40.724	4,7%	41.670	4,7%
Stad Holland	7.187	5,0%	7.929	5,4%	7.289	4,3%	6.891	4,0%
VGZ	326.833	3,8%	326.923	3,6%	298.391	3,2%	273.641	2,8%
Zilveren Kruis	463.565	4,7%	418.294	4,0%	371.563	3,5%	403.645	3,3%
Z&Z	29.323	3,4%	30.974	3,2%	37.483	3,7%	39.141	3,7%
Totaal	1.281.874	3,7%	1.281.334	3,5%	1.242.255	3,2%	1.245.518	3,1%

¹ De Friesland is onderdeel van Zilveren Kruis.

Bron:transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2014–2017 zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op de website.

Vraag 739

Hoeveel premiegeld verdwijnt in het eigen vermogen van de zorgverzekeraars? En hoeveel was dit in voorgaande jaren?

Antwoord:

De jaarcijfers 2018 komen uiterlijk 1 juni 2019 beschikbaar. In 2016 en 2017 hebben zorgverzekeraars geen geld toegevoegd aan hun reserves maar hebben zij juist reserves afgebouwd door bij de vaststelling van de premie uit te gaan van een premie onder kostendekkend niveau. Op deze wijze hebben verzekeraars in 2016 108 euro per premiebetaler teruggegeven aan verzekerden en in 2017 42 euro per premiebetaler.

In 2015 hebben zorgverzekeraars op macroniveau 84% van hun positieve resultaat teruggegeven via een lagere premie en 16% hebben zij aan hun reserves toegevoegd. De toevoeging aan de reserves in 2015 kwam neer op 28 euro per premiebetaler.

Vraag 740

Hoeveel mensen stapten de afgelopen tien jaar meer dan een keer over naar een andere zorgverzekeraar?

Antwoord:

Sinds 2006 is 17% van de Nederlanders 2 keer of vaker overgestapt naar een andere zorgverzekeraar, zo blijkt uit Verzekerden in Beeld 2018 van Vektis. Nog eens 21% van de Nederlanders is sinds 2006 minstens 1 keer overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. Bovendien blijkt uit zowel onderzoek van het Nivel in 2017 als onderzoek in opdracht van de ACM door SAMR in 2016, dat naast de verzekerden die daadwerkelijk overstapten in het betreffende jaar ongeveer 20% van de verzekerden zich oriënteerde op het wisselen van zorgverzekeraar.

Vraag 741

Kunt u een overzicht geven van de salariering van de bestuurders die bij de vier grootste zorgverzekeraars werken en meer verdienen dan de Balkenendenorm?

Antwoord:

Ik beschik niet over deze gegevens; zie verder het antwoord op vraag 29.

Vraag 742

Hoeveel zorgverleners zijn in 2018 contractvrij gaan werken? Kunt u dit uitsplitsen per sector?

Antwoord:

Voor de ggz geldt dat in 2016 ongeveer 25% van de hulpverleners volledig contractvrij werkt. Er zijn daarbij grote verschillen naar type aanbieder. Geïntegreerde instellingen en psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen zijn vrijwel altijd gecontracteerd. De top drie met het hoogste percentage niet-gecontracteerde aanbieders in 2016 zijn ambulante instellingen (36%), «overige» zorgaanbieders (43%) en verslavingszorginstellingen (31%). Zie voor verdere details TK II 2017/18, 25 424, nr. 422. Uit de Monitor contractering wijkverpleging van de NZa blijkt dat in 2018 19% van de hulpverleners in de wijkverpleging er bewust voor kiest om met geen enkele zorgverzekeraar een contract aan te gaan. Voor andere sectoren zijn dergelijke gegevens niet voorhanden omdat er geen onderzoek naar is verricht.

Vraag 743

Betekent het feit dat zorgverzekeraar DSW een lagere premie vaststelt dan door het Ministerie van VWS in de begroting voorgerekend is, dat er een onderschrijding plaats zal plaatsvinden op het VWS-budget?

Antwoord:

Alle verzekeraars maken bij hun premiestelling een inschatting van onder andere de voor hen relevante uitgavenontwikkeling en de beoogde reserveontwikkeling. Als ze daarbij afwijken van VWS, dan resulteert er een van de VWS-raming afwijkende premie.

