

Vergaderjaar 2019–2020

35 300 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2020

Nr. 10

VERSLAG HOUDENDE EEN LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 18 oktober 2019

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 2019 voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bij brief van 17 oktober 2019 zijn ze door de Minister 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

Welke kosten heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in de jaren 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 en 2019 gemaakt ten behoeve van (leden van) het Koninklijk Huis? En welk bedrag is hiervoor precies gereserveerd in de begroting van 2020?

Antwoord:

Er is geen sprake van kosten voor het Koninklijk Huis die worden opgenomen in de begroting De Koning volgens de hiervoor vastgestelde uitgangspunten. Er is sprake van uitgaven voor kosten op de begroting van dit ministerie voor activiteiten die verband houden met de beleidsdoeleinden en/of uitvoering van regelgeving van dit ministerie en waarbij in dit kader een persoon is betrokken die tevens lid is van het Koninklijk Huis. In de periode 2010 tot en met 2019 is totaal circa € 120.000,- aan kosten gemaakt ten behoeve van (leden van) het Koninklijk Huis. Dit bedrag heeft betrekking op de reis- en verblijfskosten in het kader van de Olympische- en Paralympische Zomer en Winter Spelen. Het Ministerie van VWS vergoedt deze kosten omdat leden van het Koninklijk Huis een belangrijke bijdrage leveren aan het uitdragen van het Nederlandse sportbeleid. De bedragen worden gezien de omvang niet apart in de begroting vermeld.

Vraag 2

Kan per programma van de 21 actieprogramma's die verschenen zijn, aangegeven worden welke concreet meetbare doelen én bijbehorende indicatoren opgenomen zijn en kan hierbij per indicator / doel aangeven worden in hoeverre deze op dit moment gehaald gaan worden

Antwoord:

Zoals onder andere tijdens het wetgevingsoverleg bij het jaarverslag 2017 d.d. 18 juni 2019 is aangegeven ontvangt uw kamer op gezette tijden voortgangsrapportages van de verschillende programma's waarin telkens een overzicht is opgenomen van de concreet meetbare doelen en bijbehorende indicatoren. Zo wordt uw kamer vanuit de context van het programma geïnformeerd over de voortgang. In de brief van 15 juli 2019 (TK 35 000 XVI, nr. 135) is een overzicht opgenomen van de momenten in het parlementaire jaar waarop de voortgangsrapportages van de lopende beleidsprogramma's naar verwachting zullen verschijnen. Daarnaast is, om meer samenhang te creëren tussen de begroting en de actieprogramma's, in de beleidsagenda van deze ontwerp-begroting en de VWS-monitor die ook met Prinsjesdag aan uw kamer is aangeboden (TK 35 300 XVI, nr. 4) een aantal indicatoren uit de verschillende actieprogramma's opgenomen.

Vraag 3

Kan per programma van de 21 actieprogramma's die verschenen zijn, aangegeven worden welke middelen beschikbaar zijn gesteld voor deze programma's en in hoeverre deze middelen in de afgelopen jaren uitgegeven zijn?

Antwoord:

In de programma's die zijn opgenomen in mijn brief van 15 juli jl. (TK 35 000 XVI, nr. 135) wordt aandacht besteed aan de budgettaire impact van de verschillende programma's.

Voor een groot deel van de programma's geldt dat door middel van actieprogramma's politieke prioriteiten zijn weergegeven en hiervoor zijn binnen de begroting bestaande middelen beschikbaar gesteld. Het betreft hier onder meer de programma's Rechtmatige zorg, (Ont)regel de zorg en enkele programma's voor de jeugdzorg. Ook binnen de beschikbare

Wlz-premiemiddelen is vanuit politieke prioritering geld vrijgemaakt voor de programma's Langer thuis en Volwaardig leven.

Het programma Volwaardig leven maakt daarnaast ook gebruik van middelen die bij het Regeerakkoord beschikbaar zijn gesteld, namelijk voor cliëntondersteuning. Ook voor de programma's Thuis in het Verpleeghuis en Een tegen eenzaamheid geldt dat deze met middelen uit het Regeerakkoord (Kwaliteitskader verpleeghuiszorg en waardig ouder worden) worden uitgevoerd. Als laatste geldt dat voor het programma Werken in de zorg onder meer de extra middelen voor Sectorplanplus beschikbaar zijn gesteld; hierbij gaat het om een bedrag van € 420 miljoen.

Bij de verschillende voortgangsrapportages zal melding worden gedaan van eventuele aanpassingen in de bestedingen.

Vraag 4

Kunt u een overzicht sturen met de jaarlijkse uitgaven aan zorg vanaf het jaar 2000 tot en met 2019 in zowel totaal als uitgesplitst per wet?

Antwoord:

In de onderstaande tabellen zijn de niet gecorrigeerde cijfers (onder meer voor overhevelingen tussen zorgdomeinen) van de ontwikkeling van de zorguitgaven 2000 tot en met 2019 opgenomen in zowel totaal (tabel 1) als uitgegeplitst per wet (tabel 2).

Het betreft hier de zorguitgaven die vallen onder de definitie van het Uitgavenplafond Zorg (het UPZ), grotendeels de premiegefinancierde uitgaven. De zorguitgaven die verantwoord worden op de VWS-begroting zijn niet in de tabellen opgenomen. Zoals in voetnoot 6 beschreven geldt dat ook voor de middelen Wmo en jeugd die per 2019 zijn opgegaan in de algemene uitkering van het gemeentefonds.

Tabel 1 Ontwikkeling van de zorguitgaven en -ontvangsten onder het Uitgavenplafond Zorg 2000-2019 (bedragen x € 1 miljard)¹

	2000	2001	2002	2003 ²	2004	2005	2006 ³	2007 ⁴	2008	2009	2010 ⁵	2011	2012	2013	2014	2015 ⁶	2016	2017	2018	2019
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	71,0	72,8	75,6	75,1
Eigen risico/ eigen betalingen	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	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	63,7	65,9	67,8	70,6	70,2

¹ De zorguitgaven zijn exclusief de begrotingsgefinancierde zorguitgaven (VWS-begroting en aanvullende post Financiën).

Tabel 2 Ontwikkeling van de zorguitgaven en -ontvangsten onder het Uitgavenplafond Zorg per wet 2000-2019 (bedragen x € 1 miljard)

	2000	2001	2002	2003 ²	2004	2005	2006 ³	2007 ⁴	2008	2009	2010 ⁵	2011	2012	2013	2014	2015 ⁶	2016	2017	2018	2019
Zorgverzekeringswet (Zvw)																				
Bruto Zvw-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	38,2	39,2	41,8	43,8	45,1	46,6	49,3
Eigen risico	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	3,1
Netto Zvw-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	40,6	41,9	43,4	46,1
Algemene Wet Bijzondere Ziektezaken (AWBZ)/Wet Langdurige Zorg (WLZ)																				
Bruto AWBZ/WLZ-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	20,4	21,4	23,6
Eigen betalingen	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	1,9	1,8	1,8
Netto AWBZ/WLZ-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	19,6	21,7
Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)⁷																				
Bruto Wmo-uitgaven (gemeentefonds)								1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,6	1,7	4,9	4,9	4,9	5,1	1,8
Jeugdwet⁷																2,0	1,9	1,9	2,0	
Bruto Jeugdwet-uitgaven (gemeentefonds)																				

² De overheidssectoren zijn vanaf 2003 t/m 2006 leeggeboekt omdat deze niet meer tot het Uitgavenplafond Zorg gerekend worden.

³ De Zorgverzekeringswet (Zvw) is in 2006 ingevoerd. Daarvoor maakten deze uitgaven deel van het Ziekenfondswet (ZFW), particuliere verzekeringen, eigen betalingen ZFW en eigen betalingen particuliere verzekeringen.

⁴ Exclusief de eenmalige stimuleringsimpuls voor de bouw uit het aanvullend coalitieakkoord Balkenende IV (€ 320 miljoen) die niet aan het Uitgavenplafond zorg is toegerekend.

⁵ De integratie-uitkering Wmo huishoudelijke hulp is in 2007 ingevoerd.

⁶ De Wet langdurige zorg (Wlz) is in 2015 in werking getreden.

⁷ De uitgaven voor Wmo en de Jeugdwet betreffen alleen het premiedeel dat valt onder het Uitgavenplafond Zorg. 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 Kamervraag 40, 43, 44, 47 en 803.

Bron: VWS

Vraag 5

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

Antwoord

In de onderstaande tabel zijn de belangrijkste intensiveringen in de Zvw, de Wlz, Wmo en Jeugdwet opgenomen sinds de ontwerpbegroting 2019. Het betreft hier zowel intensiveringen vanuit de begroting als premiemiddelen.

Belangrijkste intensivering in de begroting 2020 (Bedragen x € 1 miljoen)

	2019	2020	2021	2022	2023
Zvw	2,2	48,6	68,6	88,6	101,6
Beschikbaarheidsbijdrage Prinses Maxima Centrum	0,0	9,9	10,9	11,9	11,9
Regeling Veelbelovende Zorg	2,2	28,7	47,7	66,7	79,7
Beschikbaarheid geneesmiddelen	0,0	10,0	10,0	10,0	10,0
Wlz	18,5	526,0	526,3	526,5	526,6
Kwaliteitskader verpleeghuiszorg tranche 2020 ¹	0,0	500,0	500,0	500,0	500,0
Ontwikkelopgave zorgkantoren	11,8	10,2	10,4	10,4	10,4
Wet zorg en dwang	0,5	9,6	9,7	9,9	10,0
Bijdrage zorgvisie Groningen	6,2	6,2	6,2	6,2	6,2
Wmo	50,0	85,0	100,0	115,0	115,0
Ambulantisering in het ggz-domein	50,0	65,0	80,0	95,0	95,0
Invoeren Wet verplichte ggz	0,0	20,0	20,0	20,0	20,0
Jeugdwet	422,2	306,1	307,8	9,5	11,4
Tekorten Jeugdhulp	420,0	300,0	300,0	0,0	0,0
Verhoging leeftijdsgrens gezinshuizen	2,2	6,1	7,8	9,5	11,4
Overig	5,0	10,0	50,0	0,0	0,0
Arbeidsmarktprogramma Sectorplanplus	0,0	0,0	50,0	0,0	0,0
Viering 75-jaar vrijheid	5,0	10,0	0,0	0,0	0,0
Totaal	497,9	975,7	1.052,7	739,6	754,6

¹ Deze investering betreft de tranche 2020 binnen het ingroepspad van het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Er komt in 2020 € 500 miljoen extra beschikbaar voor het kwaliteitsbudget. Het betreft in deze tabel dus enkel de toevoeging ten opzichte van de eerder beschikbaar gestelde middelen ten behoeven van het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

Bron: VWS

Vraag 6

Hoeveel winst is er gemaakt in de Nederlandse zorgsector in het jaar 2019?

Antwoord:

Ik beschik niet over de precieze informatie die u vraagt. Het gemiddelde winstpercentage is in deze sector zeer laag. Onderstaande tabel geeft een overzicht van het bedrijfsresultaat (de bedrijfsopbrengsten minus de bedrijfslasten, exclusief het saldo van financiële en buitengewone baten en lasten) van instellingen met minimaal tien werknemers in verschillende zorgsectoren in 2015, 2016 en 2017.

Bedrijfsresultaat per sector (x € 1 miljoen)

	2015	2016	2017 ¹
Universitair medisch centra	318	314	350
Algemene ziekenhuizen	621	563	543
Categoriale ziekenhuizen	64	39	31
GGZ met overnachting	168	104	152
Gehandicaptenzorg	305	249	309
Jeugdzorg met overnachting	22	28	33
Maatschappelijke opvang (24-uurs)	33	- 12	43
Ambulante jeugdzorg	3	12	- 3
Verpleeg-, verzorgingshuizen, thuiszorg	322	163	517

¹ Voorlopige cijfers.

Bron: CBS Statline

Vraag 7

Hoeveel winst is uitgekeerd aan de investeerders, aandeelhouders en eigenaren?

Antwoord:

Ik hebben hier geen integraal overzicht van. SIRM en Finance Ideas hebben eerder dit jaar in opdracht van VWS onderzoek gedaan naar dividenduitkering door zorgaanbieders met een Wtzi-toelating.¹ In hun rapport zeggen de onderzoekers hier het volgende over: «Het is moeilijk rechtstreeks te achterhalen hoeveel dividend in de zorg is uitgekeerd. Onze ruwe schatting komt op € 275 miljoen voor 2016. Hieronder valt niet eventueel dividend uitgekeerd door BV's aan wie WTZi toegelaten zorgaanbieders zorg hebben uitbesteed. Daarvoor hebben we onvoldoende gegevens. Wel hebben we de medisch-specialistische bedrijven meegenomen in de schatting. Het in de zorg uitgekeerd dividend bestaat grotendeels uit dividend van bedrijven van medisch specialisten, huisartsen, tandartsen, apothekers en paramedici. Een klein deel, ongeveer € 6 miljoen per jaar, wordt uitgekeerd door BV's, werkzaam in de extramurale GGZ en thuiszorg. Of een ondernemer-zorgaanbieder kiest voor een BV of werkt als zelfstandige, is deels een juridische en fiscale optimalisatie. Daarom is ook de vergelijking met winst van zelfstandig gevestigde zorgverleners zonder BV relevant. Dat schatten we voor 2016 op € 605 miljoen.»

Vraag 8

Hoeveel reserves hebben de verschillende zorginstellingen opgebouwd?

Antwoord:

Ik beschik niet over de precieze informatie die u vraagt. Onderstaande tabel geeft een overzicht van het eigen vermogen (waar de reserves onderdeel van uitmaken) van instellingen met minimaal tien werknemers in verschillende zorgsectoren in 2015, 2016 en 2017.

¹ <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/rapporten/2019/06/17/uitkering-van-dividend-door-zorgaanbieders>.

Eigen vermogen per sector (x € 1 miljoen)

	2015	2016	2017 ¹
Universitair medisch centra	2.072	2.228	2.479
Algemene ziekenhuizen	3.707	3.930	4.147
Categorale ziekenhuizen	341	373	380
GGZ met overnachting	1.299	1.341	1.379
Gehandicaptenzorg	2.516	2.690	2.920
Jeugdzorg met overnachting	251	267	307
Maatschappelijke opvang (24-uurs)	281	271	320
Ambulante jeugdzorg	54	63	58
Verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg	4.530	4.462	4.764

¹ voorlopige cijfers.

Bron: CBS Statline

Vraag 9

Kunt u een overzicht geven van alle convenanten die sinds 2015 zijn afgesloten tussen het Ministerie van VWS en betrokken partijen in de zorg? Kunt u daarbij aangeven welke convenanten succesvol hebben gewerkt en welke convenanten minder succesvol waren met een toelichting daarop?

Antwoord:

De onderstaande convenanten zijn met partijen in de zorg afgesloten

Titel convenant	Stand van zaken
Convenant inzet onafhankelijk deskundige arts bij signalen en verdenkingen van fraude in de zorg	In de eerste voortgangsrapportage Rechtmatige zorg ¹ is aangegeven dat ervaringen met het Convenant inzet onafhankelijk deskundige arts (ODA) bij signalen en verdenkingen van fraude in de zorg duidelijk maken dat het aantal zaken waarbij de inzet van een ODA aan de orde is gekomen tot op heden nog beperkt is. Op initiatief van het Openbaar Ministerie zal in samenwerking met de convenantpartners gestart worden met de tweede evaluatie van de Convenant inzet onafhankelijk deskundige arts bij signalen en verdenkingen van fraude in de zorg.
Convenant houdende afspraken over de samenwerking in het kader van de verbetering van de bestrijding van zorgfraude: «Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ)»	Dit is een convenant over de samenwerking in het kader van de verbetering van de bestrijding van zorgfraude: «Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ)» in 2018 verlengd. Het nu nog publiekrechtelijk samenwerkingsverband, wordt een rechtspersoon met een wettelijke taak (stichting). Het wetsvoorstel bevorderen samenwerking en rechtmatige zorg regelt een grondslag voor verschillende partijen, waaronder toezichthouders, opsporingsdiensten, zorgverzekeraars en gemeenten, om signalen over fraude beter uit gaan wisselen waar dit nu beperkt of niet mogelijk is. Deze partijen kunnen hierdoor – ieder vanuit hun eigen rol en verantwoordelijkheid fraude beter opsporen en aanpakken.
Relatiestatuuut tussen het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Nederlandse Transplantatie Stichting	Volgend jaar is er weer een vijfjaarlijkse evaluatie van de Nederlandse Transplantatie Stichting, waarin het tweejaar oude Relatiestatuuut ook zal worden meegenomen.
Verlenging van het Convenant houdende afspraken over de samenwerking in het kader van de verbetering van de bestrijding van zorgfraude: Voortzetting Bestuurlijk Overleg Integriteit Zorgsector (Stcrt. 2015, 8345)	Het convenant is verlengd. De werking wordt hierboven toegelicht.

Titel convenant	Stand van zaken
Convenant houdende afspraken over de samenwerking in het kader van de verbetering van de bestrijding van zorgfraude: Voortzetting Bestuurlijk Overleg Integriteit Zorgsector	Het doel van het samenwerkingsverband Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ) is het versterken van de integriteit van de zorgsector door samenwerking tussen de convenantpartners te stimuleren, te coördineren en te vergroten door het uitwisselen van informatie en het uitwisselen van kennis, inzicht en vaardigheden. De Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ) heeft een sturende rol in de aanpak van fouten en fraude in de zorgsector. Op 28 februari 2019 is het convenant houdende afspraken over de samenwerking in het kader van de verbetering van de bestrijding van zorgfraude verlengd nadat alle partijen hebben aangegeven de samenwerking in de TIZ voort te willen zetten. Verbetersuggesties die uit de evaluatie voortkomen worden door de TIZ opgepakt.
Convenant houdende afspraken over de samenwerking in het kader van de verbetering van de bestrijding van zorgfraude: «Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ)» 2018	Het doel van het samenwerkingsverband Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ) is het versterken van de integriteit van de zorgsector door samenwerking tussen de convenantpartners te stimuleren, te coördineren en te vergroten door het uitwisselen van informatie en het uitwisselen van kennis, inzicht en vaardigheden. De Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ) heeft een sturende rol in de aanpak van fouten en fraude in de zorgsector. Op 28 februari 2019 is het convenant houdende afspraken over de samenwerking in het kader van de verbetering van de bestrijding van zorgfraude verlengd nadat alle partijen hebben aangegeven de samenwerking in de TIZ voort te willen zetten. Verbetersuggesties die uit de evaluatie voortkomen worden door de TIZ opgepakt.
Het Groninger Zorgakkoord	Het convenant is recent afgesloten en 2020 wordt de subsidieregeling gestart. Over het succes is nu nog niets te zeggen.

¹ Kamerstukken II, 2018/19, 28 828 nr. 111.

Vraag 10

Welk percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven, zoals begroot voor 2020, 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 11

Welk percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven, zoals begroot voor 2019, komt puur op het conto van geneesmiddelen?

Antwoord:

Met betrekking tot de uitgaven aan extramurale geneesmiddelen (inclusief apothekerskosten) was een groei in 2019 begroot van € 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 uitgaven aan geneesmiddelen (inclusief apothekerskosten) komt dan op naar schatting € 463 miljoen, op een totaal van naar schatting € 7,2 miljard aan uitgaven (+6,3%, waarvan grofweg +3% btw-stijging).

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.

Vraag 12

Welk percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven, zoals begroot voor 2019, puur op het conto van bureaucratie, overhead en verspilling?

Antwoord:

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

Vraag 13

Welk percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven, zoals begroot voor 2019, puur op het conto van bureaucratie, overhead en verspilling?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 12.

Vraag 14

Hoeveel procent van hun besteedbaar inkomen waren mensen met een modaal inkomen gemiddeld in 2018 kwijt aan eigen betalingen in de zorg, en hoeveel procent is dat in 2019?

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 risico Zvw plus eigen bijdragen Wlz) bedragen in 2018 en 2019 respectievelijk € 366 en € 357. In de tabel hieronder zijn de eigen betalingen uitgedrukt als percentage van het besteedbaar inkomen van een alleenstaande (zonder kinderen).

Eigen betalingen als percentage van besteedbaar inkomen:

	WML	modaal	2x modaal	3x modaal
2018	2,1%	1,5%	0,9%	0,7%
2019	1,9%	1,4%	0,9%	0,6%

Huishoudens met een laag inkomen worden via de zorgtoeslag deels gecompenseerd voor het eigen risico. Informatie over de daadwerkelijke verdeling van de eigen betalingen over inkomensgroepen is niet beschikbaar.

Vraag 15

Hoeveel procent van hun besteedbaar inkomen waren mensen met een inkomen van tweemaal modaal gemiddeld kwijt in 2018 aan eigen betalingen in de zorg en hoeveel procent is dat in 2019?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 14.

Vraag 16

Hoeveel procent van hun besteedbaar inkomen waren mensen met een inkomen van driemaal modaal gemiddeld kwijt in 2018 aan eigen betalingen in de zorg en hoeveel procent is dat in 2019?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 14.

Vraag 17

Hoeveel procent van hun besteedbaar inkomen waren mensen met een hoog inkomen gemiddeld in 2018 kwijt aan eigen betalingen in de zorg, en hoeveel procent is dat in 2019?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 14.

Vraag 18

Wat is een alleenstaande in de bijstand kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:

Onderstaande tabel laat voor 2020 zien, wat verschillende huishoudtypen en inkomensklassen aan zorgkosten betalen. Hierin is onderscheid gemaakt naar de inkomensafhankelijke bijdrage, ingeschatte nominale premie Zvw, het gemiddeld eigen risico, de zorgtoeslag, de Wlz-premie minus het aandeel algemene heffingskorting en de bijdrage aan het deel van de zorguitgaven dat via directe en indirecte belastingen wordt betaald.

Zorgkosten per verzekerde voor 2020:

	Alleenstaande zonder kinderen					Alleenverdiener (paar) met kinderen				
	Bijstand	WML	1x modaal	2x modaal	3x modaal	Bijstand	WML	1x modaal	2x modaal	3x modaal
Bruto inkomen	€ 15.878	€ 21.563	€ 36.500	€ 73.000	€ 109.500	€ 20.210	€ 21.563	€ 36.500	€ 73.000	€ 109.500
Inkomensafhankelijke bijdrage	€ 1.064	€ 1.407	€ 2.338	€ 3.833	€ 3.833	€ 1.354	€ 1.407	€ 2.338	€ 3.833	€ 3.833
Nominale premie	€ 1.421	€ 1.421	€ 1.421	€ 1.421	€ 1.421	€ 2.842	€ 2.842	€ 2.842	€ 2.842	€ 2.842
Gemiddeld eigen risico	€ 227	€ 227	€ 227	€ 227	€ 227	€ 454	€ 454	€ 454	€ 454	€ 454
Zorgtoeslag	€ -1.256	€ -1.256	€ -	€ -	€ -	€ -2.409	€ -2.409	€ -583	€ -	€ -
Netto premie	€ 392	€ 392	€ 1.648	€ 1.648	€ 1.648	€ 887	€ 887	€ 2.713	€ 3.296	€ 3.296
Premie Wiz	€ 1.532	€ 2.027	€ 3.350	€ 3.350	€ 3.350	€ 1.950	€ 2.027	€ 3.350	€ 3.350	€ 3.350
Aandeel heffingskorting	€ -700	€ -1.594	€ -1.364	€ -345	€ -0	€ -1.401	€ -1.734	€ -1.504	€ -486	€ -140
Netto premie Wiz	€ 832	€ 433	€ 1.986	€ 3.004	€ 3.350	€ 549	€ 293	€ 1.846	€ 2.864	€ 3.210
Directe belasting	€ 253	€ 335	€ 556	€ 1.097	€ 1.638	€ 322	€ 335	€ 556	€ 1.097	€ 1.638
Indirecte belasting	€ 370	€ 571	€ 768	€ 1.289	€ 1.765	€ 650	€ 704	€ 857	€ 1.321	€ 1.798
Totaal	€ 2.910	€ 3.138	€ 7.296	€ 10.872	€ 12.234	€ 3.762	€ 3.626	€ 8.309	€ 12.412	€ 13.775
Als percentage van bruto inkomen	18%	15%	20%	15%	11%	19%	17%	23%	17%	13%

	Tweeverdieners zonder kinderen					Tweeverdieners met kinderen				
	Bijstand	WML	1x modaal	2x modaal	3x modaal	Bijstand	WML	1x modaal	2x modaal	3x modaal
Bruto inkomen	€ 20.210	€ 21.563	€ 36.500	€ 73.000	€ 109.500	€ 20.210	€ 21.563	€ 36.500	€ 73.000	€ 109.500
Inkomensafhankelijke bijdrage	€ 1.354	€ 1.444	€ 2.402	€ 3.833	€ 3.833	€ 1.354	€ 1.432	€ 2.376	€ 3.833	€ 3.833
Nominale premie	€ 2.842	€ 2.842	€ 2.842	€ 2.842	€ 2.842	€ 2.842	€ 2.842	€ 2.842	€ 2.842	€ 2.842
Gemiddeld eigen risico	€ 454	€ 454	€ 454	€ 454	€ 454	€ 454	€ 454	€ 454	€ 454	€ 454
Zorgtoeslag	€ -2.409	€ -2.197	€ -128	€ -	€ -	€ -2.409	€ -2.222	€ -184	€ -	€ -
Netto premie	€ 887	€ 1.099	€ 3.168	€ 3.296	€ 3.296	€ 887	€ 1.074	€ 3.112	€ 3.296	€ 3.296
Premie Wiz	€ 1.950	€ 2.219	€ 3.350	€ 3.350	€ 3.350	€ 1.950	€ 2.201	€ 3.350	€ 3.350	€ 3.350
Aandeel heffingskorting	€ -1.401	€ -1.673	€ -2.738	€ -2.728	€ -1.709	€ -1.401	€ -1.823	€ -3.079	€ -3.479	€ -2.461
Netto premie Wiz	€ 549	€ 546	€ 612	€ 622	€ 1.641	€ 549	€ 377	€ 271	€ -130	€ 889
Directe belasting	€ 322	€ 366	€ 610	€ 1.187	€ 1.752	€ 322	€ 363	€ 603	€ 1.180	€ 1.745
Indirecte belasting	€ 518	€ 569	€ 901	€ 1.536	€ 2.057	€ 650	€ 713	€ 1.031	€ 1.683	€ 2.203
Totaal	€ 3.631	€ 4.024	€ 7.692	€ 10.475	€ 12.579	€ 3.762	€ 3.960	€ 7.394	€ 9.863	€ 11.967
Als percentage van bruto inkomen	18%	19%	21%	14%	11%	19%	18%	20%	14%	11%

Vraag 19

Wat is een alleenstaande met een minimuminkomen kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 20

Wat is een alleenstaande met een modaal inkomen kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 21

Wat is een alleenstaande met een twee keer modaal inkomen kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 22

Wat is een alleenstaande met een drie keer modaal inkomen kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 23

Wat is een alleenverdiener (paar) met kinderen in de bijstand kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 24

Wat is een alleenverdiener (paar) met kinderen met een minimuminkomen kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 25

Wat is een alleenverdiener (paar) met kinderen met een modaal inkomen kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 26

Wat is een alleenverdiener (paar) met kinderen met een twee keer modaal inkomen kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 27

Wat is een alleenverdiener (paar) met kinderen met een drie keer modaal inkomen kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 28

Wat zijn tweeverdieners in de bijstand met kinderen kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 29

Wat zijn tweeverdieners met een minimuminkomen met kinderen kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 30

Wat zijn tweeverdieners met een modaal inkomen met kinderen kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 31
Wat zijn tweeverdieners met een twee keer modaal inkomen met kinderen kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 32
Wat zijn tweeverdieners met een drie keer modaal inkomen met kinderen kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 33
Wat zijn tweeverdieners in de bijstand kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 34
Wat zijn tweeverdieners met een modaal inkomen kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 35
Wat zijn tweeverdieners met een twee keer modaal inkomen kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 36
Kunt u aangeven wat het gemiddelde bedrag is dat een alleenstaande met een bijstandsinkomen, respectievelijk een minimuminkomen, een modaal inkomen, twee keer modaal inkomen en drie keer modaal inkomen uitgeeft aan zorg (inkomensafhankelijke bijdrage, premie Zvw, gemiddelde eigen risico en zorgtoeslag, de Wlz-premie onder aftrek van het aandeel van de heffingskorting dat betrekking heeft op de Wlz) alsook de bijdrage aan het deel van de zorguitgaven dat via de directe en indirecte belastingen wordt betaald en hoe dit zich vertaalt naar percentage van het bruto inkomen? Kunt u deze cijfers geven vanaf het jaar 2010 tot nu en kunt u de verschillen duiden in ontwikkelingen in de percentages?

Antwoord:
Onderstaande tabel laat voor de jaren 2010 tot en met 2020 zien wat een alleenstaande gemiddeld betaalt aan zorg in euro's en als percentage van het brutoinkomen. De cijfers zijn berekend voor verschillende inkomensklassen.

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.

- Het deel van de zorguitgaven dat uit belastingen betaald wordt (de rijksbijdragen Zvw en AWBZ, de BIKK, de zorgtoeslag, de WMO, de jeugdzorg en het begrotingsgefinancierde deel van het UPZ). Verondersteld is dat deze kosten worden gefinancierd uit directe (circa 60%) en indirecte belastingen (circa 40%). Hierbij wordt gerekend met een vast percentage van het brutoinkomen, waardoor er nog geen rekening wordt gehouden met de progressie van het belastingstelsel.

Voor het jaar 2017 is er een tweede cijfer opgenomen conform de nieuwe definitie van de zorguitgaven. Bij de nieuwe definitie worden zorguitgaven gepresenteerd exclusief de uitgaven aan Wmo en Jeugdzorg die vanaf 2019 niet meer onder het uitgavenplafond zorg vallen. Het is niet mogelijk om de cijfers voor deze nieuwe definitie voor de jaren 2010–2016 te leveren, omdat er in deze periode in de AWBZ-uitgaven geen onderscheid gemaakt is naar de Wmo- en Jeugdzorguitgaven.

Ontwikkeling totale zorgkosten voor alleenstaanden in euro's per jaar en als percentage van het brutoinkomen voor 2010–2020:

Alleenstaanden	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017-I	2017-II	2018	2019	2020
Bijstand (in €)	€ 3.224	€ 3.436	€ 3.416	€ 3.507	€ 3.220	€ 3.170	€ 3.081	€ 3.094	€ 2.880	€ 2.884	€ 2.919	€ 2.910
Bijstand (in % bruto inkomen)	23%	24%	24%	23%	22%	22%	21%	21%	19%	19%	19%	18%
Minimumloon (in €)	€ 3.688	€ 3.943	€ 3.910	€ 3.964	€ 3.597	€ 3.639	€ 3.377	€ 3.383	€ 3.074	€ 3.114	€ 3.142	€ 3.138
Minimumloon (in % bruto inkomen)	20%	21%	21%	21%	19%	19%	17%	17%	15%	15%	15%	15%
Modaal (in €)	€ 7.421	€ 7.891	€ 7.788	€ 7.989	€ 7.902	€ 7.744	€ 7.573	€ 7.692	€ 7.209	€ 6.934	€ 7.111	€ 7.296
Modaal (in % bruto inkomen)	23%	24%	24%	25%	23%	22%	21%	21%	19%	20%	20%	20%
2x Modaal (in €)	€ 8.687	€ 9.385	€ 10.400	€ 10.860	€ 10.737	€ 10.791	€ 10.978	€ 11.067	€ 10.189	€ 10.137	€ 10.599	€ 10.872
2x Modaal (in % bruto inkomen)	13%	14%	16%	17%	15%	15%	15%	15%	14%	15%	15%	15%
3x Modaal (in €)	€ 9.721	€ 10.538	€ 11.536	€ 11.873	€ 11.919	€ 12.528	€ 12.675	€ 12.776	€ 11.523	€ 11.371	€ 11.896	€ 12.234
3x Modaal (in % bruto inkomen)	10%	11%	12%	12%	11%	12%	12%	12%	10%	11%	11%	11%

Het aandeel van het inkomen dat aan zorg wordt betaald is door de jaren heen vrij stabiel. Veranderingen die optreden komen voort uit veranderingen bij de heffingskortingen (daarvan heeft niet iedereen in gelijke mate voordeel), bij de zorgtoeslag (daarop is eerst bezuinigd, terwijl de laatste jaren de zorgtoeslag juist is verhoogd). Verder is van invloed dat de inkomens in bepaalde jaren meer en in andere jaren minder groeien dan de zorguitgaven.

Vraag 37

Kunt u aangeven wat het gemiddelde bedrag is dat een alleenverdiener (paar) met kinderen met een bijstandsinkomen, respectievelijk een minimuminkomen, een modaal inkomen, twee keer modaal inkomen en drie keer modaal inkomen uitgeeft aan zorg (inkomensafhankelijke bijdrage, premie Zvw, gemiddelde eigen risico en zorgtoeslag, de Wlz-premie onder aftrek van het aandeel van de heffingskorting dat betrekking heeft op de Wlz) alsook de bijdrage aan het deel van de zorguitgaven dat via de directe en indirecte belastingen wordt betaald en hoe dit zich vertaalt naar percentage van het bruto inkomen? Kunt u deze cijfers geven vanaf het jaar 2010 tot nu en kunt u de verschillen duiden in ontwikkelingen in de percentages?

Antwoord:

Zie de algemene opmerkingen bij het antwoord op vraag 36.

Ontwikkeling totale zorgkosten voor alleenverdieners met kinderen in euro's per jaar en als percentage van het brutoinkomen voor 2010–2020:

Alleenverdiener (paar) met kinderen												
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017-I	2017-II	2018	2019	2020
Bijstand (in €)	€ 3.954	€ 4.254	€ 4.269	€ 4.463	€ 4.210	€ 4.350	€ 4.186	€ 4.204	€ 3.870	€ 3.911	€ 3.810	€ 3.762
Bijstand (in % bruto inkomen)	22%	23%	23%	24%	22%	23%	22%	22%	20%	20%	19%	19%
Minimumloon (in €)	€ 3.616	€ 3.939	€ 4.011	€ 4.093	€ 3.827	€ 4.114	€ 3.820	€ 3.866	€ 3.508	€ 3.604	€ 3.578	€ 3.626
Minimumloon (in % bruto inkomen)	20%	21%	21%	21%	20%	21%	19%	19%	17%	18%	17%	17%
Modaal (in €)	€ 7.336	€ 7.831	€ 7.874	€ 8.272	€ 8.541	€ 8.989	€ 8.838	€ 9.069	€ 8.560	€ 7.970	€ 8.089	€ 8.309
Modaal (in % bruto inkomen)	23%	24%	24%	25%	24%	25%	25%	25%	23%	23%	23%	23%
2x Modaal (in €)	€ 9.356	€ 10.209	€ 11.314	€ 11.908	€ 11.685	€ 11.999	€ 12.205	€ 12.403	€ 11.510	€ 11.515	€ 12.067	€ 12.412
2x Modaal (in % bruto inkomen)	14%	15%	17%	18%	17%	17%	17%	17%	16%	17%	17%	17%
3x Modaal (in €)	€ 10.389	€ 11.362	€ 12.449	€ 12.921	€ 12.867	€ 13.735	€ 13.902	€ 14.112	€ 12.844	€ 12.749	€ 13.364	€ 13.775
3x Modaal (in % bruto inkomen)	11%	11%	13%	13%	12%	13%	13%	13%	12%	12%	13%	13%

Vraag 38

Kunt u aangeven wat het gemiddelde bedrag is dat tweeverdieners met een bijstandsinkomen, respectievelijk een minimuminkomen, een modaal inkomen, twee keer modaal inkomen en drie keer modaal inkomen uitgeven aan zorg (inkomensafhankelijke bijdrage, premie Zvw, gemiddelde eigen risico en zorgtoeslag, de Wlz-premie onder aftrek van het aandeel van de heffingskorting dat betrekking heeft op de Wlz) alsook de bijdrage aan het deel van de zorguitgaven dat via de directe en indirecte belastingen wordt betaald en hoe dit zich vertaalt naar percentage van het bruto inkomen? Kunt u deze cijfers geven vanaf het jaar 2010 tot nu en kunt u de verschillen duiden in ontwikkelingen in de percentages?

Antwoord:

Zie de algemene opmerkingen bij het Antwoord op vraag 36.

Ontwikkeling totale zorgkosten voor tweeverdieners in euro's per jaar en als percentage van het brutoinkomen voor 2010–2020:

Tweeverdieners zonder kinderen												
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017-I	2017-II	2018	2019	2020
Bijstand (in €)	€ 3.846	€ 4.127	€ 4.142	€ 4.352	€ 4.105	€ 4.189	€ 4.018	€ 4.041	€ 3.751	€ 3.788	€ 3.688	€ 3.631
Bijstand (in % bruto inkomen)	21%	23%	23%	23%	22%	22%	21%	21%	19%	19%	18%	18%
Minimumloon (in €)	€ 3.771	€ 4.056	€ 4.091	€ 4.196	€ 4.302	€ 4.481	€ 4.306	€ 4.359	€ 4.046	€ 4.112	€ 4.062	€ 4.024
Minimumloon (in % bruto inkomen)	21%	22%	22%	22%	22%	23%	22%	22%	20%	20%	19%	19%
Modaal (in €)	€ 7.054	€ 7.563	€ 7.539	€ 7.815	€ 8.113	€ 8.442	€ 8.023	€ 8.147	€ 7.591	€ 7.642	€ 7.645	€ 7.692
Modaal (in % bruto inkomen)	22%	23%	23%	24%	23%	24%	22%	22%	21%	22%	22%	21%
2x Modaal (in €)	€ 8.803	€ 9.586	€ 10.645	€ 10.897	€ 10.468	€ 11.226	€ 10.869	€ 11.060	€ 10.067	€ 9.963	€ 10.179	€ 10.475
2x Modaal (in % bruto inkomen)	14%	15%	16%	17%	15%	16%	15%	15%	14%	14%	14%	14%
3x Modaal (in €)	€ 9.936	€ 10.856	€ 11.892	€ 12.230	€ 11.984	€ 13.055	€ 13.076	€ 13.257	€ 11.862	€ 11.648	€ 12.146	€ 12.579
3x Modaal (in % bruto inkomen)	10%	11%	12%	13%	11%	12%	12%	12%	11%	11%	11%	11%

Vraag 39

Kunt u aangeven wat het gemiddelde bedrag is dat tweeverdieners met kinderen met een bijstandsinkomen, respectievelijk een minimuminkomen, een modaal inkomen, twee keer modaal inkomen en drie keer modaal inkomen uitgeven aan zorg (inkomensafhankelijke bijdrage, premie Zvw, gemiddelde eigen risico en zorgtoeslag, de Wlz-premie onder

af trek van het aandeel van de heffingskorting dat betrekking heeft op de Wlz) alsook de bijdrage aan het deel van de zorguitgaven dat via de directe en indirecte belastingen wordt betaald en hoe dit zich vertaalt naar percentage van het bruto inkomen? Kunt u deze cijfers geven vanaf het jaar 2010 tot nu en kunt u de verschillen duiden in ontwikkelingen in de percentages?

Antwoord:

Zie de algemene opmerkingen bij het antwoord op vraag 36.

Ontwikkeling totale zorgkosten voor tweeverdieners met kinderen in euro's per jaar en als percentage van het brutoinkomen voor 2010–2020:

Tweeverdieners met kinderen	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017-I	2017-II	2018	2019	2020
Bijstand (in €)	€ 3.954	€ 4.254	€ 4.269	€ 4.463	€ 4.210	€ 4.350	€ 4.186	€ 4.204	€ 3.870	€ 3.911	€ 3.810	€ 3.762
Bijstand (in % bruto inkomen)	22%	23%	23%	24%	22%	23%	22%	22%	20%	20%	19%	19%
Minimumloon (in €)	€ 3.954	€ 4.254	€ 4.269	€ 4.463	€ 4.210	€ 4.350	€ 4.186	€ 4.204	€ 3.870	€ 3.911	€ 3.810	€ 3.762
Minimumloon (in % bruto inkomen)	22%	23%	23%	24%	22%	23%	22%	22%	20%	20%	19%	19%
Modaal (in €)	€ 6.710	€ 7.183	€ 7.110	€ 7.382	€ 7.661	€ 8.191	€ 7.717	€ 7.827	€ 7.226	€ 7.276	€ 7.349	€ 7.394
Modaal (in % bruto inkomen)	21%	22%	22%	23%	22%	23%	21%	21%	20%	21%	21%	20%
2x Modaal (in €)	€ 8.244	€ 9.027	€ 10.001	€ 10.284	€ 9.832	€ 10.815	€ 10.326	€ 10.500	€ 9.458	€ 9.357	€ 9.558	€ 9.863
2x Modaal (in % bruto inkomen)	13%	14%	15%	16%	14%	15%	14%	14%	13%	14%	13%	14%
3x Modaal (in €)	€ 9.377	€ 10.298	€ 11.248	€ 11.616	€ 11.348	€ 12.643	€ 12.532	€ 12.697	€ 11.253	€ 11.042	€ 11.525	€ 11.967
3x Modaal (in % bruto inkomen)	10%	10%	11%	12%	11%	12%	12%	11%	10%	11%	11%	11%

Vraag 40

Kunt u de uitgaven aan de Wmo op een rij zetten van de jaren 2007 tot en met 2019?

Antwoord:

Onderstaande tabel geeft voor de volledigheid een overzicht voor de jaren 2007 t/m 2017 van de gemeentelijke uitgaven voor de Wmo 2015 en vanaf 2015 t/m 2017 voor de Jeugdwet.

Jaar	Uitgaven
2007	€ 2.910 mln. (Wmo)
2008	€ 3.104 mln. (Wmo)
2009	€ 3.322 mln. (Wmo)
2010	€ 3.724 mln. (Wmo)
2011	€ 3.705 mln. (Wmo)
2012	€ 3.684 mln. (Wmo)
2013	€ 3.501 mln. (Wmo)
2014	€ 3.485 mln. (Wmo)
2015	€ 4.098 mln. (Wmo), € 2.963 miljoen (Jeugd) en € 3.783 mln. (onverdeeld Wmo en Jeugd)
2016	€ 4.121 mln. (Wmo), € 3.126 miljoen (Jeugd) en € 3.577 mln. (onverdeeld Wmo en Jeugd)
2017	€ 5.127 mln. (Wmo), € 3.838 miljoen (Jeugd) en € 2.654 mln. (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.

De gemeentelijke uitgaven aan de Wmo voor de jaren 2018 en 2019 zijn nog niet bekend.

Vraag 41

Kunt u de uitgaven aan de Wlz op een rij zetten van de jaren 2015 tot en met 2019?