Het feit dat DSW lagere uitgaven voorziet dan VWS wil nog niet zeggen dat alle verzekeraars uitkomen op lagere uitgaven. Als alle verzekeraars er wel net als DSW van uitgaan dat de uitgaven lager uitkomen dan door VWS geraamd, dan is het waarschijnlijk dat er een onderschrijding van het uitgavenplafond voor de zorg optreedt. Dit betekent echter niet dat er zorggeld voor andere doelen wordt ingezet: Tegenover deze lagere zorguitgaven stonden voor de burger ook lagere premies.

Overigens geldt dat ook de uitgavenraming voor 2019 waarmee verzekeraars rekenen bij hun premiestelling slechts een inschatting is. In het verleden is gebleken dat de uitgavenraming van verzekeraars net als die van VWS soms flink afweek van de uitgavenrealisatie. Er valt dus pas te zeggen of er echt sprake is van onderschrijdingen als er meer realisatiecijfers beschikbaar zijn.

De zorgtoeslag wordt gebaseerd op de door de verzekeraars vastgestelde gemiddelde premie en in bovengenoemd geval dus lager uitkomen dan waar in de begroting van is uitgegaan. Het bedrag dat een zorgtoeslaggerechtigde zelf moet betalen komt dan uit op het bedrag waarvan is uitgegaan in de begroting.

Vraag 744

Hoe kan het dat zorgverzekeraars hun zorguitgaven standaard lager inschatten dan het Ministerie van VWS begroot?

Antwoord:

Zorgverzekeraars kunnen, wanneer zij hun zorgpremie voor het komende jaar bekend maken, gebruik maken van recentere gegevens dan het Ministerie van VWS kan gebruiken voor het opstellen van de begroting voor het komende jaar. Daarnaast besluiten zij zelf hoeveel van hun reserves zij aanwenden voor het verlagen van de premie. Daarom zit er een verschil in de inschatting van de zorguitgaven tussen zorgverzekeraars en het ministerie.

Vraag 745

Hoeveel premiegeld geven zorgverzekeraars uit om te controleren of patiënten recht hebben op een vergoeding?

Antwoord:

Uit de transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering blijkt dat de totale schadebehandelingskosten voor de basisverzekering in 2017 ca. 200 miljoen bedragen, oftewel ca. 15 euro per premiebetaler. De schadebehandelingskosten omvat alle kosten die verband houden met de afwikkeling of uitkering van zorgkosten. Welk deel hiervan wordt besteed aan het controleren of patiënten recht hebben op een vergoeding, is niet bekend.

Vraag 746

Hoeveel premiegeld geven zorgverzekeraars uit om zorgaanbieders te controleren?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 745.

Vraag 747

Hoeveel premiegeld gaan er naast reclame- en acquisitiekosten gemoeid met het jaarlijkse overstapcircus van de zorgverzekeraars?

Antwoord:

Welk gedeelte van de reclamekosten tijdens het overstapseizoen worden gemaakt, is niet bekend. Zie voor reclamekosten per verzekeraar het antwoord op vraag 734.

Vraag 748

Wat betaalt de gemiddelde Nederlander zelf aan zorg in de vorm van het eigen risico en eigen bijdragen en hoe verhoudt zich dit tot de eigen bijdragen die mensen betalen in andere Europese landen? Kunt u een inzicht geven in de ontwikkeling van eigen betalingen in de afgelopen vijf jaar?

Antwoord:

In onderstaande tabel staan voor de jaren 2012 tot en met 2016 de «out-of-pocket payments» voor een aantal Europese landen uitgedrukt als percentage van de zorguitgaven. Bron van deze data is de Health Database van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO).

De definitie van «out-of-pocket payments» bij de OESO omvat het eigen risico (verplicht en vrijwillig), niet vergoede zorg (zoals paracetamol of fysiotherapie buiten het pakket) en de eigen bijdragen in de langdurige zorg. De aanvullende verzekering valt hier niet onder.