Antwoord:

In de onderstaande tabel zijn de bruto en netto Wlz-uitgaven van de jaren 2015 tot en met 2019 opgenomen.

Wlz-uitgaven en -ontvangsten 2015–2019 (bedragen x € 1 miljard)

	2015	2016	2017	2018	2019
Bruto Wlz-uitgaven	19,5	19,9	20,4	21,4	23,6
Eigen betalingen	1,9	1,9	1,9	1,8	1,8
Netto Wlz-uitgaven	17,7	18,0	18,5	19,6	21,7

Vraag 42

Kunt u de uitgaven aan de Zvw op een rij zetten van de jaren 2007 tot en met 2019?

Antwoord:

In de onderstaande tabel zijn de bruto en netto Zvw-uitgaven voor de jaren 2007 tot en met 2019 opgenomen.

Zvw-uitgaven en -ontvangsten 2007–2019 (bedragen x € 1 miljard)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Bruto Zvw-uitgaven	26,1	31,5	33,8	35,5	36,0	36,7	39,2	39,2	41,8	43,8	45,1	46,6	49,3
Eigen risico	2,0	1,3	1,4	1,5	1,5	1,9	2,7	3,1	3,2	3,2	3,2	3,2	3,1
Netto Zvw-uitgaven	24,0	30,2	32,4	34,0	34,5	34,7	36,5	36,1	38,6	40,6	41,9	43,4	46,1

Vraag 43

Kunt u de uitgaven aan de jeugdzorg op een rij zetten van de jaren 2015 tot en met 2019?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 40.

Vraag 44

Kunt u de uitgaven aan beschermd wonen op een rij zetten van de jaren 2015 tot en met 2019?

Antwoord:

De uitgaven voor beschermd wonen maken onderdeel uit van de totale uitgaven aan de Wmo, zoals vermeld in het antwoord op vraag 40. 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 voor alleen beschermd wonen niet kan worden gegeven. Wel kan worden

gemeld dat het budget voor beschermd wonen apart via de integratie-uitkering beschermd wonen aan de centrumgemeenten wordt verstrekt. Het gaat om een bedrag ter hoogte van € 1,4 miljard in 2015 en 2016, € 1,5 miljard in 2017, € 1,6 miljard in 2018 en € 1,8 miljard in 2019. Beschermd wonen wordt separaat benoemd omdat dit budget – in tegenstelling tot de overige onderdelen van de oude integratie-uitkering Sociaal domein deel Wmo 2015 –, nog niet is overgeheveld naar de algemene uitkering van het gemeentefonds. Zie ook het antwoord op vraag 297.

Vraag 45

Kunt u de uitgaven aan preventie op een rij zetten van de jaren 2005 tot en met 2019?

Antwoord:

Dit kabinet heeft in het regeerakkoord in totaal € 170 miljoen extra uitgetrokken voor preventiemaatregelen. Het RIVM zal naar verwachting eind 2019 op zijn website <https://www.volksgezondheidenzorg.info/> de kosten van preventie in Nederland voor het peiljaar 2015 publiceren. In 2010 is dit voor het laatst gedaan met als peiljaar 2007. In 2007 werd 13 miljard euro uitgegeven aan preventie in Nederland. Daarvan werd ongeveer 3 miljard euro binnen de zorg besteed. Het RIVM schreef toen: *«Het merendeel van de uitgaven, € 10 miljard euro, vindt buiten de zorg plaats. Vrijwel alle uitgaven buiten de zorg worden besteed aan gezondheidsbescherming. Voorbeelden hiervan zijn bestrijding van luchtverontreiniging en bevordering van de verkeersveiligheid. De uitgaven binnen de zorg gaan voor het merendeel, € 2,5 miljard, naar ziektepreventie bijvoorbeeld vaccinatie, screening en preventieve medicatie. Aan gezondheidsbevorderende maatregelen als leefstijlvoorlichting wordt binnen de zorg bijna een half miljard euro uitgegeven.»* Zie ook het antwoord op vraag 200.

Vraag 46

Kunt u de uitgaven aan dagbesteding en begeleiding op een rij zetten van de jaren 2015 tot en met 2019?

Antwoord:

De uitgaven voor dagbesteding en begeleiding maken onderdeel uit van de totale uitgaven aan de Wmo, zoals vermeld in het antwoord op vraag 40. 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 voor alleen dagbesteding en begeleiding niet kan worden gegeven.

Vraag 47

Kunt u de uitgaven van de Wmo op een rij zetten van de jaren 2015 tot en met 2019?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 40.

Vraag 48

Kunt u een overzicht geven van de totale uitgaven in de verpleeghuiszorg, vanaf 2010 tot en met 2018?

Antwoord:

Onderstaand treft u de uitgaven van de intramurale verpleeghuiszorg vanaf 2010 tot en met 2018.

Intramurale verpleeghuiszorg (Wlz)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Bedragen x € 1 miljard	7,4	7,7	8,7	8,4	8,6	8,5	8,8	9,2	10,1

Vraag 49

Hoeveel mensen hebben in 2019 hun gehele eigen risico opgemaakt? Kan dit percentage gegeven worden voor de jaren 2010 tot en met 2019?

Antwoord:

In onderstaande tabel vindt u de schattingen van het percentage volwassenen dat het eigen risico volmaakt voor de periode 2010–2019:

Jaar	Volwassenen die het eigen risico volmaken (in % van het totaal aantal volwassenen)
2010	60%
2011	60%
2012	59%
2013	54%
2014	51%
2015	49%
2016	47%
2017	47%
2018	48%
2019	48%

Vraag 50

Hoeveel mensen hebben in 2019 hun gehele eigen risico opgemaakt? Kan dit percentage gegeven worden voor de jaren 2010 t/m 2019?

Antwoord:

In onderstaande tabel vindt u de schattingen van het percentage volwassenen dat het eigen risico volmaakt voor de periode 2010–2019:

Jaar	Volwassenen die het eigen risico volmaken (in % van het totaal aantal volwassenen)
2010	60%
2011	60%
2012	59%
2013	54%
2014	51%
2015	49%
2016	47%
2017	47%
2018	48%
2019	48%

Vraag 51

Hoeveel chronisch zieken en mensen met een beperking hebben in 2019 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), in een Meerjarig hoge kosten (MHK) klasse groter dan 1 of in een Meerjarig hoge kosten verpleging en verzorging (MVV) klasse groter dan 0

valt. Voor specifiek mensen met een beperking zijn geen gegevens beschikbaar.

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 86 procent van de chronisch zieken het eigen risico volmaakt. Dit bedrag is een schatting voor 2019, gebaseerd op data uit 2017.

Vraag 52

Hoeveel chronisch zieken en mensen met een beperking hebben in 2019 hun gehele eigen risico in de eerste maand van het jaar opgemaakt?

Antwoord:

Hierover zijn geen gegevens beschikbaar.

Vraag 53

Hoeveel mensen konden in 2019 hun eigen risico niet meer betalen? Wat zijn hiervan de laatste cijfers?

Antwoord:

Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal mensen dat specifiek het eigen risico niet kan betalen. Wel heeft een inventarisatie uitgewezen dat circa 800.000 verzekerden in 2017 van deze mogelijkheid gebruik hebben gemaakt om het eigen risico gespreid te betalen. Dit hoeft overigens niet te duiden op financiële problemen. Ook voor mensen met een hoog inkomen kan dit een prettige service zijn.

Vraag 54

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;
- 11% 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 betreffen schattingen voor 2019 op basis van onderzoeken ten behoeve van de risicoverevening (gebaseerd op data uit 2017).

Vraag 55

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 2019 in totaal 13,1 procent van de verzekerden voor een vrijwillig eigen risico heeft gekozen. Van de mensen met een vrijwillig eigen risico heeft:

- 9,8% een vrijwillig eigen risico van € 100 (waarmee het totale eigen risico uitkomt op € 485 euro);
- 9,1% een vrijwillig eigen risico van € 200 (waarmee het totale eigen risico uitkomt op € 585 euro);
- 5,0% een vrijwillig eigen risico van € 300 (waarmee het totale eigen risico uitkomt op € 685 euro);
- 1,4% een vrijwillig eigen risico van € 400 (waarmee het totale eigen risico uitkomt op € 785 euro);

- 74,7% een vrijwillig eigen risico van € 500 (waarmee het totale eigen risico uitkomt op € 885 euro).

Vraag 56

Welke groep van de bevolking maakt gebruik van een vrijwillig eigen risico? Hoeveel wanbetalers waren er in 2019?

Antwoord:

Uit onderzoek van het Centraal Planbureau (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 2019 waren er 214.461 wanbetalers aan wie een bestuursrechtelijke premie werd opgelegd.

Vraag 57

Hoeveel mensen moeten op dit moment een bestuursrechtelijke premie betalen omdat zij een betalingsachterstand van meer dan zes maanden hebben op hun zorgverzekeringspremie?

Antwoord:

Op 1 september 2019 waren er 214.461 wanbetalers aan wie een bestuursrechtelijke premie werd opgelegd.

Vraag 58

Hoeveel mensen hebben een betaalregeling getroffen voor de zorgpremie en kunt u een overzicht geven per jaar sinds 2010?

Antwoord:

In de onderstaande tabel is het aantal lopende betalingsregelingen (intern of extern bij een incassopartner) en het aantal stabilisatieovereenkomsten² opgenomen dat per jaar open stond. Het betreft hier regelingen en overeenkomsten waar ten minste de premieschuld in zit. Betalingsregelingen bij de externe incassopartner hebben zowel betrekking op de buitengerechtelijke als de gerechtelijke fase. Er zijn geen aantallen bekend voor de jaren voorafgaand aan 2014.

	Intern	Extern	Stabilisatie
2014	152.985	119.110	6.852
2015	137.468	93.515	7.978
2016	156.109	95.305	8.812
2017	161.509	95.726	8.544
2018	165.173	88.758	7.292

Vraag 59

Kan kwantitatief en kwalitatief worden aangegeven in hoeverre het eigen risico in 2018 heeft geleid tot het minder gebruikmaken van zorg en of dit heeft geresulteerd in gezondheidsschade?

Antwoord:

Op de website van de Staat van Volksgezondheid en Zorg is te zien dat het percentage van de mensen dat aangeeft de afgelopen twaalf maanden te

² Een stabilisatieovereenkomst is een schuldhulpinstrument dat ten doel heeft om evenwicht te brengen én te houden in de inkomsten en uitgaven van de schuldenaar en zo de mogelijkheid te creëren om de schuldsituatie op te lossen.

hebben afgezien van zorg vanwege de kosten (niet specifiek het eigen risico), is afgenomen van 16% in 2016 en 11% in 2017 naar 8% in 2018. De cijfers zijn ook terug te vinden in de VWS-monitor, die twee keer per jaar als bijlage bij de begroting en het jaarverslag van VWS wordt meegestuurd naar de Tweede Kamer.³ Er is geen inzicht in eventuele effecten op de gezondheid.

Vraag 60

Kunt u een overzicht sturen welke zaken aan het basispakket zijn toegevoegd of eruit gehaald vanaf 2005 tot en met 2019?

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 2007–2019

Jaar	Uitbreiding
2007	uitbreiding aantal zittingen psychotherapie
2008	jeugdtandzorg 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

³ Zie voor meest recente versie: Kamerstukken 2019–2020, 35 300 XVI, nr. 4, bijlage (<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-900702.pdf>).

Jaar	Uitbreiding
2013	– brillenglazen voor kinderen met medische indicatie – vervallen minimum leeftijdsgrens van 6 jaar bij fluorideapplicatie blijvende gebitsellemen – geriatrie 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 agenesie 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 immuuntherapie met geneesmiddelen
2019	– fysiotherapie bij Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) – Uitbreiding aanspraak ziekenvervoer naar consulten, (na)controles en (bloed)onderzoek die nodig zijn voor de oncologische behandelingen, nierdialyses en vergelijkbare situaties die onder de hardheidsclausule vallen.

Tabel 2: Overzicht politiek besloten beperkingen basispakket 2007–2019

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 – fysiotherapie 9 naar 12 behandelingen voor eigen rekening
2012	– 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

Jaar	Beperking
2014	geen beperkingen basispakket
2015	– jeugd-ggz, inclusief dyslexiezorg voor kinderen naar Jeugdwet – combinatie-test voor zwangere vrouwen vanaf 36 jaar
2016	geen beperkingen basispakket
2017	geen beperkingen basispakket
2018	geen beperkingen basispakket
2019	vitaminen, mineralen en paracetamol waarvoor een gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig alternatief bestaat in de vrije verkoop

Tabel 3: Overzicht voorwaardelijk toegelaten behandelingen 2012–2019

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 dissectomie (PTED) bij lumbosacraal radiculair syndroom en lumbale hernia – behandeling van medicamenteus onbehandelbare chronische clusterhoofdpijn met occipitale zenuwstimulatie – het geneesmiddel fampridine (Fampyra®) bij multiple sclerose (MS) – dendritische celvaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie – sacrale neuromodulatie bij therapieresistente functionele obstipatie met vertraagde darmpassage
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 dissectomie (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

Jaar	Voorwaardelijk toegelaten behandelingen
2019	– vanaf 1 april 2019: CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association (NYHA) klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen – vanaf 1 oktober 2019: de behandeling met Binamed medische zilverkleding of Dermacura antibacterieel verbandkleding van kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem – verlenging van de periode van voorwaardelijke toelatingen van de behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV tot 1 juli 2022, – verlenging van de periode van voorwaardelijke toelatingen van de behandeling met dendritische cel vaccinaties van patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie tot 1 augustus 2022, en – verlenging van de periode van voorwaardelijke toelatingen van de behandeling met sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmassage tot 1 januari 2022

Vraag 61

Hoe was de verdeling naar inkomensgroep van mensen die de bestuursrechtelijke premie betalen? En hoe was dat in vorige jaren?

Antwoord:

Inkomensgroep	2014	2015	2016
Totaal	298.240	282.190	249.930
< € 10.000	34.110	29.820	26.340
€ 10.000 tot € 20.000	163.230	149.860	126.210
€ 20.000 tot € 30.000	67.850	68.260	64.640
€ 30.000 tot € 40.000	18.410	21.140	20.510
€ 40.000 tot € 50.000	3.630	4.410	4.490
> € 50.000	1.500	1.660	1.570
Onbekend	9.500	7.040	6.180

De cijfers over 2017 en 2018 zijn nog niet beschikbaar.

Bovenstaande tabel wijkt af van de Verzekerdenmonitor 2018 vanwege een gewijzigde definitie van het inkomensbegrip. Vanaf verslagjaar 2016 heeft een revisie plaatsgevonden door het CBS. De revisie leidt tot een hoger besteedbaar inkomen en een iets andere verdeling over bevolkingsgroepen.

Vraag 62

Hoeveel gemeenten bieden een collectieve ziektekostenverzekering aan voor minima?

Antwoord:

Van de in totaal 355 gemeenten bieden er 345 een gemeentelijke collectiviteit voor minima aan in 2019 (bron: Bureau BS&F).

Vraag 63

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 gemeenten buiten hun kernwerkgebied. Ook

Menzis hanteerde een overgangsjaar. Voor zover onze informatie strekt hebben vrijwel alle gemeenten een overeenkomst gesloten met een andere verzekeraar. In 2018 is de gemeente Emmen overgestapt op keuze-ondersteuning voor de inwoners van Emmen. In 2019 is er geen gemeente gestopt met het aanbieden van een collectieve ziektekostenverzekering voor minima.

Vraag 64

Hoeveel mensen maken gebruik van een collectieve ziektekostenverzekering voor minima?

Antwoord:

In de marktscan verzekeringsmarkt van de NZa die u op 9 september jongstleden is toegezonden (Kamerstukken II 2018/19, 29 689, nr. 1024) staat dat via de collectieve contracten van gemeenten in 2019 ruim 725.000 mensen zijn verzekerd (6,5% van de collectief verzekerden). In 2018 waren dit er ruim 715.000 (6,3% van de collectief verzekerden).

Vraag 65

In hoeverre zijn deze gemeentelijke verzekeringen gunstiger dan een lage polis bij een verzekeraar?

Antwoord:

Deelname aan een gemeentelijk collectief *kan* voor een burger met een minimuminkomen gunstiger zijn dan een andere polis bij een verzekeraar. Maar het kan ook ongunstiger zijn. De gemeentelijke polissen voor minima bevatten vaak uitgebreide aanvullende verzekeringen. Gemeenten proberen eigen betalingen door minima zo veel mogelijk te voorkomen en laten dit afdekken via de aanvullende verzekering. Extra dekking voor het afkopen van bijvoorbeeld het wettelijk verplicht eigen risico of de gedeeltelijke eigen bijdragen bij een bril leidt tot een hogere premie voor zo'n aanvullende verzekering. Gemeenten kiezen voor de extra dekking, omdat mensen anders bijvoorbeeld via de bijzondere bijstand compensatie moeten aanvragen voor deze kosten. Dat is duur in de uitvoering, maar daarnaast zijn er vaak grote groepen die wel recht hebben op compensatie, maar er geen gebruik van maken. Door het via de aanvullende zorgverzekering te laten lopen, maken meer mensen er gebruik van. Of de polis (te) duur is, hangt natuurlijk ook af van de compensatie in de premie die de gemeente verstrekt, omdat zij de diensten anders via – deels – de bijzondere bijstand had geleverd, en van de zorgbehoeften van de verzekerde.

Data van bijvoorbeeld de voorzieningenwijzer laten zien dat in de situaties waarin de voorzieningenwijzer minima helpt bij het maken van keuzes voor energiecontracten en zorgverzekeringen, de gemeentelijke collectiviteit voor minima slechts in 40% van de gevallen de best passende polis is. Het is primair aan gemeenten om goede ondersteuning te organiseren voor hun minima, waarbij zij kijken hoe hun minima het best geholpen zijn. Dat kan via een collectieve polis, waarbij meerdere aanvullende polissen worden aangeboden en een redelijke gemeentelijke bijdrage voor de verhoogde premie wordt verstrekt. Of door het bieden van ondersteuning bij het vinden van de best passende polis. Ongeacht het instrument van een keuzehulp of de collectieve zorgverzekering voor minima, het instrument is nooit het doel, maar het middel.

Vraag 66

Hoeveel mensen hebben in 2019 een naturapolis en zijn hierin verschillen te zien per zorgverzekeraar?

Antwoord:

In 2019 zijn er 59 verschillende polissen op de markt: 34 hiervan zijn naturapolissen, 21 restitutiepolissen en 4 combinatiepolissen. In 2018 waren 31 van de 55 polissen naturapolissen. Driekwart van de verzekerden heeft een naturapolis. De verhoudingen zijn ten opzichte van 2018 en 2017 weinig veranderd. Deze cijfers blijken uit de NZa-monitor zorgverzekeringen 2019 (https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_289640_22/1/).

Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal verzekerden met een naturapolis per verzekeraar. Wel over het aantal (zuivere) naturapolissen per verzekeraar. Achmea heeft 14 naturapolissen, ASR 0, CZ 3, DSW 0, ENO 1, EUCARE 1, iptiQ 1, Menzis 3, ONVZ 0, VGZ 9 en Zorg en Zekerheid 2.

Vraag 67

Hoeveel mensen hebben in 2019 een budgetpolis en zijn hierin verschillen te zien per zorgverzekeraar?

Antwoord:

- Een budgetpolis is een naturapolis, maar dan met meer beperkende voorwaarden dan een gemiddelde naturapolis. Zo kunnen er 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.
- De Nza-monitor zorgverzekeringen (https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_289640_22/1/) laat zien dat in 2019 14 van de 34 naturapolissen polissen zijn met beperkende voorwaarden (13 in 2018 en 14 in 2017). Het aandeel verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden bedraagt 14,1% in 2019 (13,4% in 2018 en 13,1% in 2017).
- De meeste verzekeraars bieden een polis met beperkende voorwaarden aan. Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden per verzekeraar. Per 2019 heeft één polis geen beperkende voorwaarde meer die er in 2018 wel waren. Er zijn twee polissen met beperkende voorwaarden bij gekomen. Het gaat om een polis van Pro life (van Achmea) en van IZZ (van VGZ).

Vraag 68

Hoeveel mensen hebben in 2019 een restitutiepolis en zijn hierin verschillen te zien per zorgverzekeraar?

Antwoord:

In 2019 zijn er 59 verschillende polissen op de markt: 34 hiervan zijn naturapolissen, 21 restitutiepolissen en 4 combinatiepolissen. Bijna 19% van de verzekerden heeft in 2019 een restitutiepolis. De verhoudingen zijn ten opzichte van 2018 en 2017 weinig veranderd. Deze cijfers blijken uit de NZa-monitor zorgverzekeringen 2019 (https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_289640_22/1/).

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, EUCARE 1, iptiQ 0, Menzis 1, ONVZ 1, VGZ 5 en Zorg en Zekerheid 1.

Vraag 69

Hoeveel mensen hebben in 2019 een aanvullende polis afgesloten en zijn hierin verschillen te zien per zorgverzekeraar?

Antwoord:

In 2019 zijn 83,8% van de verzekerden aanvullend verzekerd (83,7% in 2018 en 84,1% in 2017). Deze cijfers blijken uit de NZa monitor zorgverzekeringen 2019 (https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_289640_22/1/). Er zijn bij VWS geen gegevens bekend over het aantal afgesloten aanvullende verzekeringen per zorgverzekeraar.

Vraag 70

Hoeveel winst maakten zorgverzekeraars op collectieve zorgverzekeringen die in samenwerking met gemeenten aangeboden werd? 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 71

Zijn winstuitkeringen door zorgverzekeraars nu toegestaan? Hoeveel winst is er door welke verzekeraars uitgekeerd?

Antwoord:

De wet staat winstuitkeringen door zorgverzekeraars toe, maar dit is tot nu toe niet gebeurd. Een groot deel van de zorgverzekeraars heeft statuten die winstuitkeringen niet toestaan. De bestemming van het resultaat over 2018 is toegelicht in het antwoord op vraag 74.

Vraag 72

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? Wat is het totaal aan reserves van zorgverzekeraars bovenop de door DNB vereiste solvabiliteit?

Antwoord:

Voor 2018 (meest recente cijfers) vindt u hieronder de aanwezige en vereiste solvabiliteit basisverzekering en de solvabiliteitsratio's 2014–2018. 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 voor de basisverzekering op hun website. De aanwezige reserves basisverzekering van zorgverzekeraars tezamen bedragen ultimo 2018 ruim € 9 mld. Hiervan is bijna € 6,5 mld. wettelijk vereist. De solvabiliteitsratio bedraagt gemiddeld 145%.

Solvabiliteit basisverzekering 2014–2018, Solvency II (voor 2018 x € 1 mln.)

Concern	Aanwezig 2018	Vereist 2018	2018	2017	2016	2015	2014
ASR	128	92	140%	138%	144%	146%	151%
CZ	2.126	1.353	157%	149%	173%	169%	163%
DSW-SH	317	236	134%	147%	141%	157%	154%
Eno	96	58	166%	159%	160%	108%	114%
Menzis	1.223	884	138%	129%	123%	124%	129%
ONVZ ¹	199	151	132%	121%	142%	166%	157%
VGZ ¹	–	–	141%	141%	149%	155%	137%
Zilveren Kruis ²	2.452	1.735	141%	137%	167%	174%	162%
Z&Z	336	204	165%	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, 2017, 2018 geldt dit alleen voor VGZ. Daardoor kunnen de cijfers niet opgeteld worden tot de getallen uit het bovenstaande antwoord.

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 73

Als de volledige reserve zou worden ingezet voor premieverlaging, hoeveel zouden de premies dan dalen?

Antwoord:

Verzekeraars hebben € 9,1 miljard aan reserves, maar daarvan is € 6,3 miljard verplicht. In de raming van de nominale premie in de VWS-begroting is geraamd dat de verzekeraars een deel van hun reserves zullen afbouwen, namelijk € 450 miljoen. Indien ik had aangenomen dat verzekeraars hun (niet-verplichte) reserves volledig zouden afbouwen (€ 2,8 miljard), dan was de raming van de nominale premie uitgekomen op € 1.346 in plaats van € 1.421. Verzekeraars bepalen echter zelf hoeveel reserves zij daadwerkelijk 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 duidelijk hoeveel zij totaal zullen inzetten aan reserves.

Vraag 74

Kunt u een overzicht sturen wat de winsten van alle zorgverzekeraars in totaal en afzonderlijk waren vanaf 2006 tot en met 2019?

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 en kunnen daardoor niet aangevuld worden met de cijfers na 2015.

Op basis van de transparantieoverzichten van zorgverzekeraars bedraagt het resultaat over 2016 ruim € 300 mln negatief; voor 2017 ruim € 550 mln negatief en voor 2018 ruim € 260 mln positief. Dit bedrag is inclusief beleggingsopbrengsten en na inzet van het resultaat voor lagere premies in het komende jaar van zorgverzekeraars op de basisverzekering.

De cijfers 2016, 2017, 2018 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 2018. Deze resultaten zijn voor aftrek van de teruggave in de premie 2019.

Resultaat en bestemming resultaat basisverzekering ultimo 2018 (in € mln)

Concern	Resultaat 2018	Bestemming lagere premie 2019	Bestemming toevoeging reserves
ASR	– 1	0	– 1
CZ	186	80	107
DSW-SH	33	29	4
Eno	34	11	23
Menzis	85	66	19
ONVZ	– 19	0	– 19
VGZ	62	2	60
Zilveren Kruis	65	20	44
Z&Z	41	13	28
Totaal	485	221	264

Bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2018, zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op de website. Totaal kan door afrondingsverschillen afwijken.

Vraag 75

Wat waren de reserves uitgesplitst naar zorgverzekeraars in 2019? Welke reserves waren wettelijk verplicht? En hoe hoog waren die bedragen in 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 en 2015, 2016, 2017 en 2018?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 72.

Vraag 76

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 72.

Vraag 77

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, 2018 en 2019?

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.

Ontwikkeling reclamekosten 2014, 2015 en 2016, 2017, 2018 concernniveau (x € 1.000), basisverzekering

Concern	2014	2015	2016	2017	2018
ASR	90	878	150	74	162
CZ	5.751	6.589	4.449	4.975	4.464
De Friesland	2.517	2.649	2.555	¹	¹
DSW	559	465	671	709	853
Eno	1.031	686	767	918	900
Menzis	4.835	4.408	3.900	3.900	3.710
ONVZ	886	977	1.404	869	882
Stad Holland	110	19	121	127	¹
VGZ	6.286	4.581	5.962	5.962	4.877
Zilveren Kruis	10.808	10.808	13.598	11.093	12.326
Z&Z	1.269	1.277	1.288	1.455	1.511
Totaal	39.736	35.469	33.992	30.082	29.685
Gemiddeld per premiebetaler (in €)	2,97	2,64	2,51	2,20	2,18

¹ Vanaf 2017 zijn de jaarcijfers van Zilveren Kruis inclusief de jaarcijfers van De Friesland, vanaf 2018 zijn de jaarcijfers van DSW inclusief de jaarcijfers van Stad-Holland.

Bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2014, 2015, 2016, 2017 en 2018 zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op de website.

Vraag 78

Kunt u aangeven wat sinds de inwerkingtreding van de Zvw 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 (bedragen x € miljard).

	Zvw-uitgaven	Eigen risico / No-claim	Aandeel
2006	25,3	2,1	8%
2007	26,1	2,0	8%
2008	31,5	1,3	4%
2009	33,8	1,4	4%
2010	35,6	1,5	4%
2011	36,0	1,5	4%
2012	36,7	1,9	5%
2013	39,2	2,7	7%
2014	39,2	3,1	8%
2015	41,8	3,2	8%
2016	43,8	3,2	7%
2017	45,1	3,2	7%
2018	46,6	3,2	7%
2019	49,3	3,1	6%
2020	51,0	3,2	6%

Vraag 79

Hoeveel geeft elke zorgverzekeraar uit aan bedrijfskosten? Kunt u dit per zorgverzekeraar aangeven?

Antwoord:

Conform de transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2018, zoals gepubliceerd door individuele zorgverzekeraars, bedragen de bedrijfskosten (ook wel beheerskosten of uitvoeringskosten genoemd) van

zorgverzekeraars over 2018 totaal bijna € 1,2 miljard. De jaarcijfers 2019 komen uiterlijk 1 juni 2020 beschikbaar.

Onderstaande tabel geeft de bedrijfskosten per zorgverzekeraar op concernniveau weer voor de jaren 2014–2018, in euro's en als percentage van de zorgkosten (basisverzekering).

	Bedrijfskosten in % zorgkosten	Bedrijfskosten in % zorgkosten	Bedrijfskosten in % zorgkosten	Bedrijfskosten in % zorgkosten	Bedrijfskosten in % zorgkosten	Bedrijfskosten in € (x 1.000)
	2014	2015	2016	2017	2018	2018
ASR	5,9%	5,7%	6,3%	5,9%	5,7%	33.306
CZ	2,5%	2,3%	2,6%	2,8%	2,6%	228.211
De Friesland	4,2%	3,9%	3,7%	¹	¹	¹
DSW	3,5%	3,7%	3,1%	2,7%	2,7%	38.548
Eno	6,1%	7,7%	7,4%	8,4%	8,1%	23.911
Menzis	3,0%	2,9%	2,6%	2,8%	2,7%	150.046
ONVZ	4,5%	5,0%	4,7%	4,7%	4,1%	40.161
Stad Holland	5,0%	5,4%	4,3%	4,0%	¹	¹
VGZ	3,8%	3,6%	3,2%	2,8%	2,8%	264.914
Zilveren Kruis	4,7%	4,0%	3,5%	3,3%	3,2%	365.093
Z&Z	3,4%	3,2%	3,7%	3,7%	3,5%	41.483
Totaal	3,7%	3,5%	3,2%	3,1%	3,0%	1.185.673

¹ Vanaf 2017 zijn de jaarcijfers van Zilveren Kruis inclusief de jaarcijfers van De Friesland, vanaf 2018 zijn de jaarcijfers van DSW inclusief de jaarcijfers van Stad-Holland.

Bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2014, 2015, 2016, 2017 en 2018 zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op de website.

Vraag 80

Hoeveel premiegeld verdwijnt in het eigen vermogen van de zorgverzekeraars? Hoeveel was dit in voorgaande jaren?

Antwoord:

In 2018 hebben zorgverzekeraars een gedeelte van het resultaat, namelijk € 20 per premiebetaler, toegevoegd aan de reserves. Het overige deel van het resultaat over 2018, € 17 per premiebetaler, hebben zorgverzekeraars teruggegeven aan de verzekerden door de premie lager vast te stellen dan kostendekkend. In 2016 en 2017 hebben zorgverzekeraars 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 per premiebetaler teruggegeven aan verzekerden en in 2017 € 42 per premiebetaler.

Vraag 81

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 één keer overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. Daarnaast 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 82

Hoeveel zorgverleners zijn in 2019 contractvrij gaan werken? Kunt u dit uitsplitsen per sector?

Antwoord:

Voor de sectoren ggz en wijkverpleging zijn percentages van aanbieders bekend die in 2019 zonder contract werken. Voor de ggz is dit percentage gebaseerd op een enquête die in het kader van de Monitor contractering 2019 is gehouden. Voor de geënquêteerde aanbieders geldt dat 18% met geen enkele zorgverzekeraar een contract heeft, zie onderstaande tabel. Er zijn nog geen cijfers bekend over het aandeel niet-gecontracteerde kosten ggz in 2019. Voor 2017 (het laatst bekende jaar) geldt dat het aandeel niet-gecontracteerde ggz 6,9% is (zie Kamerstuk II, 2019–2020, 25 424, nr. 484).

Contract in de GGZ	Aandeel van geënquêteerde ggz-aanbieders
Met geen enkele zorgverzekeraar een contract	18%
Contract met een deel van de zorgverzekeraars	52%
Met alle zorgverzekeraars een contract	29%

Bron: NZA, Monitor contractering ggz 2019

Uit de rapportage «Ontwikkeling niet-gecontracteerde wijkverpleging 2016–2018» die ik recent naar de Tweede Kamer heb verstuurd, blijkt dat in het eerste kwartaal 2019 65,5% van de aanbieders in de wijkverpleging met geen enkele zorgverzekeraar een contract heeft, zie onderstaande tabel (zie Kamerstuk II, 2019–2020, 23 235, nr. 184). Dit zijn overwegend kleine aanbieders. Het voorlopige aandeel niet-gecontracteerde wijkverpleging in het eerste kwartaal 2019 is 7%. Dit percentage is nog niet betrouwbaar omdat nog niet alle declaraties binnen zijn. Voor het einde van het jaar verwacht ik de Tweede Kamer te kunnen informeren met een robuust percentage niet-gecontracteerde wijkverpleging van het eerste kwartaal 2019.

2019 Q1 Wijkverpleging

Categorie zorgaanbieder	% gecontracteerd	Aantal aanbieders	% aanbieders
Volledig gecontracteerd	≥99,5%	510	25,5%
Merendeels gecontracteerd	≥50%–<99,5%	126	6,3%
Merendeels niet-gecontracteerd	≥0,5%–<50%	52	2,6%
Niet-gecontracteerde zorg	<0,5%	1.309	65,5%
Totaal		1.997	100%

Vraag 83

Hoe kan het dat zorgverzekeraars hun zorguitgaven standaard lager inschatten dan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport begroot?

Antwoord:

Zorgverzekeraars beschikken op het moment dat zij hun premie voor het volgende jaar vaststellen over actuelere cijfers dan waar VWS van uit gaat bij het opstellen van de begroting. Dit betreft zowel realisatiecijfers als contractinformatie over het komende jaar.

De laatste jaren blijkt de groei van de Zvw-uitgaven lager dan geraamd. VWS baseert zijn ramingen van de zorguitgaven op de groei van de uitgaven zoals geraamd bij het regeerakkoord en op realisatiecijfers van verzekeraars. VWS heeft op basis van die realisatiecijfers niet alleen het niveau van de uitgaven (structureel) verlaagd, maar ook de groei verlaagd.

Daarnaast gaat VWS in de begroting uit van de uitgavenniveaus zoals afgesproken in de hoofdlijnenakkoorden die gesloten zijn tussen VWS,

zorgaanbieders en de verzekeraars. De afgelopen jaren bleek dat de uitgaven in een deel van de hoofdlijnenakkoordsectoren lager zijn uitgekomen dan het afgesproken kader.

Vraag 84

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 2018 ca. € 185 mln bedragen, oftewel ca. € 14 per premiebetaler. De schadebehandelingskosten omvatten 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 85

Hoeveel premiegeld geven zorgverzekeraars uit om zorgaanbieders te controleren?

Antwoord:

Uit de transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering blijkt dat de totale schadebehandelingskosten voor de basisverzekering in 2018 ca. € 185 mln bedragen, oftewel ca. € 14 per premiebetaler. De schadebehandelingskosten omvatten alle kosten die verband houden met de afwikkeling of uitkering van zorgkosten. Welk deel hiervan wordt besteed aan het controleren van zorgaanbieders, is niet bekend.

Vraag 86

Hoeveel premiegeld gaan er naast reclame- en acquisitiekosten gemoeid met het jaarlijkse overstapcircuit 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 77.

Vraag 87

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 dertien van dergelijke verzoeken zijn gedaan.

Vraag 88

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 doorverwijzen naar het Ministerie van Binnenlandse Zaken?

Antwoord:

WNT-instellingen zijn verantwoordelijk om overschrijdingen van de WNT-norm met onderbouwing op te nemen in hun jaarrekening. Het is verder de verantwoordelijkheid van de accountant om de bezoldigingscomponenten zoals salariering, bonus of auto te toetsen aan de bezoldigingsnorm op grond van de WNT. De openbaarmakingsverplichting op grond van de WNT schrijft voor dat de bezoldiging dient te worden uitgesplitst in beloning en voorzieningen ten behoeve van beloningen betaalbaar op termijn. Derhalve is alleen zichtbaar of aan de bezoldigingsnorm wordt voldaan en niet waaruit deze bestaat. Het CIBG houdt hierop toezicht.

Sinds verslagjaar 2017 bestaat de algemene digitale meldplicht niet meer zodat ik geen landelijk overzicht heb van de gevraagde informatie. Voor verslagjaar 2017 heb ik enkel een overzicht van alle overschrijdingen van de WNT-norm en was er geen informatie over uit welke bezoldigingscomponenten de bezoldiging bestond.

Vraag 89

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 90

Heeft u in 2019 zorgbestuurders ontslagen en laten vervangen? Zo ja, wie waren dat en waarom? Zo nee, 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 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 91

Wat zijn de meest actuele cijfers met betrekking tot zorgmijding? Wanneer is het volgende onderzoek naar zorgmijding gepland?

Antwoord:

Op de website van de Staat van Volksgezondheid en Zorg⁴ is te zien dat het percentage van de mensen dat aangeeft de afgelopen twaalf maanden te hebben afgezien van zorg vanwege de kosten (niet specifiek het eigen risico), is afgenomen van 16% in 2016 en 11% in 2017 naar 8% in 2018. Deze cijfers zijn afkomstig van het NIVEL, zijn gebaseerd op een vragenlijst en worden jaarlijks geactualiseerd. De cijfers zijn ook opgenomen in de VWS-monitor, die twee keer per jaar als bijlage bij de begroting en het jaarverslag van VWS wordt meegestuurd naar de Tweede Kamer.⁵ De

⁴ <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/financi%C3%ABle-toegankelijkheid-afzien-van-zorg-vanwege-de-kosten>.

⁵ Zie voor meest recente versie: Kamerstukken 2019–2020, 35 300 XVI, nr. 4, bijlage (<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-900702.pdf>).

VWS-monitor met cijfers over zorgmijding in 2019 wordt naar verwachting volgend jaar met Prinsjesdag naar de Tweede Kamer gestuurd.

Vraag 92

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

Antwoord:

In 2015 heeft het NIVEL onderzoek gedaan naar aard, omvang en redenen van zorgmijding. Daaruit blijkt dat mensen met lagere inkomens vaker afzien van een huisartsenbezoek vanwege financiële redenen dan mensen met hogere inkomens. Dit onderzoek is, inclusief een beleidsreactie, op 28 oktober 2015 aan de Kamer aangeboden.⁶

Vraag 93

Hoeveel mensen hebben in 2019 afgezien van zorg vanwege hogere kosten, graag uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord:

Deze cijfers zijn voor 2019 nog niet beschikbaar. Zie het antwoord op vraag 91 over de meest actuele cijfers over zorgmijding. Deze cijfers zijn in onderstaande tabel uitgesplitst naar soort zorg.

Percentage mensen dat zegt af te zien van zorg vanwege de kosten

Jaar	2016	2017	2018
Totaal	16	11	8
Bezoek aan arts	8	7	5
Medisch onderzoek of (na)behandeling	8	6	5
Ophalen recept of overslaan dosering	8	3	3
Afzien van alle voor genoemde drie vormen van zorg	2	1	1

Bron: NIVEL, Consumentenpanel Gezondheidszorg, gepubliceerd op <https://www.staatvz.nl/kerncijfers/financi%C3%A9le-toegankelijkheid-afzien-van-zorg-vanwege-de-kosten>

Vraag 94

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. Wel krijgen mensen zorg als dat gegeven de situatie nodig is.

Vraag 95

Hoe was de verdeling naar inkomensgroep van mensen die zorg mijden in 2018? Hoe was die verdeling in vorige jaren?

Antwoord:

Deze gegevens zijn voor 2018 niet bekend. Zie verder het antwoord op vraag 92.

Vraag 96

Hoe vaak zijn in 2019 budgetplafonds bereikt bij behandelingen en zorg in de geestelijke gezondheidszorg (ggz), ziekenhuizen en in de wijkverpleging? Hoe was dit in vorige jaren? Kunt u uw antwoord duiden?

⁶ TK 29 689, nr. 664.

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

- Er is nog geen informatie beschikbaar over het bereiken van omzetplafonds in 2019. De NZa geeft in de Monitor contractering 2019 wel informatie over patiëntenstops in 2018. De uitkomsten van deze Monitor zijn gebaseerd op een enquête.
- In 2018 heeft bijna twee derde van de geënuquêteerde gecontracteerde vrijgevestigde zorgaanbieders een patiëntenstop afgekondigd. Vrijgevestigden noemen het meest als reden dat hun maximale capaciteit om patiënten te behandelen (als eenpitter) is bereikt.
- Ruim een derde van de gecontracteerde instellingen heeft een patiëntenstop ingesteld. Voor instellingen is de meest genoemde reden het bereiken van het omzetplafond.

Ziekenhuizen

Ik beschik voor de medisch-specialistische zorg 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. Recent beantwoordde ik schriftelijke vragen over casussen bij Zuyderland (Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2018–2019, nr. 3804) en het Ikazia Ziekenhuis (Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2018–2019, nr. 3876).

Wijkverpleging

- Er is nog geen informatie beschikbaar over het bereiken van omzetplafonds in 2019. De NZa geeft in de Monitor contractering 2019 wel informatie over patiëntenstops in 2018. De uitkomsten van deze Monitor zijn gebaseerd op een enquête.
- Uit de monitor van de NZa over de contractering wijkverpleging⁷ komt naar voren dat in 2018 bij bijna de helft van de aanbieders een patiëntenstop in het geheel niet aan de orde is geweest.
- 19% van de aanbieders heeft in 2018 een patiëntenstop afgegeven in verband met het bereiken van het budgetplafond. Ongeveer een derde van de aanbieders heeft een patiëntenstop overwogen, maar is daar uiteindelijk niet toe overgegaan.
- 14% van de zorgaanbieders heeft in 2018 een patiëntenstop afgegeven in verband met een personeelstekort en 25% heeft dat overwogen.

Vraag 97

Wat is de precieze omvang van bekende én vermoede fraude in de zorg?

Antwoord:

De precieze omvang van fraude in de zorg is niet goed te kwantificeren, omdat fraude per definitie heimelijk plaatsvindt en we niet weten wat we niet weten. Dat betekent niet dat wat we niet zien, niet bestaat. We zijn ons ervan bewust dat meer met zorggeld wordt gefraudeerd dan gemeld wordt. Hoeveel geld daar concreet mee gemoeid gaat, blijft onduidelijk.

⁷ Kamerstukken II, 2018–2019, 29 689, nr. 984.

Ook is de precieze omvang van vermoedde fraude in de zorg niet goed vast te stellen.

De meest recente Rapportage resultaten en fraudebeheersing van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) uit 2018 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. Dit onderzoek is niet bedoeld om het totaal aan (mogelijke) fraude weer te geven.

In 2018 hebben zorgverzekeraars 1.018 fraudeonderzoeken afgerond. Hiervan is in 310 onderzoeken fraude vastgesteld van in totaal € 20,5 miljoen.