	2012	2013	2014	2015	2016
Nederland	10,4%	11,7%	12,2%	11,6%	11,5%
Duitsland	13,9%	13,0%	12,6%	12,7%	12,4%
Denemarken	14,2%	13,8%	13,8%	13,7%	13,7%
Zweden	15,4%	15,5%	15,5%	15,5%	15,2%
Ver. Koninkrijk	9,7%	14,8%	14,7%	14,9%	15,1%
Frankrijk	10,1%	10,0%	9,9%	9,8%	9,8%
België	17,3%	17,5%	17,1%	16,5%	15,9%
Oostenrijk	18,7%	19,2%	19,1%	19,0%	18,9%
Italië	21,7%	21,8%	22,1%	23,1%	23,1%
Spanje	22,8%	24,0%	24,4%	23,8%	23,8%

Vraag 749

Kan inzichtelijk worden gemaakt wat iemand in de volgende situaties in de periode 2012–2017 betaalt aan zorg: alleenstaande met een minimumloon, alleenstaande met 1 keer modaal, alleenstaande met 2 keer modaal, meerpersoonshuishouden met minimumloon, meerpersoonshuishouden met 1 keer modaal en meerpersoonshuishouden met 2 keer modaal?

Antwoord:

Onderstaande tabel laat voor de jaren 2012 tot en met 2017 zien wat een alleenstaande en een paar met kinderen (een alleenverdiener) aan zorg betaalt als percentage van het bruto inkomen. De cijfers zijn gegeven voor het minimumloon, het modale inkomen en 2 x modaal.

De zorgkosten zijn het totaal van:

- De inkomensafhankelijke bijdrage
- De nominale premie Zvw en het gemiddeld eigen risico minus de zorgtoeslag
- De AWBZ/Wlz premie onder aftrek van het aandeel heffingskortingen dat betrekking heeft op de AWBZ/Wlz.
- Een deel van de zorguitgaven wordt uit belastingen betaald (de rijksbijdragen Zvw en AWBZ, de BIKK, de zorgtoeslag, de WMO, de jeugdzorg en het begrotingsgefinancierde deel van het BKZ). Verondersteld is dat deze kosten worden gefinancierd uit directe (circa 60%) en indirecte belastingen (circa 40%).

Voor het jaar 2017 is er een tweede cijfer opgenomen conform de nieuwe definitie van de zorguitgaven. Hiervoor is gekozen omdat in de beleidsagenda voor de jaren 2017–2019 de cijfers conform de nieuwe definitie worden gepresenteerd. Bij deze nieuwe definitie worden zorguitgaven gepresenteerd exclusief de uitgaven aan Wmo en Jeugdzorg die vanaf 2019 niet meer onder het uitgavenplafond zorg vallen.

Totale zorgkosten in euro's per jaar en als percentage van het bruto inkomen

Alleenstaand			Paar met kinderen	
Minimumloon	zorgkosten	kosten als % inkomen	zorgkosten	kosten als % inkomen
2012	€ 4.047	22%	€ 4.164	22%
2013	€ 4.330	23%	€ 4.500	24%
2014	€ 3.940	20%	€ 4.216	22%
2015	€ 3.556	18%	€ 4.024	21%
2016	€ 3.325	17%	€ 3.757	19%
2017	€ 3.373	17%	€ 3.869	19%
2017 exclusief Wmo en Jeugdzorg	€ 3.054	15%	€ 3.479	17%
Modaal				
2012	€ 8.092	25%	€ 8.188	25%
2013	€ 8.458	26%	€ 8.915	27%
2014	€ 8.492	24%	€ 9.286	27%
2015	€ 7.605	21%	€ 8.846	25%
2016	€ 7.496	21%	€ 8.755	24%
2017	€ 7.659	21%	€ 9.048	24%
2017 exclusief Wmo en Jeugdzorg	€ 7.163	20%	€ 8.524	23%

	Alleenstaand		Paar met kinderen	
Minimumloon	zorgkosten	kosten als % inkomen	zorgkosten	kosten als % inkomen
2 x modaal				
2012	€ 10.711	16%	€ 11.632	18%
2013	€ 11.582	18%	€ 12.647	19%
2014	€ 11.675	17%	€ 12.643	18%
2015	€ 10.528	15%	€ 11.733	17%
2016	€ 10.842	15%	€ 12.065	17%
2017	€ 10.989	15%	€ 12.335	17%
2017 exclusief Wmo en Jeugdzorg	€ 10.094	14%	€ 11.424	16%

Vraag 750

Hoeveel logopedisten zijn de afgelopen vijf jaar gestopt met hun praktijk?