Vraag 98

Hoeveel fraudesignalen waren er in 2019 en hoeveel daarvan zijn er voorgelegd voor strafrechtelijk onderzoek? Hoeveel fraudezaken die betrekking hebben op de gezondheidszorg worden momenteel behandeld door het Openbaar Ministerie (OM), uitgesplitst per zo

Antwoord:

In 2019 zijn (t/m 30 september) 377 unieke signalen bij het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ) binnengekomen. Deze signalen zijn afkomstig van ketenpartners die aangesloten zijn op het IKZ. Onderstaande tabel geeft het aantal ingebrachte signalen per ketenpartner bij het IKZ weer.

Melder	Totaal
Belastingdienst	1
CIZ	8
Gemeenten	1
IGJ	43
iSZW	31
NZa	254
ZN	39
Eindtotaal	377

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). Om de voortgang van de onderzoeken niet te schaden, geeft het OM geen nadere informatie over lopende onderzoeken uit 2019 noch over welke specifieke (sub)sectoren het betreft.

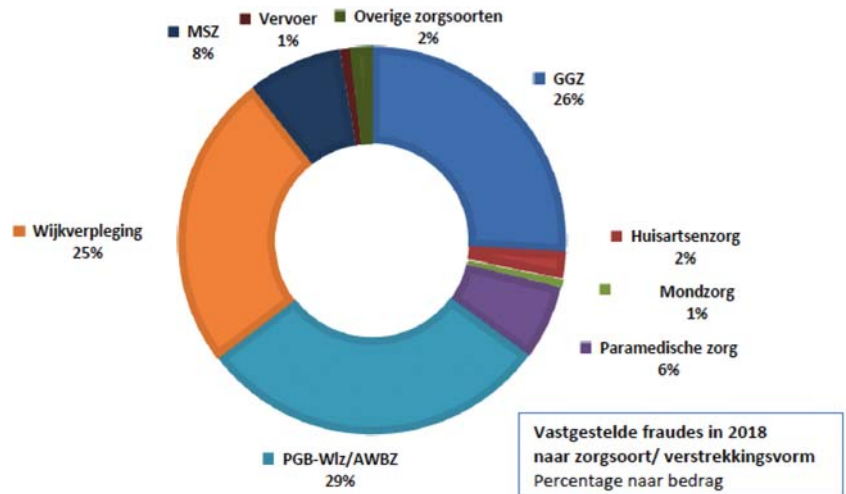
Vraag 99

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

Antwoord:

Zorgverzekeraars hebben over het jaar 2018 fraude vastgesteld in alle verzekeringsvormen. Uit de Rapportage resultaten en fraudebeheersing 2018 van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) blijkt dat de vastgestelde fraude in de Zvw het hoogst is (64%), gevolgd door de Wlz (29%). Ook in de aanvullende verzekering werd fraude gepleegd (2%). In 5% van de bewezen fraudegevallen was de 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 Recht-

matige Zorg 2018–2021. Voor een weergave van de maatregelen die getroffen zijn en de voortgang van het programma verwijs ik Uw Kamer naar de Tweede voortgangsrapportage Rechtmatige Zorg die recent naar Uw Kamer gezonden is (TK 28 828, nr. 113).



Vraag 100

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

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 101

Hoeveel personen zijn in 2019 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 102

Hoeveel personen zijn berecht in 2019 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 103

Hoeveel fte is er beschikbaar voor fraudeopsporing, graag uitgesplitst naar de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het Functioneel Pakket, het Openbaar Ministerie en de zorgverzekeraars?

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 68 fte voor beschikbaar. De capaciteit bij de Inspectie SZW zal de komende jaren toenemen met 20 fte, zoals ook gemeld in de eerste voortgangsrapportage Rechtmatige zorg⁸.

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 2019 in totaal beschikbaar heeft voor toezicht en handhaving is 105 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 stellen zorgverzekeraars een fraudeonderzoek in. Zorgverzekeraars Nederland houdt geen administratie bij van de aantallen medewerkers die bij de verschillende zorgverzekeraars en zorgkantoren zijn belast met het uitvoeren van controles en (fraude)onderzoeken.

Vraag 104

Hoeveel fte was er in 2019 in totaal belast met toezichthouden in de zorg? Hoeveel was dat aantal in vorige jaren? Hoe was dat uitgesplitst naar toezichthoudende instantie zoa Hoeveel fte was er in 2019 in totaal belast met toezichthouden in de zorg? Hoeveel was dat aantal in vorige jaren? Hoe was dat uitgesplitst naar toezichthoudende instantie zoals de Fiscale inlichtingen- en opsporingsdienst (FIOD), de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA), NZa en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)?

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.

⁸ Kamerstukken II, 2018/19, 28 828 nr. 111.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
IGZ ¹	490	516	536	574,7	631,4	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
IJZ ¹	61	62	63	67	67	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
IGJ						708,1	756,9	779,3 ²
NZa	40	50	80	96	100	100	100	105
Totaal	591	628	679	737,7	798,4	808,1	856,9	884,3

¹ Betreffen de formatiecijfers van de betreffende jaren per ultimo.

² De formatie van IGJ is per eind augustus 2019 779,3 fte. Cijfers over heel 2019 zijn nog niet bekend.

Vraag 105

Hoeveel (fraude-)onderzoeken zijn er door de NZa gedaan in 2019? Hoeveel daarvan hebben geleid tot een bestuursrechtelijke maatregel? En hoeveel tot een strafrechtelijke? Hoeveel waren die aantallen in de vorige jaren?

Antwoord:

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de bestuursrechtelijke maatregelen die de NZa in de periode 2012–2018 heeft uitgevoerd. De cijfers over 2019 zijn nog niet bekend. In 2018 is een flinke daling te zien in het totale aantal interventies van de NZa. Zo is er fors minder gehandhaafd op de informatieverplichtingen en is het aantal interventies bij zorgaanbieders gedaald.

Beide bevindingen zijn het resultaat van de verschuiving van reactief naar proactief toezicht. Een voorbeeld is de proactieve benadering richting zorgaanbieders om aan te geven dat aan de informatieverplichting moet worden voldaan.

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

Activiteiten	2012	2013	2014	2015	2016 ¹	2017	2018
Interventies bij zorgaanbieders ²	102	34	26	382	354	498	210
Interventies bij zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders (zorgkantoren) ²	31	49	505 ³	117	224	156	143
Opgelegde boetes n.a.v. signalen en handhavingsacties	2	3	1	2	2	4	2
Handhaving informatieverplichtingen	251	370	491	318	193	164	10
Last onder dwangsom op grond van informatieverplichtingen	20	58	115	22	24	19	0
Totaal	406	514	1.138	841	797	841	365

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 106

Hoeveel opsporingscapaciteit is er voor fraude met het persoonsgebonden budget (pgb) bij zowel het OM, de FIOD, de Inspectie 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 103.

Vraag 107

Hoeveel budget is er in 2020 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 2020 is er structureel € 10,6 miljoen beschikbaar voor de Inspectie SZW 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 2018 heeft uitgevoerd. Op basis van deze onderzoeken heeft de Inspectie SZW circa € 16,1 miljoen aan wederrechtelijk verkregen voordeel berekend. Daarvan heeft € 3,5 miljoen betrekking op fraude met het pgb. Ter vergelijking, in 2017 ging het om een totaalcijfer van € 1,1 miljoen aan wederrechtelijk verkregen voordeel, waarvan € 0,1 miljoen fraude met het pgb (in de Wlz/AWBZ) betrof.

Vraag 108

Welke onderzoeken heeft het Ministerie van VWS extern laten uitvoeren en bij wie? Welke kosten gingen hiermee gemoeid? En is er tussen het Ministerie van VWS en de onderzoekers gesproken over de conceptconclusies?

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.

Andere beschikbare cijfers over de omvang van fraude met het pgb zijn afkomstig van zorgverzekeraars en zorgkantoren. In de rapportage Controle en Fraudebeheersing 2018 geeft ZN aan dat de vastgestelde fraudes binnen de pgb-Wlz/AWBZ regelingen in 2018 ruim 29% van het totaal vastgestelde fraudebedrag uitmaken: € 6,1 miljoen van totaal € 20,5 miljoen aan vastgestelde fraude. Fraudecijfers over de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en Jeugdwet zijn niet beschikbaar.

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

Vraag 109

Kunt u een overzicht geven van congressen waaraan ambtenaren deelnamen? Hoeveel geld werd hieraan uitgegeven in 2019? 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 110

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 111

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

Antwoord:

Er is zoals bij vraag 110 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 112

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

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 111.

Vraag 113

Hoeveel procent van de zorgaanbieders maakten in 2019 gebruik van digitale gegevensuitwisseling met andere zorgaanbieders? Hoe was dat percentage in voorgaande jaren?

Antwoord:

Er zijn veel vormen van digitale gegevensuitwisseling die in reikwijdte en mate van implementatie van elkaar verschillen. Een algemeen antwoord op deze vraag is daarmee niet beschikbaar. Deel informatie is beschikbaar in verschillende rapportages en websites. Zo publiceert Zorgdomein op haar website dat in 2018 7,3 miljoen eerstelijnsverwijzingen digitaal hebben plaatsgevonden. Uit de eHealth-monitor 2018 van Nivel en Nictiz blijkt dat de mogelijkheden voor gestandaardiseerde elektronische gegevensuitwisseling tussen huisartsen en zelfstandige behandelcentra is toegenomen: van 61% in 2014 tot 87% in 2018.

Vraag 114

Hoeveel besloten vennootschappen (bv's), naamloze vennootschappen (nv's), verenigingen, vennootschappen onder firma (vof's), eenmanszaken en stichtingen hebben zich in 2019 geregistreerd als zorgverlener of zorginstelling?

Antwoord:

Het Landelijk Register Zorgaanbieders (LRZa) heeft in 2019 (tot en met 29 september) vanuit het Handelsregister de volgende aantallen registraties van zorginstellingen of zorgverleners ontvangen: 2.153 bv's, 2 nv's, 92 verenigingen, 984 vof's, 20.690 eenmanszaken en 863 stichtingen. Daarnaast heeft het LRZa vanuit het Handelsregister ook nog registraties van andere dan de gevraagde rechtsvormen ontvangen: 17 commanditaire vennootschappen, 37 coöperaties, 22 buitenlandse rechtsvormen, 350 maatschappen en 1 onderlinge waarborgmaatschappij.

Vraag 115

Bij hoeveel nieuw opgerichte zorgorganisaties is de IGJ langs geweest?

Antwoord:

In 2019 heeft IGJ tot op heden 166 bezoeken aan nieuwe of niet eerder bij IGJ bekende zorgaanbieders gebracht.

Het grootste deel hiervan, 122, betrof bezoeken aan zorgaanbieders binnen de sectoren gehandicaptenzorg, geestelijk gehandicaptenzorg en verpleging en verzorging. Daarnaast zijn 14 jeugdzorginstellingen en 30 particuliere klinieken bezocht.

Vraag 116

Hoeveel nieuw opgerichte zorgorganisaties mochten niet starten vanwege het verleden van de oprichter, dat betrekking heeft op fraude, wanbeleid et cetera?

Antwoord:

Bij de huidige WTZi-toelating spelen strafrechtelijke antecedenten van zorgbestuurders geen rol.

Met de invoering van het wetsvoorstel Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) bestaat de mogelijkheid de Wtza-vergunning te weigeren of in te trekken als de bestuurder na een verzoek geen Verklaring Omtrent Gedrag (VOG) kan verstrekken. Deze mogelijkheid tezamen met de mogelijkheid om de vergunning te weigeren of in te trekken op basis van de Wet bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur (Wet Bibob), zijn instrumenten om te voorkomen dat door het verlenen van vergunningen fraude wordt gefaciliteerd.

Zoals aangegeven in de brief van 9 juli 2019⁹ zullen we, omdat geld dat bedoeld is voor de zorg ten gunste moet komen voor de zorg, de Wtza-vergunningplicht in de toekomst verder inrichten en uitbreiden. Gezien de complexiteit en impact pakken we dit op in een apart traject dat

⁹ Kamerstukken II 2018/19, 35 000 XVI, nr. 133.

moet uitmonden in een nieuw aanvullend wetsvoorstel dat voortbouwt op de Wtza. Bij deze verdere inrichting en uitbreiding is van belang een goede balans te vinden tussen regeldruk en uitvoeringslasten en de effectiviteit van de vergunningplicht.

Overigens kan een bestuurder met een bestuursverbod (opgelegd door de rechter in relatie tot een faillissement, in de vorm van een strafrechtelijk beroepsverbod of een verbod om een stichting te besturen) door de Kamer van Koophandel niet als bestuurder ingeschreven worden, respectievelijk wordt hij uitgeschreven bij het handelsregister.

Vraag 117

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

Antwoord:

Onderstaande tabel geeft informatie over het aantal Wlz-cliënten en Wmo-leefeenheden waarbij vermogen een rol speelt in de berekening van 2019 van de eigen bijdrage Wlz of Wmo. Voor Wmo-leefeenheden speelt vanaf vermogen vanaf 2019 vanwege het abonnementstarief, alleen nog een rol bij beschermd wonen.

Aantal cliënten/leefeenheden met vermogen, peildatum september 2019:

	Wlz	Wmo Beschermd Wonen
2017	69.000	1.900
2018	79.000	1.900
2019*	81.000	1.800

* De cijfers voor 2019, het lopende kalenderjaar, betreffen een voorlopige inschatting.

Vraag 118

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

Antwoord:

Onderstaand is een overzicht opgenomen van het totaal aantal klachten en bezwaren over de Wmo, Wlz, en de burgerregelingen van het CAK.

	2016	2017	2018
Klachten Wlz	390	406	432
Bezwaren Wlz	1.695	1.684	2.117
Klachten Wmo	517	411	424
Bezwaren Wmo	2.323	1.841	3.214
Klachten burgerregelingen	261 ¹	239	239
Bezwaren burgerregelingen	5.211 ¹	4.331	3.758

¹ In 2016 werden de burgerregelingen nog uitgevoerd door het Zorginstituut Nederland.

Vraag 119

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

Antwoord:

In de begroting wordt per beleidsartikel aangegeven welk aandeel van de uitgaven reeds juridisch verplicht is. In de onderstaande tabel is het niet-juridisch verplichte deel van de beleidsartikelen opgenomen. Voor dit niet-juridisch verplichte deel geldt dat er andere afspraken zijn die het budget vastleggen, bijvoorbeeld door bestuurlijke afspraken. Het anders

aanwenden van de middelen kan dan ook tot gevolg hebben dat bepaalde plannen en activiteiten geen doorgang kunnen hebben.

Artikel	x 1.000 euro
1. Volksgezondheid	49.300
2. Curatieve Zorg	19.118
3. Langdurige zorg en ondersteuning	47.611
4. Zorgbreed beleid	18.079
5. Jeugd	6.214
6. Sport en bewegen	5.996
7. Oorlogsgetroffenen en Herinnering Wereldoorlog II	2.109
8. Tegemoetkoming specifieke kosten	0

Vraag 120

Hoeveel mensen maken gebruik van de tegemoetkoming specifieke zorgkosten?

Antwoord:

Voor de jaren 2009 t/m 2016 maakten gemiddeld ruim 158.000 mensen gebruik van de Tegemoetkoming Specifieke Zorgkosten (TSZ). De toekenning voor 2017 is nog niet afgerond, maar naar verwachting zullen voor dat jaar meer dan 160.000 mensen gebruik maken van de TSZ. Over 2018 zijn nog onvoldoende gegevens beschikbaar om een gefundeerde prognose te doen.

Vraag 121

Kunt u aangeven wat de bezuiniging was bij het afschaffen van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en de Compensatie eigen risico (Cer)?

Antwoord:

Het afschaffen van de Wtcg en de CER leidde tot een netto besparing van structureel € 375 miljoen. Zie onderstaande tabel.

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 122

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:

De exacte kosten van de indicatiestelling door professionals zijn op voorhand lastig te bepalen. Vooropgesteld dient te zijn dat het recht op zorg, gefinancierd op basis van de Wlz, eenduidig, onafhankelijk en integraal wordt vastgesteld. Een centrale indicatiestelling biedt de beste borging hiertoe. Dit biedt ook voordelen in termen van efficiëntie. De kosten van indicatiestelling door zorgprofessionals zullen naar verwachting niet lager zijn wanneer de indicatiestelling op dezelfde toegangscriteria is gebaseerd en op uniforme wijze wordt uitgevoerd. Het

kabinet is niet voornemens een dergelijk ingrijpende wijziging door te voeren en heeft daarom ook geen volledig antwoord op de gestelde vraag.

Vraag 123

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

Antwoord:

Voor de exacte aantallen verwijs ik naar het openbare document op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2019/03/01/fte-overzicht-directies-communicatie-rijksoverheid-2019>.

Vraag 124

Kunt u een overzicht geven van alle (aanjaag)teams die het Ministerie van VWS 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 we

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 <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/praktijkteams-betere-samenwerking-overheid-en-praktijk-in-de-zorg>

Vraag 125

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. Er is mij geen andere en recentere informatie bekend.

Vraag 126

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 sociaal economische status (SES) én minimum, modaal en hoog inkomen?

Antwoord:

Voor sociaaleconomische status kan met verschillende maten gerekend worden. Het RIVM acht opleidingsniveau de meest valide indicator van sociaaleconomische status. Daarom treft u in onderstaande tabel de gevraagde informatie voor zowel opleidings- als inkomensniveau. Qua inkomensniveau is van CBS cijfers gebruik gemaakt. Het CBS onderscheidt vijf inkomensgroepen en het meest recente cijfer betreft het gemiddelde van 2011–2014; het gemiddelde van 2015–2018 verschijnt later dit jaar.

	Laag onderwijs-niveau	Middelbaar onderwijsniveau	Hoog onderwijs-niveau
Levensverwachting bij geboorte	79,3	81,8	84,4
Levensverwachting in goed ervaren gezondheid	56,9	64,7	71,6

StaatVenz, verslagjaar 2015/2018

inkomensklasse	Laagste	Laag midden	Midden	Hoog midden	Hoogste
Mannen Levensverwachting	75,1	79,3	81,5	82,1	83,3
Mannen Levensverwachting in goed ervaren gezondheid	54,4	59,9	65,2	68,8	71,9
Vrouwen Levensverwachting	78,9	84,3	85,3	86,2	85,6
Vrouwen Levensverwachting in goed ervaren gezondheid	53	59,4	64,1	68,4	71,8

CBS, verslagjaar 2011/2014

Vraag 127

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

Antwoord:

Er wordt 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 128

Hoeveel van deze keurmerken per merk worden jaarlijks afgegeven?

Antwoord:

De gevraagde gegevens worden niet op een centrale plaats bijgehouden en derhalve is ook niet bekend hoeveel keurmerken per merk jaarlijks worden afgegeven.

Vraag 129

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

Antwoord:

Certificering is niet verplicht op grond van wet- en regelgeving; dit is een aangelegenheid van de veldpartijen 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 kostenbesparing niet bekend.

Vraag 130

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

Antwoord:

In het Inkoopkader Wlz 2018–2020 is voor zowel nieuwe als bestaande zorgaanbieders afgesproken dat het kwaliteitskader verpleeghuiszorg en het kwaliteitskader gehandicaptenzorg uitgangspunt is voor de contractering van zorg. Voor de GGZ-zorgaanbieders worden na overleg met koepels en het veld de multidisciplinaire richtlijnen en standaarden die betrekking hebben op de mensen in de Wlz, namelijk mensen met een ernstig psychische aandoeningen (EPA), gehanteerd. Er worden geen aanvullende keurmerken vereist door zorgkantoren.

Vraag 131

Wat kost jaarlijks de bureaucratie in de zorg in Nederland?

Antwoord:

De jaarlijkse kosten van de bureaucratie in de zorg in Nederland zijn mij niet bekend. Er bestaat geen eenduidige definitie of meting van de omvang van de bureaucratie in Nederland.

Vraag 132

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

Antwoord:

Deze informatie wordt sinds 2011 niet meer door het CBS bijgehouden. Voor wat betreft de langdurige zorg heeft de voormalig Staatssecretaris van VWS u in de brief van 30 maart 2017 (TK 29 515, nr. 400) geïnformeerd over de niet-cliëntgebonden kosten van deelnemende organisaties. De niet-cliëntgebonden kosten bedragen gemiddeld 41,6% van hun totale kosten. Onder niet-cliëntgebonden kosten verstaat PWC alle kosten die niet direct aan de cliënt ten goede komen. Het gaat dan om:

- de (klassiek gedefinieerde) centrale overheadkosten: gemiddeld 13%
- de decentrale overheadkosten (per locatie): gemiddeld 11,4%
- verminderd met kosten die in feite direct aan de cliënt ten goede komen: gemiddeld -3,8%
- vermeerderd met de kosten die traditioneel tot de directe zorg worden gerekend, maar niet direct aan de cliënt ten goede komen: gemiddeld 21%.

Vraag 133

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

Antwoord:

Er zijn op landelijk niveau 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, bijvoorbeeld door het stimuleren van de taakgerichte uitvoeringsvariant voor de verantwoording van maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp. Onder de vlag van het programma (Ont)Regel de Zorg worden diverse activiteiten ondernomen die bijdragen aan het verminderen van de bureaucratie in het sociaal domein. U bent hierover in de voortgangsbrief (Ont)Regel de Zorg (4 oktober 2019) nader geïnformeerd.

Vraag 134

Hoeveel mensen, in aantallen, maken vanaf 2019 gebruik van Wlz?

Antwoord:

Op 1 juli 2019 hebben 302.590 mensen een indicatie voor een zorgprofiel in de Wlz (bron: CIZ).

Vraag 135

Hoeveel mensen, in aantallen, maken vanaf 2019 gebruik van de Wmo?

Antwoord:

Er zijn nog geen cijfers bekend over het gebruik van Wmo-voorzieningen vanaf 2019. 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.

Vraag 136

Hoeveel mensen, in aantallen, maken vanaf 2019 gebruik van de Zvw?

Antwoord:

De raming van het aantal Zvw-verzekerden door het Zorginstituut voor 2019 bedroeg 17.210.000 verzekerden.

Vraag 137

Hoeveel mensen maken vanaf 2019 gebruik van zorg vanuit de verschillende domeinen, Zvw, Wmo, Wlz en jeugdzorg?

Antwoord:

De raming van het aantal Zvw-verzekerden voor 2019 bedroeg 17.210.000 verzekerden (bron: Zorginstituut).

Op 1 juli 2019 hebben 302.590 mensen een indicatie voor een zorgprofiel in de Wlz-regulier (bron: CIZ).

Er zijn nog geen cijfers bekend over het gebruik van jeugdzorg en van Wmo-voorzieningen vanaf 2019. Cijfers over het gebruik 2019 worden in het voorjaar van 2020 aangeleverd bij het CBS.

Vraag 138

Hoeveel mensen maken gebruik van huishoudelijke verzorging?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 135.

Vraag 139

Hoeveel mensen maken gebruik van dagbesteding?

Antwoord:

Op dit detailniveau zijn er geen cijfers bekend. Zie het antwoord op vraag 135.

Vraag 140

Hoeveel mensen maken gebruik van begeleiding?

Antwoord:

Op dit detailniveau zijn er geen cijfers bekend. Zie verder het Antwoord op vraag 135.

Vraag 141

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

Antwoord:

Op dit detailniveau zijn er geen cijfers bekend. Zie verder het Antwoord op vraag 135.

Vraag 142

Hoeveel mensen maken gebruik van beschermd wonen?

Antwoord:

Op dit detailniveau zijn er geen cijfers bekend. Zie verder het Antwoord op vraag 135.

Vraag 143

Hoeveel mensen maken gebruik van ziekenhuiszorg?

Antwoord:

Cijfers van Vektis (declaratiedata zorgverzekeraars) laten zien dat het aantal personen dat gebruik maakt van ziekenhuiszorg in 2018 7,5 miljoen bedroeg.

Vraag 144

Hoeveel mensen maken gebruik van wijkverpleging?

Antwoord:

Zorgprisma (publicatie van Vektis) geeft aan dat in 2017 ruim 550.000 personen gebruik hebben gemaakt van wijkverpleging. Maandelijks ontvingen gemiddeld 293.000 personen wijkverpleging.

Vraag 145

Hoeveel mensen wonen in een verzorgingshuis?

Antwoord:

In 2018 woonden circa 3.800 cliënten in een instelling met een zorgprofiel VV 1–3. Dit aantal is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg hebben gemaakt. In 2018 betroffen deze afspraken 1,4 miljoen dagen (bron: CBS Monitor Langdurige Zorg). Er zijn nog geen recentere gegevens beschikbaar.

Vraag 146

Hoeveel mensen wonen in een verpleeghuis?

Antwoord:

In 2018 woonden circa 116.400 cliënten in een instelling met een zorgprofiel VV 4–10. Dit aantal is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg hebben gemaakt. In

2018 betroffen deze afspraken 42,5 miljoen dagen (bron: CBS Monitor Langdurige Zorg). Er zijn nog geen recentere gegevens beschikbaar.

Vraag 147

Hoeveel mensen wonen in een beschermde woonvorm?

Antwoord:

Op dit detailniveau zijn er geen cijfers bekend. Zie verder het Antwoord op vraag 135.

Vraag 148

Hoeveel mensen wonen in een kleinschalige woonvorm?

Antwoord:

Mensen die in een kleinschalige woonvorm wonen kunnen zorg ontvangen uit de Wmo, de Wlz of Zvw (wijkverpleging). Er is landelijk geen registratie beschikbaar van het aantal mensen dat in een kleinschalige woonvorm woont.

Vraag 149

Hoeveel mensen wonen in een instelling voor gehandicaptenzorg?

Antwoord:

In 2018 woonden circa 72.000 cliënten in een instelling voor gehandicaptenzorg. Dit aantal is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg hebben gemaakt. In 2018 betroffen deze afspraken 26,3 miljoen dagen (bron: CBS Monitor Langdurige Zorg). Er zijn nog geen recentere gegevens beschikbaar.

Vraag 150

Hoeveel mensen wonen in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg?

Antwoord:

De Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige ggz 2018 van het Trimbos Instituut laat zien dat Nederland in 2017 naar schatting circa 15.000 klinische plaatsen (inclusief die vanuit de Zorgverzekeringswet, Wlz en jeugdzorg en exclusief de Dienst Justitiële Inrichtingen-gefinancierde plaatsen) en 16.500 plaatsen voor beschermd wonen telt. Ik heb deze monitor aan uw Kamer aangeboden op 4 december 2018 (Vergaderjaar 2018–2019, TK 25 424, nr. 433).

Vraag 151

Hoeveel mensen maken gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg?

Antwoord:

In de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ van het Trimbos Instituut zijn cijfers opgenomen over het aantal cliënten per echelon in de jaren 2015 en 2016.

De cijfers over de generalistische basis ggz en de specialistische ggz zonder verblijf bevatten de aantallen mensen met (alleen) ambulante zorg. Hieronder worden ook mensen begrepen die zorg in zowel de basis als specialistische ggz hebben ontvangen.

Tabel 3. Aantal cliënten per echelon (leeftijd 18+)

	2015	2016	Mutatie 2015-2016 (%)
POH-GGZ	427.649	470.393	10,0
Generalistische basis GGZ	207.730	221.379	6,6
Specialistische GGZ zonder verblijf	510.946	510.831	0,0
Specialistische GGZ met verblijf (eerste opnamejaar)	46.786	45.143	-3,5
Langdurige GGZ (SGGZ tweede en derde opnamejaar)	1.307	2.307	76,5*
Wlz	7.665	6.423	-16,2**
Totaal***	1.202.083	1.256.476	4,5

Bron: Vektis data, aangeleverd voor de LMA 2018

- * Dit groeicijfer is relatief hoog. Dit komt doordat in 2015 voor het eerst cliënten instroomden in dit segment. De eventuele doorstroom naar de Wlz zal pas in latere jaren plaatsvinden (na het eventuele derde opnamejaar) waardoor het aantal cliënten in eerste instantie zal groeien.
- ** In de Wlz kan pas vanaf 2017 instroom plaatsvinden, in verband met dat het tweede en derde opnamejaar sinds 2015 vanuit de Zvw wordt gefinancierd. Uitstroom uit de Wlz vindt in de tussentijd wel al plaats.
- *** Het totaalcijfer bevat dubbeltellingen voor de mensen die in meerdere echelons zorg hebben ontvangen.

Vraag 152

Hoeveel verzorgingshuisplekken zijn er op dit moment?

Antwoord:

In 2018 zijn er circa 3.800 verzorgingshuisplekken voor cliënten met een zorgprofiel VV 1–3. Dit aantal is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg hebben gemaakt. In 2018 betroffen deze afspraken 1,4 miljoen dagen (bron: CBS Monitor Langdurige Zorg). Er zijn nog geen recentere gegevens beschikbaar.

Vraag 153

Hoeveel verzorgingshuisplekken zijn er ten tijde van het kabinet Rutte II verloren gegaan?

Antwoord:

Het aantal verzorgingshuisplekken voor zzp VV 1–3 is tussen 2013 en 2017 afgenomen van circa 30.500 naar 6.300. Het aantal plaatsen is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg hebben gemaakt. In 2013 betroffen deze afspraken 11,1 miljoen dagen en in 2017 2,3 miljoen dagen (bron: CBS Monitor Langdurige Zorg).

Vraag 154

Wat is het verschil aan zorgkosten indien iemand nog thuis woont in vergelijking met de kosten van het wonen in een verpleeghuis?

Antwoord:

De gemiddelde kosten voor verblijf van een jaar lang in een verpleeghuis voor een cliënt met een VV4 t/m VV10 zijn circa € 81.000. Dit betreft de kosten voor de zorg inclusief vergoeding voor huisvestingskosten. Deze kosten per jaar zijn afgeleid van de productieafspraken die zorgkantoren in 2018 hebben gemaakt voor deze zorg, waarbij de gemiddelde dagprijs € 221 bedraagt (bron: CBS Monitor Langdurige Zorg)

In de Monitor Zorg voor ouderen van de NZa, die ik uw Kamer op 19 april 2018 heb doen toekomen (TK 31 765, nr. 319), staan de gemiddelde uitgaven per zorgtrede. De gemiddelde uitgaven voor een thuiswonende oudere variëren van € 450 per jaar voor zorgtrede 1 tot € 21.600 voor zorgtrede 5 met zware zorg en ondersteuning uit de Wmo en wijkverpleging uit de Zvw of een modulair pakket (mpt)/persoonsgebonden budget (pgb) uit de Wlz of vormen van kortdurend verblijf. De NZa onderscheidt zes zorgtredeën waarbij het zorggebruik wordt ingedeeld in treden van relatief lichte naar zware zorg en ondersteuning. Zorgtrede 6 betreft ouderen die zijn opgenomen in een verzorgings- of verpleeghuis of die een volledig pakket thuis (vpt) ontvangen via de Wlz. De gemiddelde uitgaven in zorgtrede 6 zijn ruim € 60.000 per jaar. Doordat dit het gemiddelde is van verzorgingshuis, verpleeghuis en vpt en doordat sommige ouderen in trede 6 pas gedurende het jaar worden opgenomen en kosten maken, is trede 6 minder vergelijkbaar met een verblijf van een jaar lang in een verpleeghuis.

Vraag 155

Kunt u een overzicht geven van alle geschrapte regels in de zorg?

Antwoord:

Daar valt geen totaaloverzicht van te geven, omdat veel formulieren en procedures door of in individuele zorginstellingen gebruikt worden. Steeds meer zorginstellingen zijn ook zelf aan de slag met het terugdringen van (interne) regeldruk. De totale opbrengsten daarvan worden niet centraal geregistreerd. Wel is het zo dat van de 155 acties en maatregelen uit het programma (Ont)Regel de Zorg er inmiddels 60 gerealiseerd zijn. Ik heb u hier in meer detail over geïnformeerd in de voortgangsbrief bij het programma (PM datum/Kamerstuknummer).

Vraag 156

Hoeveel Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) op weg naar Transparantie (DOT's) zijn er geopend in 2019, uitgesplitst per specialisme?

Antwoord:

Gegevens van Vektis laten zien dat er in 2019 tot en met peildatum 31 juli circa 9 miljoen zorgproducten zijn geopend. Voor 4,5 miljoen gevallen betreft dit zorgproducten die als declaratie in de database van Vektis zijn opgenomen. Voor de andere 4,5 miljoen gevallen betreft het informatie over het onderhanden werk, die de zorgaanbieders aan de zorgverzekeraars leveren. Dit levert geen compleet beeld. Het werkelijke aantal geopende zorgproducten zal daarom hoger liggen.

Voor het grootste deel van de zorgproducten die als declaratie in de database van Vektis zijn opgenomen is een uitsplitsing naar specialisme beschikbaar. Deze is in onderstaand overzicht opgenomen.

Tabel. Declaratievolume per specialisme, openingsjaar 2019

Specialisme	Volume DBC-zorgproducten (x 1.000)
Allergologie	8,7
Anesthesiologie	66,1
Audiologie	19,4
Cardiologie	442,3
Cardio-pulmonale chirurgie	8,5
Chirurgie	401,4
Dermatologie	342,5
Geriatric	33,5
Geriatrische revalidatiezorg	16,1
Gynaecologie	246,8
Inwendige Geneeskunde	626,0
Keel-, Neus- en Oorheelkunde	254,0

Specialisme	Volume DBC-zorgproducten (x 1.000)
Kindergeneeskunde	156,1
Klinische genetica	7,5
Longgeneeskunde	210,8
Maag-, Darm-, en Leverziekten	160,5
Neurochirurgie	24,0
Neurologie	235,6
Oogheelkunde	529,4
Orthopedie	287,9
Plastische chirurgie	93,7
Psychiatrie	4,7
Radiologie	0,1
Radiotherapie	28,7
Reumatologie	94,0
Revalidatiegeneeskunde	78,2
Urologie	162,1
Onbekend	10,7
Totaal	4549,3

Bron: Vektis. Declaratiegegevens verwerkt tot en met 31 augustus 2019

Vraag 157

Hoeveel personen hebben een zorg met verblijf-indicatie?

Antwoord:

Op 1 juli 2019 hebben 302.612 mensen een indicatie voor een zorgprofiel in de Wlz (bron: ClZ). 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 158

Hoeveel personen hebben een zorg zonder verblijf-indicatie?

Antwoord:

Er worden in de Wlz 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 het aantal mensen met betrekking tot Wmo-ondersteuning het antwoord op vraag 135.

Vraag 159

Hoeveel personen hebben een volledig pakket thuis (vpt)?

Antwoord:

Volgens de uitvoeringsinformatie van het Zorginstituut hebben circa 12.200 personen een Volledig Pakket Thuis op 1 juli 2019. Dit zijn de meest recente cijfers.

Vraag 160

Hoeveel personen hebben een modulair pakket thuis (mpt)?

Antwoord:

Volgens de uitvoeringsinformatie van het Zorginstituut hebben circa 27.200 personen een Modulair Pakket Thuis op 1 juli 2019. Dit zijn de meest recente cijfers.

Vraag 161

Kunt u een overzicht geven van de vermogensontwikkeling van verpleeghuizen, verzorgingshuizen, gehandicapteninstellingen, thuiszorgorganisaties en ziekenhuizen voor de jaren 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 en 2019?

Antwoord:

In de onderstaande tabel ziet u de vermogensontwikkeling van de sectoren. Deze ontwikkeling is getoond als weerstandsvermogen (eigen Vermogen/bedrijfsopbrengst in %). In het tweede deel is het eigen vermogen van de sector als bedrag weergegeven.

De weerstandsvermogens in de sector Wlz zijn voor 2018 beschikbaar. Deze zijn nog niet beschikbaar bij de ziekenhuizen. Het jaar 2019 is een lopend boekjaar. De cijfers daarover komen naar verwachting in de tweede helft van 2020 beschikbaar.

Weerstandsvermogen (%)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Geestelijke gezondheidszorg	18,8%	20,5%	18,8%	22,0%	20,6%	23,5%	24,5%	24,4%	27,8%
Gehandicaptenzorg	25,8%	26,1%	27,0%	27,3%	26,9%	33,1%	29,1%	30,0%	33,9%
Verpleging & verzorging	25,7%	27,6%	29,6%	30,8%	32,3%	32,4%	32,4%	32,9%	35,7%
Thuiszorg	16,2%	16,4%	16,7%	12,0%	15,9%	18,2%	12,8%	15,1%	15,0%
Algemene Ziekenhuizen	14,5%	16,6%	18,1%	20,3%	21,9%	20,6%	22,0%	23,5%	
Universitair Medische centra	15,9%	17,6%	20,5%	21,6%	24,0%	25,6%	26,7%	28,5%	
Categorale Ziekenhuizen	21,0%	21,4%	23,4%	25,0%	24,4%	26,6%	29,9%	29,5%	
Eigen vermogen x € mln.									
Geestelijke gezondheidszorg	894	1.014	1.121	1.188	1.228	1.299	1.341	1.379	
Gehandicaptenzorg	1.424	1.625	1.865	1.994	2.213	2.516	2.690	2.920	
Verpleging en verzorging incl. thuiszorg	3.005	3.340	3.802	4.072	4.355	4.530	4.462	4.764	
Algemene Ziekenhuizen	2.006	2.297	2.625	3.100	3.409	3.707	3.930	4.147	
Universitair Medische centra	1.089	1.215	1.497	1.637	1.836	2.072	2.228	2.479	
Categorale Ziekenhuizen	236	260	288	319	339	341	373	380	
Bron: CBS									

Vraag 162

Hoeveel mensen hebben een zorgzwaartepakket (zzp), graag per zzp uitgesplitst in aantallen?

Antwoord:

Op 1 juli 2019 hebben 302.612 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 2019	Aantal cliënten
TOTAAL Wlz	302.612
VV01	526
VV02	1.334
VV03	2.376
VV04	35.961
VV05	77.972
VV06	32.130
VV07	10.993
VV08	2.624
VV09	3
VV09a	1
VV09b	1.225
VV10	78
Totaal VV	165.223
VG01	634
VG02	4.344
VG03	25.263
VG04	16.791
VG05	13.723
VG06	26.571

Peildatum 1 juli 2019	Aantal cliënten
VG07	15.016
VG08	8.353
Totaal VG	110.695
LVG01	17
LVG02	498
LVG03	1.034
LVG04	290
LVG05	35
SGLVG01	364
Totaal (SG)LVG	2.238
ZGVIS01	39
ZGVIS02	225
ZGVIS03	641
ZGVIS04	385
ZGVIS05	622
Totaal ZGVIS	1.912
ZGAUD01	68
ZGAUD02	471
ZGAUD03	597
ZGAUD04	237
Totaal ZGAUD	1.373
LG01	174
LG02	1.633
LG03	469
LG04	4.615
LG05	1.865
LG06	5.688
LG07	1.497
Totaal LG	15.941
GGZ01B	0
GGZ02B	1
GGZ03B	138
GGZ04B	507
GGZ05B	2.703
GGZ06B	544
GGZ07B	1.337
Totaal GGZB	5.230

Bron: Kwartaalrapportage CIZ 2018 Q3 t/m 2019 Q2
https://www.ciz.nl/images/pdf/cijfers-en-feiten/Kwartaalrapportage_indicatiestelling_Wlz_Q3_2018_tm_Q2_2019.pdf

Vraag 163

Hoeveel faillissementen hebben het afgelopen jaar plaatsgevonden, uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord:

In de onderstaande tabel treft u een overzicht van het aantal uitgesproken faillissementen in het jaar 2018 en de maanden januari tot en met augustus 2019, uitgesplitst naar zorgsector. De cijfers zijn afkomstig van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Voor de maanden juli en augustus 2019 betreffen het voorlopige cijfers.

	Natuurlijk persoon met eenmanszaak		Bedrijven en instellingen	
	2018	Jan t/m aug 2019	2018	Jan t/m aug 2019
Gezondheids- en welzijnszorg	5	10	124	86
Gezondheidszorg	3	1	56	39
Ziekenhuizen en GGZ-aanbieders	0	0	4	3
Medische praktijken	0	0	18	14
Overige ambulante gezondheidszorg	3	1	34	22
Verpleging en zorg met overnachting	0	0	10	11
Verpleeghuizen	0	0	0	0
Huizen verstandelijk gehandicapten	0	0	5	5
Huizen lichamelijk gehandicapten	0	0	0	3
Welzijnszorg met overnachting	0	0	5	3
Welzijnszorg zonder overnachting	2	9	58	36
Welzijnswerk ouderen, gehandicapten	0	4	25	19
Kinderopvang, jeugd- en welzijnswerk	2	5	33	15

Ter toelichting: Het CBS hanteert een hiërarchische indeling van economische activiteiten die wordt gebruikt om bedrijven in te delen naar hun hoofdactiviteit. Een nadere uitsplitsing van de in het overzicht weergegeven categorieën is niet voorhanden. Zodoende omvat de categorie «Welzijnszorg zonder overnachting» ook gefailleerde kinderopvanginstellingen.

Vraag 164

Hoe zijn de prijzen van zzp's 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 huisvestingscomponent (NHC) en normatieve investeringscomponent (NIC). In 2019 en 2020 zijn de tarieven gewijzigd als gevolg van het kostprijsonderzoek. Voor 2020 zijn de tarieven in de sector verpleging en verzorging waarop het kwaliteitskader verpleeg-huiszorg van toepassing is (ZZP V&V 4 en hoger) gewijzigd. De tarieven van de overige ZZP's zijn in 2019 aangepast. Daarnaast zijn de tarieven geïndexeerd.