Antwoord:

Ik heb geen cijfers over het aantal logopedisten dat de afgelopen jaren gestopt is met hun praktijk. Wel heeft de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLf) eind 2017 een enquête onder haar leden laten uitvoeren waarin 23% van de respondenten die voorheen actief waren in de eerstelijns aangeeft nu niet meer werkzaam te zijn in de eerstelijns. Zoals eerder aangegeven (TK 2017–2018, Aangangsel van de handelingen nr. 1831) is de NZa op dit moment bezig met een monitor naar de ontwikkelingen van de afgesproken tarieven in relatie tot de kwaliteit en toegankelijkheid van de paramedische zorg, waaronder logopedie. Deze monitor wordt begin 2019 verwacht en zal ook op de bovenstaande vraag in gaan.

Vraag 751

Hoe heeft het tarief voor logopedisten per behandeling zich de afgelopen tien jaar ontwikkeld?

Antwoord:

Cijfers hierover zijn mij niet bekend. Zoals eerder aangegeven (TK 2017–2018, Aangangsel van de handelingen nr. 1831) is de NZa op dit moment bezig met een monitor naar de ontwikkelingen van de afgesproken tarieven in relatie tot de kwaliteit en toegankelijkheid van de paramedische zorg, waaronder logopedie. Deze monitor wordt begin 2019 verwacht en zal ook op de bovenstaande vraag in gaan.

Vraag 752

Hoe lang is de gemiddelde wachttijd voor een logopedie behandeling?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 751. Deze monitor geeft naar verwachting ook meer inzicht in de gemiddelde wachttijden.

Vraag 753

Hoeveel fysiotherapeuten zijn de afgelopen vijf jaar gestopt met hun praktijk?

Antwoord:

Exacte cijfers hierover zijn niet bekend. Maar het NIVEL geeft in haar rapport «*Capaciteitsraming Fysiotherapie, een scenario-onderzoek naar de instroom in de bachelor-opleiding fysiotherapie in Nederland*» (2018, p. 23) aan dat er de afgelopen 5 jaar circa 2000 fysiotherapeuten zijn uitgestroomd.

Vraag 754

Hoe heeft het tarief voor fysiotherapeuten per behandeling zich de afgelopen tien jaar ontwikkeld?

Antwoord:

Cijfers hierover zijn mij niet bekend. Zoals eerder aangegeven (TK 2017–2018, Aanhangsel van de handelingen nr. 1831) is de NZa op dit moment bezig met een monitor naar de ontwikkelingen van de afgesproken tarieven in relatie tot de kwaliteit en toegankelijkheid van de paramedische zorg, waaronder fysiotherapeuten. Deze monitor wordt begin 2019 verwacht en zal ook op de bovenstaande vraag in gaan.

Vraag 755

Hoeveel openstaande vacatures zijn er voor huisartsen in Nederland?

Antwoord:

Volgens de meest recente arbeidsmarktmonitor van het Capaciteitsorgaan waren er in het tweede kwartaal van 2018 67 vacatures voor huisartsen.

Vraag 756

Hoeveel extra huisartsen moeten nieuw worden opgeleid om het grote tekort in de perifere regio's op te vullen?

Antwoord:

Landelijk worden er voldoende huisartsen opgeleid. Sinds 2015 worden er meer opleidingsplaatsen voor huisartsen beschikbaar gesteld dan het Capaciteitsorgaan heeft geadviseerd (750 plaatsen beschikbaar gesteld i.p.v. 630 maximumadvies Capaciteitsorgaan). Voorts heeft het Ministerie van VWS samen met de LHV een onderzoek uitgezet om zicht te krijgen op factoren die bepalend zijn voor huisartsen om wel of niet in een bepaald gebied te willen werken. Op dit moment is daar geen duidelijk beeld van. Doel van het onderzoek is om inzicht te krijgen in de motivatie van huisartsen en mobiliteitswensen.