ZZP-tarieven (max. NZa-beleidsregel)	2016	2017	2018	2019	2020
VV 4	€ 143,12	€ 146,75	€ 190,32	€ 197,33	€ 165,03
VV 5	€ 188,11	€ 192,89	€ 241,07	€ 250,05	€ 266,47
VV 6	€ 188,42	€ 193,21	€ 242,14	€ 251,14	€ 249,07
VV 7	€ 224,46	€ 230,17	€ 282,58	€ 293,16	€ 322,86
VV 8	€ 256,07	€ 262,58	€ 319,35	€ 331,33	€ 397,61
VV 9b	€ 223,41	€ 229,09	€ 289,88	€ 300,63	€ 293,41
VV 10	€ 276,92	€ 283,96	€ 341,29	€ 354,14	€ 439,29
GGZ 3B	€ 148,91	€ 150,76	€ 194,73	€ 210,33	€ 214,37
GGZ 4B	€ 169,26	€ 171,37	€ 215,95	€ 222,55	€ 226,80
GGZ 5B	€ 181,37	€ 183,63	€ 238,16	€ 233,41	€ 237,92
GGZ 6B	€ 237,47	€ 240,43	€ 291,76	€ 366,18	€ 373,07
GGZ 7B	€ 323,07	€ 327,09	€ 390,79	€ 429,67	€ 437,82
VG 3	€ 150,05	€ 151,92	€ 190,95	€ 186,10	€ 189,68
VG 4	€ 165,13	€ 167,19	€ 206,67	€ 218,97	€ 223,15
VG 5	€ 206,35	€ 208,92	€ 258,21	€ 280,76	€ 286,06
VG 6	€ 200,21	€ 202,70	€ 249,59	€ 251,38	€ 256,14
VG 7	€ 277,13	€ 280,58	€ 331,98	€ 350,87	€ 357,44
VG 8	€ 232,70	€ 235,60	€ 295,08	€ 345,41	€ 351,97
LVG 1	€ 141,25	€ 143,01	€ 181,78	€ 218,26	€ 222,44
LVG 2	€ 181,99	€ 184,26	€ 224,24	€ 259,58	€ 264,51
LVG 3	€ 224,56	€ 227,36	€ 281,04	€ 337,38	€ 343,78
LVG 4	€ 264,14	€ 267,43	€ 322,29	€ 385,52	€ 392,81
LVG 5	€ 262,93	€ 266,20	€ 321,03	€ 367,79	€ 374,76

ZZP-tarieven (max. NZa-beleidsregel)	2016	2017	2018	2019	2020
SGLVG 1	€ 342,28	€ 346,54	€ 405,94	€ 421,16	€ 428,97
LG 2	€ 159,35	€ 161,33	€ 200,46	€ 199,01	€ 203,69
LG 4	€ 192,90	€ 195,30	€ 223,13	€ 255,00	€ 259,81
LG 5	€ 224,13	€ 226,92	€ 236,87	€ 274,66	€ 279,87
LG 6	€ 239,58	€ 242,56	€ 301,59	€ 340,26	€ 346,73
LG 7	€ 248,24	€ 251,33	€ 310,58	€ 351,58	€ 358,26
ZG aud 2	€ 302,44	€ 306,21	€ 355,01	€ 390,87	€ 398,22
ZG aud 3	€ 346,76	€ 351,08	€ 405,12	€ 457,94	€ 466,55
ZG aud 4	€ 235,49	€ 238,42	€ 285,22	€ 295,83	€ 301,34
ZG vis 2	€ 140,52	€ 142,27	€ 183,67	€ 190,36	€ 198,78
ZG vis 3	€ 184,77	€ 187,07	€ 232,35	€ 240,90	€ 244,99
ZG vis 4	€ 235,77	€ 238,71	€ 291,34	€ 302,13	€ 316,44
ZG vis 5	€ 256,51	€ 259,70	€ 319,86	€ 331,67	€ 349,71

Vraag 165

Wat heeft de extramuralisering van zzp 1,2 en 3, het sluiten van verzorgingshuizen, in financiële zin 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 166

Hoeveel procent van de zorgaanbieders maakten in 2019 gebruik van digitale gegevensuitwisseling met andere zorgaanbieders? Hoe was dat percentage in voorgaande jaren?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 113.

Vraag 167

Hoeveel zorgorganisaties hebben onderhangende bv's?

Antwoord:

Het LRZa bevat 4.359 toegelaten zorginstellingen met een KvK-nummer, waarvan 215 zorginstellingen een dochter bv hebben (peildatum: 30 september 2019).

Vraag 168

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

Antwoord:

Voor de uitoefening van zijn taken heeft het CAK alleen het verzamelen, de verschuldigde belasting en het vermogen in Box 3 nodig. Het is dus niet bekend of en in hoeverre bijdrageplichtigen via een eigen BV de vermogensinkomensbijtelling omzeilen.

Vraag 169

Kunt u een overzicht per jaar geven van de kostenontwikkeling van verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg van de jaren 2000 tot 2005

en van de jaren 2006 tot en met 2019 en kunt u deze cijfers voorzien van uw duiding?

Antwoord:

Ja. Bij de beantwoording van de schriftelijke vragen bij de ontwerpbegroting 2016 (TK2015–2016, 34 300 XVI, nr. 12, antwoord 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 2019. De cijfers tot en met 2018 zijn gebaseerd op het jaarverslag van VWS. Voor 2019 betreft het cijfers uit de ontwerpbegroting 2020. Dit cijfer wordt bij het jaarverslag geactualiseerd. Naar verwachting stijgen de uitgaven in 2019 ten opzichte van 2018 met circa € 1,4 miljard tot € 11,5 miljard. Daarbij is rekening gehouden met de extra middelen die beschikbaar zijn gesteld voor verbetering van de kwaliteit in verpleeghuizen (€ 1.035 miljoen in totaal voor 2019 en € 600 miljoen extra ten opzichte van 2018), de groei van het aantal cliënten, de loon- en prijsontwikkelingen en technische verschuivingen.

bedragen in miljarden euro	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Intramurale ouderenzorg	8,6	8,5	8,8	9,2	10,1	11,5

Vraag 170

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

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 124.

Vraag 171

Kunt u een overzicht geven hoeveel commerciële aanbieders die verpleeghuiszorg aanbieden, via een bv-constructie winst uitkeren?

Antwoord:

Op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) geldt dat winstuitkering binnen de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg is verboden voor intramurale zorg. Uit onderzoek van SiRM en Finance Ideas komt naar voren dat mogelijk wel indirect dividend wordt uitgekeerd door BV's aan wie het leveren van zorg is uitbesteed. De onderzoekers merken op dat specifieke data daarover niet beschikbaar zijn. Wel noemen zij dat uitbesteding van zorgverlening relatief weinig voorkomt. Uitbesteding van zorgverlening lijkt met name, maar niet alleen, plaats te vinden bij zelfstandige behandelcentra.

Zie over de uitkomsten van dit onderzoek en de maatregelen die worden genomen de brief aan uw Kamer van 9 juli 2019.¹⁰

Vraag 172

Kunt u een overzicht geven van zorgaanbieders die winst uitkeren?

¹⁰ Kamerstukken II 2018/19, 35 000 XVI, nr. 133.

Antwoord:

Op 9 juli 2019 is uw Kamer geïnformeerd over onderzoeken naar winstuitkering in de zorg, waaronder een analyse van de huidige praktijk en de effecten van dividenduitkering in de Nederlandse gezondheidszorg door onderzoeksbureaus SiRM en Finance Ideas.¹¹ De onderzoekers schatten in dat op dit moment over maximaal 7% van de zorguitgaven mogelijk rechtstreeks dividend wordt uitgekeerd.¹² Daarbij wijzen de onderzoekers erop dat mogelijk ook dividend wordt uitgekeerd door BV's aan wie de zorgverlening is uitbesteed, maar dat daarover geen informatie beschikbaar is.

Voor uitgebreidere informatie verwijs ik u naar het onderzoek van SiRM en Finance Ideas, dat als bijlage bij bovengenoemde brief aan uw Kamer is toegezonden. In deze brief wordt ook ingegaan op de verschillende maatregelen die het kabinet neemt om beter te waarborgen dat geld voor de zorg ook daadwerkelijk ten goede komt aan de zorg.

Vraag 173

Kunt u een overzicht geven van buitenlandse zorgaanbieders die in Nederland zorgorganisaties hebben opgericht dan wel opgekocht?

Antwoord:

Ik beschik niet over een dergelijk overzicht. Wel heeft de NZa dit voorjaar een verkennend onderzoek gedaan naar overnames door buitenlandse partijen. De NZa toetst de fusie of overname van een zorgaanbieder met meer dan 50 zorgverleners aan de hand van de zorgspecifieke fusietoets. Van de 567 besluiten die de NZa in het kader van de zorgspecifieke fusietoets heeft genomen, was er in 8 gevallen een buitenlandse partij betrokken. Het ging om voorgenomen overnames in de verpleeghuissector (1), medisch specialistische zorg (2), diagnostiek (1), mondzorg (2) en de hulpmiddelensector (2).

Vraag 174

Hoe staat het met de kwaliteitsplannen verpleeghuizen, wat is de stand van zaken?

Antwoord:

De zorgaanbieders hebben per 31 december 2018 hun kwaliteitsplannen ingediend bij de zorgkantoren om daarmee een goed onderbouwde aanvraag te doen voor het kwaliteitsbudget 2019. De zorgkantoren hebben deze plannen in de periode tot 1 april 2019 beoordeeld en besproken met de zorgaanbieders. Op 1 april hebben de zorgkantoren de goedgekeurde begrotingen ingediend bij de NZa. Voor 2019 is een landelijk kwaliteitsbudget beschikbaar van € 600 miljoen. In de kwaliteitsplannen voor 2019 hebben de zorgaanbieders de ambitie uitgesproken om ten opzichte van 2018 circa 19.000 extra zorgverleners aan te nemen. Ik heb u hierover geïnformeerd via de tweede voortgangsrapportage Thuis in het Verpleeghuis (TK2018–2019, 31 765, nr. 411). Daarbij hebben zij rekening gehouden met de verwachte toename van het aantal cliënten. Hiervoor hebben zij bijna 3.000 extra zorgverleners ingepland. De overige 16.000 extra zorgverleners (circa 10.000 fte) zijn ingepland om meer tijd te creëren voor liefdevolle zorg en aandacht voor bewoners in de verpleeghuizen. Op basis van de kwaliteitsplannen 2019 hebben de zorgkantoren

¹¹ Kamerstukken II 2018/19, 35 000 XVI, nr. 133.

¹² De berekening is als volgt gemaakt. De onderzoekers merken op dat winsttoegmerk is toegestaan in sectoren die circa 24% van de totale zorgomzet innemen. Binnen die sectoren waar winsttoegmerk is toegestaan, wordt ongeveer 30% van de zorg verleend door organisaties met als rechtspersoon een BV (die dividend kan uitkeren). Zorgaanbieders die dividend kunnen uitkeren, leveren dus ongeveer 7% ($24\% \times 30\%$) van de zorg.

landelijk een kwaliteitsbudget toegekend van € 583 miljoen, waarvan € 496 miljoen wordt ingezet voor extra zorgpersoneel en € 87 miljoen voor andere investeringen om het Kwaliteitskader te implementeren, zoals investeringen in technologie. Tot slot is een bedrag van € 17 miljoen beschikbaar om in te kunnen zetten bij nieuwe aanbieders of bij aanbieders die mogelijkheden zien om sneller te groeien dan afgesproken in het goedgekeurde kwaliteitsplan.

Zorgkantoren bezien in overleg met de individuele zorgaanbieders of een herschikking van de beschikbare middelen aan de orde is. Bij een achterblijvende realisatie zal besproken worden wat mogelijke oorzaken zijn en hoe er bijgestuurd kan worden. De gegevens van de herschikking 2019 worden in november door de zorgkantoren ingediend bij de NZa. Ik zal de Tweede Kamer informeren over de realisaties uit de kwaliteitsplannen in de derde voortgangsrapportage Thuis in het Verpleeghuis die ik in november 2019 naar de Kamer zal sturen.

Vraag 175

Hoeveel zorgverleners zijn er afgelopen jaar bijgekomen in de verpleeghuizen?

Antwoord:

In 2018 is het aantal werknemers in de verpleeghuiszorg gestegen met 12.000 personen (6.500 fte). Dit betreft alle werknemers, dus zorgpersoneel en ondersteunend personeel, maar is exclusief het personeel niet in loondienst (o.a. uitzendkrachten en zzp'ers).

Vraag 176

Welke externe organisaties en adviesbureaus zijn betrokken geweest bij de totstandkoming van het CAK?

Antwoord:

Bij de oprichting van het CAK in 1968 waren geen externe organisaties en adviesbureaus betrokken. Over de transitie van het CAK van een privaatrechtelijk naar een publiekrechtelijk Zbo in 2013 heeft Berenschot in 2008 een adviesrapport uitgebracht. Dit rapport is in 2008 met uw Kamer gedeeld (bijlage bij Kamerstukken II, 2008–09, 29 689, nr. 224).

Vraag 177

Welke externe organisaties en adviesbureaus zijn betrokken geweest bij de ICT-projecten die zijn uitgevoerd voor het CAK?

Antwoord:

Bij de ICT-projecten die het CAK in 2018 en 2019 heeft uitgevoerd, zijn de volgende externe organisaties en adviesbureaus betrokken geweest:

- IDFocus
- Jnet
- Pegamento
- Pink Elephant
- Quint Wellington Redwood
- SIG
- Truelime
- Truston
- VKA/ RINIS

Vraag 178

Welke externe organisaties en adviesbureaus zijn betrokken geweest bij het uitvoeren van andere projecten dan ICT-projecten voor het CAK?

Antwoord:

Bij niet-ICT gerelateerde projecten heeft het CAK in 2018 en 2019 de volgende externe organisaties en adviesbureaus betrokken:

- ABF Research
- BDO
- MetrixLab
- PA Consulting
- WCMConsult

Vraag 179

Hoeveel managementfuncties zijn er binnen het CAK en hoe staat dit in verhouding tot het aantal uitvoerende functies?

Antwoord:

Op 31 december 2018 werkten er 1203 medewerkers bij het CAK. Hiervan werkten 78 personen in een managementfunctie. Gemiddeld heeft een manager van het CAK 15 personen onder zijn hoede.

Vraag 180

Hoeveel communicatiefuncties zijn er binnen het CAK en hoe staat dit in verhouding tot het aantal uitvoerende functies?

Antwoord:

Op 31 december 2018 werkten er 1203 medewerkers bij het CAK. Hiervan werkten 16 personen in een communicatiefunctie.

Vraag 181

Hoeveel medewerkers met tijdelijke contracten werken er bij het CAK en hoe staat dit in verhouding tot het aantal vaste medewerkers?

Antwoord:

Het onderstaande overzicht geeft de verdeling van contracten bij het CAK per 31 december 2018 weer.

CAK contracten	820 medewerkers
Vast dienstverband	742 contracten
Tijdelijk CAK dienstverband	78 contracten
Externen/uitzendkrachten	383 medewerkers
Externen	133 contracten
Uitzendkrachten	250 contracten

Vraag 182

Welke externe organisaties en adviesbureaus zijn betrokken geweest bij de totstandkoming van het CIZ?

Antwoord:

Voor zover ons bekend waren bij de oprichting van het CIZ in 2005 geen externe organisaties en adviesbureaus betrokken.

Vraag 183

Welke externe organisaties en adviesbureaus zijn betrokken geweest bij de ICT-projecten die zijn uitgevoerd voor het CIZ?

Antwoord:

Het CIZ heeft in 2014 zijn ICT-systeem voor het primair proces vernieuwd. Voor dit indicatiestellingsproces werkt het CIZ met een externe leverancier, Atos, die de ICT-dienstverlening voor dit proces inricht en onderhoudt. Voor de financiële- en personeelsadministratie maakt het CIZ gebruik van de diensten van de externe leverancier Afas. Verder maakt het

CIZ bij de uitvoering van projectmatige werkzaamheden gebruik van aanvullende personele capaciteit via raamcontracten. Voor ICT-personeel betreft dit Yacht. Specifieke niet-gecontracteerde diensten worden via een aanbesteding in de markt gezet.

Vraag 184

Welke externe organisaties en adviesbureaus zijn betrokken geweest bij het uitvoeren van andere projecten dan ICT-projecten voor het CIZ?

Antwoord:

Bij de uitvoering van andere projectmatige werkzaamheden maakt het CIZ gebruik van aanvullende personele capaciteit via raamcontracten. Dit betreft Growwork, Career rebels, Yacht, Staffing MS en AevesBenefit. Specifieke niet-gecontracteerde diensten worden via een aanbesteding in de markt gezet.

Vraag 185

Hoeveel managementfuncties zijn er binnen het CIZ en hoe staat dit in verhouding tot het aantal uitvoerende functies?

Antwoord:

Het aantal medewerkers in januari 2019 bedroeg in totaal 852, waarvan 25 in leidinggevende functies.

Vraag 186

Hoeveel communicatiefuncties zijn er binnen het CIZ en hoe staat dit in verhouding tot het aantal uitvoerende functies?

Antwoord:

Het aantal medewerkers in januari 2019 bedroeg in totaal 852, waarvan 5 in communicatiefuncties.

Vraag 187

Hoeveel medewerkers met tijdelijke contracten werken er bij het CIZ en hoe staat dit in verhouding tot het aantal vaste medewerkers?

Antwoord:

Het aantal medewerkers in januari 2019 bedroeg in totaal 852. Het aantal vaste contracten bedroeg 609 en het aantal medewerkers met een tijdelijk of extern contract 243.

Vraag 188

Welke externe organisaties en adviesbureaus zijn betrokken geweest bij de totstandkoming van de Sociale Verzekeringsbank (SVB)?

Antwoord:

Er zijn geen externe organisaties en adviesbureaus betrokken geweest bij de totstandkoming van de Sociale Verzekeringsbank (SVB). Dit laat zich mede uit de geschiedenis verklaren. De Rijksverzekeringsbank, voorloper van de SVB, werd in 1901 opgericht om de eerste sociale verzekeringswet uit te voeren: de Ongevallenwet 1901. De Rijksverzekeringsbank kwam in 1956 lossen te staan van de overheid en er werd een tripartite bestuur ingevoerd. De naam veranderde toen in Sociale Verzekeringsbank. Sinds 1988 is de SVB samengegaan met de Raden van Arbeid. De huidige wettelijke basis voor de SVB als zelfstandig bestuursorgaan is te vinden de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen (Wet SUWI) van 29 november 2001.

Vraag 189

Welke externe organisaties en adviesbureaus zijn betrokken geweest bij de ICT-projecten die zijn uitgevoerd voor de SVB?

Antwoord:

In de beantwoording van deze vraag gaat de SVB uit van het peiljaar 2018. Adviesbureaus die in 2018 betrokken zijn geweest bij ICT-projecten voor de SVB zijn de volgende organisaties (zie ook opmerking SVB bij beantwoording volgende vraag):

- IBM Nederland
- Time Series Group
- Het Bureau voor publieke vernieuwing
- Kadenza
- CIO Platform NL
- Gartner
- CGI

Vraag 190

Welke externe organisaties en adviesbureaus zijn betrokken geweest bij het uitvoeren van andere projecten dan ICT-projecten voor de SVB?

Antwoord:

In de beantwoording van deze vraag gaat de SVB uit van het peiljaar 2018. De organisaties en adviesbureaus die bij de SVB in 2018 betrokken zijn geweest bij andere projecten dan (zuivere) ICT-projecten zijn hieronder opgenomen. Dit betreft een opgave door de SVB op basis van de financiële administratie, waarbij onder «projecten» is geboekt, uitgezonderd de ICT-projecten die hierboven reeds zijn genoemd. Deels betreft het hier bovendien projecten met tevens een IT-component; een zuivere splitsing tussen ICT-projecten en niet ICT-projecten valt volgens de SVB veelal niet te maken. Het betreft hier in 2018: KPMG, ADP, Bonte Bij, PA Consulting Services BV, PWC, Protinus IT BV, SecureLink NL, SoftwareONE en Heijmans Utiliteit B.V.

Vraag 191

Hoeveel managementfuncties zijn er binnen de SVB en hoe staat dit in verhouding tot het aantal uitvoerende functies?

Antwoord:

Binnen de SVB werkt in totaal ca. 216 fte binnen een managementpositie. Dit ten opzichte van ca. 3152 fte uitvoerende medewerkers. Cijfers hebben betrekking 2019 en hiervoor is de peildatum van 31-08-2019 gehanteerd.

Vraag 192

Hoeveel communicatiefuncties zijn er binnen de SVB en hoe staat dit in verhouding tot het aantal uitvoerende functies?

Antwoord:

Binnen de SVB heeft in totaal 10 fte een communicatiefunctie. Cijfers hebben betrekking 2019 en hiervoor is de peildatum van 31-08-2019 gehanteerd.

Vraag 193

Hoeveel medewerkers met tijdelijke contracten werken er bij de SVB en hoe staat dit in verhouding tot het aantal vaste medewerkers?

Antwoord:

Binnen de SVB werkt in totaal, exclusief uitzendkrachten en externe medewerkers, ca. 148 fte met een contract voor een bepaalde tijd. Hier tegenover staat ca. 2.573 fte die met een vast contract werkzaam zijn

binnen de SVB. Cijfers hebben betrekking 2019 en hiervoor is de peildatum van 31-08-2019 gehanteerd.
Voor eventuele vervolgvragen wijs ik u op de mogelijkheid om deze te stellen in het kader van de begrotingsbehandeling 2020 van het Ministerie van SZW.

Vraag 194

Wat is de totale omvang van de financiële onderuitputting van 2019?

Antwoord:

Dit is nu nog niet bekend. In de Najaarsnota en de tweede suppletoire begrotingswet wordt u geïnformeerd over de uitvoering van de begroting 2019. Deze worden uiterlijk 1 december 2019 aan beide Kamers aangeboden. Wanneer alle realisatiecijfers bekend zijn wordt u via het Jaarverslag en de Slotwet geïnformeerd over de totale omvang van de onderuitputting op de begroting. Deze worden op de derde woensdag van mei 2020 aan beide Kamers aangeboden.

Vraag 195

Waarom werkt een korting op de loon- en/of prijsbijstelling in een jaar meerdere jaren door op de begroting?

Antwoord:

De uitgaven op de begroting worden waar nodig jaarlijks bijgesteld met de loon- en prijsontwikkeling. Deze bijstellingen zijn structureel van aard. Eventuele kortingen zijn dus ook structureel van aard.