Vraag 757

Vanaf 2019 komt er extra geld beschikbaar voor verloskundige zorg in achterstandswijken. Wordt daarmee ook financiering van de inzet van de tolktelefoon weer mogelijk gemaakt in de verloskundige praktijk?

Antwoord:

Voor een duidelijke communicatie bij zorgverlening is het belangrijk dat patiënten goed Nederlands spreken. Wanneer dit niet het geval is, dan dienen patiënt en zorgverlener een voorziening te treffen (conform de kwaliteitsnorm tolkgebruik) bijvoorbeeld een tolktelefoon. Er is in beginsel geen tolkenvergoeding in de zorg omdat het uitgangspunt is dat men goed Nederlands spreekt. Voor enkele groepen is een uitzondering gemaakt (slachtoffers van mensenhandel, asielzoekers in opvangcentra, vrouwen in de maatschappelijke opvang, statushouders in hun contact met huisartsen) omdat van hen nog niet verwacht kan worden dat zij voldoende Nederlands spreken. Ik ben niet van plan de tolkenvergoeding ruimer beschikbaar te stellen.

Vraag 758

Kan het extra geld dat vanaf 2019 beschikbaar komt voor verloskundige zorg in achterstandswijken ook ingezet worden voor het gebruik van de tolktelefoon in de verloskundige praktijk zodat er beter met (kwetsbare) patiënten gecommuniceerd kan worden?

Antwoord:

Zie mijn antwoord op vraag 757.

Vraag 759

Welk deel van de € 818 miljoen aan extra bezuinigingsopbrengst vanaf 2022 uit hoofde van de voor de jaren 2019–2022 gesloten hoofdlijnenakkoorden slaat neer in de wijkverpleging, en wat zijn de hiermee corresponderende zorginhoudelijke effecten of maatregelen?

Antwoord:

Bij de invulling van de taakstelling hoofdlijnenakkoorden (€ 1,9 miljard in 2021) uit het regeerakkoord worden de sectoren wijkverpleging en huisartsenzorg ontzien. Er is dan ook geen sprake van een aandeel van deze sectoren in de extra opbrengst van € 0,8 miljard in 2022.

Vraag 760

Welke gevolgen hebben de diverse verlagingen van het budget voor zorginfrastructuur voor de financiering van onplanbare zorg, zoals wijksteunpunten, personenalarmering en deurontgrendeling?

Antwoord:

Continuering van de NZa-beleidsregel zorginfrastructuur was met het oog op staatssteunproblematiek niet mogelijk en is dus beëindigd. Vanaf medio 2013 is aan betrokken partijen gecommuniceerd dat de beleidsregel voor zorginfrastructuur per 2015 ophield te bestaan. De subsidieregeling 2015–2017 voor zorginfrastructuur is vervallen per 1 januari 2018. Hieruit werden geheel of gedeeltelijk dergelijke initiatieven bekostigd. Deze moeten op zoek naar alternatieve financiering, bijvoorbeeld van gemeenten of zorgverzekeraar. Ook kan de zorgaanbieder besluiten de initiatieven af te bouwen of te staken. Overigens is nog wel de Stimuleringsregeling E-health Thuis (SET) in voorbereiding. Deze regeling heeft als doel het gebruik van E-health toepassingen op te schalen om te borgen dat mensen langer thuis kunnen wonen. Hieronder kunnen onder meer digitale communicatieplatforms, het inzetten van beeldzorg en zorg op afstand, medicatie aanreiking en valpreventie vallen.

Vraag 761

Welke gevolgen hebben de diverse verlagingen van het budget voor zorginfrastructuur voor voorzieningen voor ouderen, zoals sociale restaurants?

Antwoord:

Continuering van de NZa-beleidsregel zorginfrastructuur was met het oog op staatssteunproblematiek niet mogelijk en is dus beëindigd. Vanaf medio 2013 is aan betrokken partijen gecommuniceerd dat de beleidsregel voor zorginfrastructuur per 2015 ophield te bestaan. Deze beleidsregel is opgevolgd door een afbouwregeling in de vorm van een subsidieregeling die gold voor 2015–2017. Voor 2018 is € 27,8 miljoen overgeheveld naar gemeenten. Uitgangspunt bij de overgang is altijd geweest dat gemeenten beleidsvrijheid hebben om zorg te dragen voor de infrastructuur die mensen in staat stelt om langer thuis te wonen. Hiermee is er een aanzienlijke overgangstermijn geweest. Daarbij vervullen sociale restaurants een functie in het kader van het sociale domein; gemeenten zijn verantwoordelijk en hebben beleidsvrijheid voor de inrichting hiervan. Gemeenten kunnen ervoor kiezen vanuit dit belang deze functie te ondersteunen.

Vraag 762

Is de kwijtschelding binnen de wanbetalersregeling ook van toepassing op de regeling onverzekerden?

Antwoord:

De kwijtschelding binnen de wanbetalersregeling is bedoeld om mensen met schulden te helpen als zij worden afgemeld uit het bestuursrechtelijk premieregime.

Bij de onverzekerdenopsporing is niet op voorhand sprake van schulden, zodat er ook geen kwijtscheldingsregeling is.

Vraag 763

Kunt u aangeven hoeveel en welk soort vragen bij de helpdesk AVG binnenkomen?

Antwoord:

De inmiddels ruim 1.300 verschillende vragen die aan de AVG-Helpdesk werden gesteld, liggen onder andere op het snijvlak van de AVG en nationale wetgeving, bijvoorbeeld over het geven van toestemming, het toepassen van bewaartermijnen of over het recht om vergeten te worden. Daarnaast krijgt de AVG-Helpdesk vragen over informatiebeveiliging, zoals veilig e-mailen en social media gebruik. Ook worden er regelmatig specifieke vragen gesteld, bijvoorbeeld over gegevensverwerking in de gehandicaptensport en over de inzet van *wearables*. Tenslotte zijn er nog praktische vragen, zoals over het gebruik van foto's, het afsluiten van verwerkersovereenkomsten, het melden van datalekken of het aanstellen van een Functionaris voor Gegevensbescherming.

Vraag 764

Kunt u inzichtelijk maken welke gevolgen de AVG heeft voor de zorg? Moeten huisartsen bijvoorbeeld opnieuw toestemming vragen aan al hun patiënten om gegevens uit te kunnen wisselen met bijvoorbeeld een ziekenhuis?

Antwoord:

Veel van de privacyregels waren al vastgelegd in de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) die sinds 2001 van kracht was in Nederland en op 25 mei dit jaar werd vervangen door de AVG. Waar zorginstellingen voldeden aan de oude Wbp en aan de geldende veiligheidsnorm NEN 7510, was er niet veel extra inspanning nodig om ook te voldoen aan de nieuwe AVG. Nieuw was in de meeste gevallen de verplichting van het aanstellen van een Functionaris voor Gegevensbescherming (FG), het bijhouden van verwerkingen in een eigen register (het verwerkingenregister) en het helder en begrijpelijk uitleggen aan patiënten waarom welke gegevens van hen worden verwerkt (privacyverklaring, meestal op de website). Behalve het moeten aanstellen van een FG zijn deze verplichtingen niet uniek voor de zorg, ze gelden voor alle organisaties in Nederland en Europa. Vanuit zowel de Autoriteit Persoonsgegevens alsook veel van de koepelorganisaties in de zorg waren en zijn stappenplannen en handreikingen beschikbaar om zorgverleners praktisch te ondersteunen. Via websites van de koepels en de AVG-Helpdesk voor Zorg en Welzijn zijn voorbeelden en modellen beschikbaar voor bijvoorbeeld een privacyverklaring, verwerkersovereenkomst en informatie over het wanneer en hoe melden van datalekken. Dat neemt niet weg dat bij een deel van het zorgveld onbekendheid was met de AVG die er in de praktijk soms toe leidt dat zorgverleners het zekere voor het onzekere nemen en aanvullende – niet altijd nodige – maatregelen treffen om er maar zeker van te zijn dat ze aan de AVG voldoen. Huisartsen hoeven bijvoorbeeld geen toestemming te vragen aan hun patiënten om gegevens uit te wisselen met een ziekenhuis in het kader van een behandeling.