Vraag 196

Hoeveel geld gaat er jaarlijks naar het financieren van alle jeugdartsen in Nederland? En hoeveel fte jeugdartsen zijn werkzaam in Nederland?

Antwoord:

Op grond van artikel 5 van de Wet publieke gezondheid draagt het college van burgemeester en wethouders zorg voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Hoeveel geld zij gezamenlijk jaarlijks besteden aan alle jeugdartsen in Nederland en hoeveel fte jeugdartsen in dienst zijn van de door hen gecontracteerde JGZ-uitvoerders is mij niet bekend. Dit volgt uit de uitvoeringsovereenkomsten die gemeenten sluiten met hun JGZ-uitvoerder.

Het aantal werkzame jeugdartsen per maart 2019 bedraagt 1019.

Vraag 197

Op welke wijze voldoen de 21 actieprogramma's die verschenen zijn aan artikel 3.1 van de comptabiliteitswet? Kunt u naast de verzochte doelstellingen ook per actieprogramma ingaan op de doelmatigheid en doeltreffendheid van het actieprogramma?

Antwoord:

De doelen, doeltreffendheid en doelmatigheid van beleidsvoorstellen, waaronder actieprogramma's, worden zoveel mogelijk toegelicht wanneer het voorstel aan uw Kamer wordt aangeboden, conform artikel 3.1 van de Comptabiliteitswet 2016.

Zoals in het antwoord op vraag 2 naar de meetbare doelen en de bijbehorende indicatoren is aangegeven ontvangt uw kamer op gezette tijden voortgangsrapportages van de verschillende programma's. In deze voortgangsrapportages zal tevens ingegaan op de actuele stand van zaken met betrekking tot de doelstellingen, doelmatigheid en de doeltreffendheid.

Vraag 198

Kunt u een overzicht geven van de wachttijden en wachtlijsten voor de Raad voor de Kinderbescherming in de jaren 2015, 2016, 2017, 2018 en 2019?

Antwoord:

Hieronder zijn de wachttijden en wachtlijsten voor de Raad van de Kinderbescherming (RvdK) over de gevraagde jaren per onderzoekssoort weergegeven. Het betreft landelijke cijfers. Er zijn verschillen per jeugdzorgregio. De wachtlijst en wachttijd gaan over de totale werkstroom bij de RvdK en bevat ook onderzoekssoorten waarbij geen sprake is van een ontwikkelingsbedreiging, zoals bijvoorbeeld een juridische vraag of onderzoekssoorten waar gewacht wordt op een zitting.

Wachtlijst Raad voor de Kinderbescherming ultimo jaar

	2015	2016	2017	2018	2019 ¹
Beschermingsonderzoek	979	444	1.384	1.474	1.478
Gezag en Omgangsondsk.	646	780	969	1044	747
Adoptie genel. activiteiten	131	340	160	123	121
Strafonderzoek LIJ	483	588	558	468	585
Strafonderzoek + aanvulling	0	4	10	7	5
Actualisatie Straf	80	88	70	81	70
Onderzoek Schoolverzuim	146	144	149	129	181
Strafonderzoek GBM	3	0	4	1	5
Totaal	2.468	2.388	3.304	3.327	3.192

¹ voor 2019 is ultimo september.

Wachttijden in jaargemiddelden in dagen

	2015	2016	2017	2018	2019 ¹
Beschermingsonderzoek	15	20	17	28	25
Gezag en Omgangsondsk.	32	45	49	63	62
Adoptie genel. activiteiten	24	32	48	30	23
Strafonderzoek LIJ	9	16	18	19	19
Strafonderzoek + aanvulling	9	15	16	16	14
Actualisatie Straf	10	16	19	23	26
Onderzoek Schoolverzuim	18	25	25	26	27
Strafonderzoek GBM	6	10	17	15	25

¹ Betreft januari t/m september.

Vraag 199

Kunt u een uitputtend overzicht geven van de wijze waarop de rijks-overheid bijdraagt aan de organisatie van de Formule 1-race in Zandvoort? Kunt u daarbij een onderscheid maken in directe en indirecte bijdragen? Kunt u daarbij een onderscheid maken in financiële en niet-financiële bijdragen? Dragen de investeringen in het spoortraject van Haarlem naar Zandvoort volgens u bij aan de organisatie van de Formule 1-race in Zandvoort?

Antwoord:

Het is niet mogelijk om een gedetailleerd en uitputtend overzicht te geven er de bijdragen die de rijksoverheid levert aan een specifiek (sport)evenement omdat het gebruik en de kosten van publieke voorzieningen niet worden toegeschreven aan een specifiek onderdeel van een evenement. Dat geldt ook voor de Formule 1 race. Het kabinet heeft besloten om niet direct financieel bij te dragen aan de organisatie van de race op het circuit Zandvoort. Net al bij alle andere (sport)evenementen draagt de overheid bij aan de publieke randvoorwaarden om evenementen in Nederland te kunnen organiseren, bijvoorbeeld met betrekking tot veiligheid, verkeers-

infrastructuur en het verlenen van vergunningen. Wat een evenementenorganisator van de rijksoverheid kan verwachten is terug te vinden in de modelgaranties die mijn ambtsvoorganger naar uw Kamer heeft gestuurd. De investeringen in het spoortraject van Haarlem naar Zandvoort zijn primair bedoeld om de bereikbaarheid van Zandvoort per trein op drukke dagen te vergroten. Deze extra capaciteit zal tijdens de Formule 1 race worden benut.

Vraag 200

Hoeveel procent van de totale VWS-begroting gaat naar preventiebeleid? En wat was dit aandeel vijf-, tien- en vijftien-jaar geleden?

Antwoord:

In de zorg komt preventie in alle vijf de stelselwetten (Wet publieke gezondheid (Wpg), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Jeugdwet, de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz)) voor. De uitgaven op basis van deze wetten zijn niet geoormerkt voor preventie. Op de website www.loketgezondleven.nl/zorgstelsel/preventie-vijf-stelsel-wetten van het RIVM is wel beschreven waar de preventie betrekking op heeft. Zie ook mijn antwoord op vraag 45.

Vraag 201

Hoeveel zou het de Rijksbegroting opleveren als alle artsen in Nederland in loondienst zouden zijn in plaats van dat zij geld verdienen in een maatschap?

Antwoord:

Het antwoord op deze vraag is afhankelijk van verschillende aspecten. Hierbij spelen het gemiddelde loon van vrijgevestigde artsen en artsen in loondienst een rol en daarbij een inschatting over het verschil in productieprikkels. Tevens dient rekening te worden gehouden met de potentiële weglek, de juridische afdwingbaarheid van het werken in loondienst en een eventueel benodigde compensatie voor goodwill. Het antwoord is verder afhankelijk van de vormgeving van de gekozen variant. In het kader van Zorgkeuzes in Kaart (TK 29 689, nr. 515) zijn in 2015 verschillende varianten uitgewerkt. Voor een inzicht in de opbrengst verwijs ik naar dat rapport. Een meer actuele inschatting zal volgend jaar beschikbaar komen in het kader van een nieuwe editie van Zorgkeuzes in Kaart.

Vraag 202

Wat is het percentage gezondheidszorgkosten, afgezet tegen het bruto binnenlands product (bbp) in 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2015, en 2020?

Antwoord:

In onderstaande tabel staan de bruto zorguitgaven vallend onder het Uitgavenplafond Zorg (UPZ) als percentage van het BBP. Een cijfer voor 1990 is niet beschikbaar.

	1995	2000	2005	2010	2015	2020
Zorguitgaven	8%	8%	8%	10%	10%	9%

Vraag 203

Hoeveel ggz-instellingen hebben in 2019 meer zorg geleverd dan waarvoor zij bekostiging hebben ontvangen vanwege omzetplafonds?

Antwoord:

Een veel voorkomende aanvullende contractafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders is de doorleverplicht. Dit houdt in dat de

zorgaanbieder zorg moet blijven leveren aan nieuwe en/of bestaande patiënten, ook als het omzetplafond is bereikt. Ik heb geen gegevens over hoeveel aanbieders met een dergelijke doorleverplicht te maken hebben (gehad) in 2019 of 2018. Wel is uit de Monitor contractering 2019 van de NZa bekend dat ruim een derde van de ggz-instellingen een patiëntenstop heeft afgegeven in 2018. Het bereiken van het omzetplafond was voor 80% van de betreffende ggz-instellingen reden om de patiëntenstop in te stellen. Deze uitkomsten zijn gebaseerd op een enquête. Uit de Monitor contractering 2019 blijkt voorts dat van de acht zorgverzekeraars die de enquête hebben ingevuld, er zeven melden dat ze (voor 2018) bij instellingen een doorleverplicht hebben afgesproken voor bestaande patiënten. Vier verzekeraars geven aan een doorleverplicht te hebben afgesproken met vrijgevestigde aanbieders. Van de acht verzekeraars geven er vijf aan dat ze géén doorleverplicht hebben afgesproken voor nieuwe patiënten.

Vraag 204

Hoeveel kost het opnemen van anticonceptie in het basispakket als het onder het eigen risico zou vallen?

Antwoord:

Het opnemen van de anticonceptiepillen in het basispakket als het onder het eigen risico zou vallen zal naar verwachting tussen de € 10–20 miljoen kosten voor 21 jaar en ouder.

Vraag 205

Hoeveel kost het opnemen van anticonceptie in het basispakket als het niet onder het eigen risico zou vallen?

Antwoord:

De kosten van het opnemen van de anticonceptiepillen in het basispakket als deze niet onder het eigen risico zou vallen zullen naar verwachting tussen de € 20–30 miljoen bedragen.

Vraag 206

Hoeveel gemeenten hebben tot en met 1 september 2019 een sportakkoord afgesloten?

Antwoord:

Dat weet ik op dit moment nog niet exact. De reden is dat gemeenten tot 8 november de tijd hebben om hun sportakkoord in te dienen om in aanmerking te komen voor uitvoeringsbudget. Wel is bekend dat veertien gemeenten al begin 2019 een Sportakkoord hebben aangeleverd en over 2019 al uitvoeringsbudget hebben ontvangen. En 151 gemeenten zijn met een sportformateur aan de slag om tot een sportakkoord te komen. Tijdens het WGO Sport zal hier nader op worden ingegaan.

Vraag 207

Hoeveel gemeenten hebben tot en met 1 september 2019 een preventieakkoord afgesloten?

Antwoord:

Dit jaar zijn gemeenten vooral begonnen met het opstellen van akkoorden, dit najaar worden de eerste lokale preventieakkoorden verwacht en wordt duidelijk in hoeveel gevallen er een integraal sport/preventieakkoord ontwikkeld is. Zo is in Nijmegen op 7 oktober 2019 een van de eerste lokale preventieakkoorden getekend. Het ondersteuningsprogramma van de VNG brengt de gemeenten die een preventieakkoord aan het opstellen zijn of afgesloten hebben, in kaart, voor zover daar zicht op is

Vraag 208

Hoeveel gemeenten hebben tot en met 1 september 2019 een integraal sport- en preventieakkoord afgesloten?

Antwoord:

Dit jaar zijn gemeenten vooral bezig met het opstellen van akkoorden, dit najaar worden de eerste akkoorden verwacht en wordt duidelijk in hoeveel gevallen er een integraal sport/preventieakkoord ontwikkeld is. De VSG respectievelijk VNG brengen de gemeenten in kaart die een sport en/of preventieakkoord afgesloten hebben dit najaar. Tijdens het WGO Sport zal ik hier nader op in gaan.

Vraag 209

Hoeveel extra gemeenten krijgen door de uitbreiding van Specifieke Uitkering Stimulering Sport (SPUK), zoals naar voren komend in de Analyse aanvragen Specifieke Uitkering Stimulering Sport, een vergoeding voor de activiteiten waar zij een specifieke uitkering hebben aangevraagd?

Antwoord:

Het is niet zo dat door de ophoging van de SPUK meer gemeenten in aanmerking komen voor een vergoeding voor de activiteiten vallend onder de SPUK. In totaal hebben 346 gemeenten een aanvraag ingediend en dit aantal blijft gelijk. Door de verhoging van het plafond ontvangen gemeenten voor de activiteiten waarvoor zij een aanvraag hebben ingediend een hoger percentage vergoeding. Per aanvraag kan 82% worden toegekend in plaats van 67% bij het oorspronkelijke plafond.

Vraag 210

Welke mate van uitputting van de subsidieregeling Bouw en Onderhoud Sportaccommodaties en Sportmaterialen (BOSA) is voorzien voor de jaren 2019, 2020, 2021, 2022 en 2023? Welk budgettaire beslag is er gereserveerd voor de BOSA in deze jaren?

Antwoord:

Jaarlijks is er een bedrag van € 87 miljoen beschikbaar voor de Subsidie-regeling Bouw en Onderhoud Sportaccommodaties en Sportmaterialen. Voor 2019 is hiervan € 7 miljoen toegevoegd aan de Specifieke Uitkering Stimulering Sport (SPUK). Momenteel is de uitputting bijna € 60 mln. Investerings in de sportsector zijn jaarlijks fluctuerend. De verwachting is dat het beschikbare bedrag jaarlijks toereikend is.

Vraag 211

Kunt u toelichten hoe hoog het aandeel niet-gecontracteerde zorg in de wijkverpleging en de ggz op dit moment is? Zo ja, als blijkt dat de stijging van het aandeel niet-gecontracteerde zorg in deze velden alarmerend hoog worden, nog voor de uitkomsten van de onderzoeken van Vektis gepubliceerd zijn, bent u dan voornemens acute maatregelen te nemen? Zo ja, aan welke maatregelen moet dan gedacht worden?

Antwoord:

Uit recente onderzoeken van Vektis (september 2019) blijkt dat het aandeel niet-gecontracteerde zorg in de wijkverpleging 9% (2018) en in de ggz 6,9% is (2017). Deze percentages zijn (bijna volledig) gebaseerd op werkelijke declaraties, en daarmee betrouwbaar en robuust. Deze percentages groeien en dat vind ik zorgelijk.

In de Hoofdpijnenakkoorden wijkverpleging en ggz hebben partijen afspraken gemaakt om het contracteerproces te verbeteren en contractering te stimuleren. De NZa ziet toe op de naleving van die afspraken

door zorgverzekeraars en zorgaanbieders middels een jaarlijkse monitor contractering en Vektis monitort de omvang van de niet-gecontracteerde zorg. In lijn met de afspraken uit de Hoofdlijnenakkoorden bereidt het kabinet een wetswijziging voor die de overheid de mogelijkheid biedt om voor bepaalde (deel)sectoren de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg in (nadere) regelgeving vast te leggen en deze dus niet langer over te laten aan zorgverzekeraars en de daarover ontstane jurisprudentie. Deze wetswijziging zal in het najaar aan de Tweede Kamer worden aangeboden.

Vraag 212

Welke acties heeft u genomen om de beschikbaarheid van sportprothesen voor opgroeiende kinderen te bevorderen? In welke mate is deze beschikbaarheid in 2018 en 2019 toegenomen?

Antwoord:

Stichting Special Heroes is gevraagd om samen met de protheseleveranciers en prothesemakers te onderzoeken hoe de beschikbaarheid van sportprothese voor kinderen nu is geregeld. De beschikbaarheid van sporthulpmiddelen is lastig te bepalen omdat de financiering op meerdere manieren plaatsvindt onder andere vanuit de WMO en ZW.

Er wordt op dit moment gesproken met leveranciers, prothesemakers, revalidatiecentra en zorgverzekeraars om de beschikbaarheid in kaart te brengen na te gaan waar de knelpunten zitten en hoe deze weggenomen kunnen worden. De eerste voorstellen worden uiterlijk zomer 2020 gepresenteerd.

In hoeverre de mate van beschikbaarheid is toegenomen, is niet bekend.

Vraag 213

Op welke wijze is invulling gegeven aan de jaarlijkse monitoring van de implementatie van de herziene Code Goed Sportbestuur, met daarbij oog voor diversiteit? Wanneer verschijnt deze eerste monitor?

Antwoord:

De gezamenlijke sport herzielt op dit moment de Code Goed Sportbestuur. Naar verwachting is deze in het voorjaar van 2020 gereed. Om de nieuwe code te implementeren zullen sportbonden worden ondersteund en worden online tools voor sportclubs opgezet. Daarnaast zullen lokale sportbestuurders worden opgeleid en begeleid om met de herziene code aan de slag te gaan.

Vanaf 2021 zal onder andere via het verenigingspanel het thema diversiteit jaarlijks gemonitord worden. Daarin zal ieder jaar een ander onderwerp worden bevraagd dat in een driejaarlijkse cyclus steeds terugkomt.

Vraag 214

Hoeveel vrouwen gebruiken niet de gewenste anticonceptie uit financiële overwegingen?

Antwoord:

Het is niet bekend hoeveel vrouwen uit financiële overwegingen niet de gewenste anticonceptie gebruiken.

Vraag 215

Hoeveel vrouwen gebruiken soms geen anticonceptie vanuit financiële overwegingen?

Antwoord:

Het is niet bekend hoeveel vrouwen vanuit financiële overwegingen geen anticonceptie gebruiken.

Vraag 216

Hoeveel geld van het totale gemeentefonds van € 3.1.826.405.000 wordt in het jaar 2020 besteed aan jeugdhulp, daarbij onderverdeeld naar de verschillende soorten jeugdhulp zoals jeugdzorg, jeugd-ggz en jeugdgezondheidszorg?

Antwoord:

Het budget voor jeugdhulp is vanaf 2019 onderdeel van de algemene uitkering en valt onder de beleids- en bestedingsvrijheid van gemeenten. Het budget voor voogdij en 18+ wordt nu nog via een decentralisatie-uitkering verdeeld. Na aanpassing van het woonplaatsbeginsel in de Jeugdwet, zal, naar verwachting, ook dit deel van het jeugdhulpbudget overgeheveld worden naar de algemene uitkering. Daarom is niet op voorhand te zeggen welk deel van het totale gemeentefonds door gemeenten besteed zal worden aan jeugdhulp. Uiteraard geldt voor gemeenten wel de jeugdhulpplicht, evenals andere verplichtingen die uit de Jeugdwet voortvloeien.

Vraag 217

Hoeveel geld van het totale gemeentefonds van € 3.1.826.4050.00 krijgt iedere gemeente in 2020 voor jeugdhulp, daarbij onderverdeeld naar de verschillende soorten jeugdhulp zoals jeugdzorg, jeugd-ggz en jeugdgezondheidszorg?

Antwoord:

Vanaf 2019 maakt het grootste deel van het jeugdhulpbudget onderdeel uit van de algemene uitkering van het gemeentefonds. Het budget voor voogdij en 18+ wordt nu nog via een decentralisatie-uitkering verdeeld. Na aanpassing van het woonplaatsbeginsel in de Jeugdwet, zal, naar verwachting, ook dit deel van het jeugdhulpbudget overgeheveld worden naar de algemene uitkering. Binnen de algemene uitkering gemeentefonds is niet apart inzichtelijk welk budget een gemeente krijgt voor een specifieke taak. Een uitsplitsing naar de gevraagde categorieën is niet mogelijk. Dit sluit aan bij de systematiek van de algemene uitkering. Lokale keuzes en afwegingen passend bij de eigen gemeentelijke situatie moeten leidend zijn voor de uitgaven van individuele gemeenten, en niet de oorspronkelijke herkomst van de middelen.

Vraag 218

Hoeveel geld van het totale gemeentefonds van € 3.1.826.405.000 krijgen de 40 grootste gemeenten in 2020 voor jeugdhulp, daarbij onderverdeeld naar de verschillende soorten jeugdhulp zoals jeugdzorg, jeugd-ggz en jeugdgezondheidszorg?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag vraag 217.

Vraag 219

Hoeveel geld van het totale gemeentefonds wordt in 2019 besteed aan jeugdhulp, daarbij onderverdeeld naar de verschillende soorten jeugdhulp zoals jeugdzorg, jeugd-ggz en jeugdgezondheidszorg?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 216.

Vraag 220

Hoeveel geld van het totale gemeentefonds krijgt iedere gemeente in 2019 voor jeugdhulp, daarbij onderverdeeld naar de verschillende soorten jeugdhulp zoals jeugdzorg, jeugd-ggz en jeugdgezondheidszorg?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 217.

Vraag 221

Hoeveel geld van het totale gemeentefonds krijgen de 40 grootste gemeenten in 2019 voor jeugdhulp, daarbij onderverdeeld naar de verschillende soorten jeugdhulp zoals jeugdzorg, jeugd-ggz en jeugdgezondheidszorg?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 217.

Vraag 222

Hoeveel kinderen hebben in 2019 gebruikgemaakt van jeugdzorg, daarbij onderverdeeld naar de verschillende soorten jeugdhulp zoals jeugdzorg, jeugd-ggz en jeugdgezondheidszorg?

Antwoord:
Er is op dit moment nog geen inzicht in het gebruik van jeugdzorg in 2019. Deze gegevens worden door gemeenten in het voorjaar van 2020 aangeleverd bij het CBS. In 2018 hebben 428.000 jongeren gebruik gemaakt van jeugdzorg (jeugdhulp plus jeugdbescherming en jeugdreclassering).

Vraag 223

Hoeveel kinderen maken naar verwachting in 2020 gebruik van jeugdzorg, daarbij onderverdeeld naar de verschillende soorten jeugdhulp zoals jeugdzorg, jeugd-ggz en jeugdgezondheidszorg?

Antwoord:
Er zijn geen cijfers over het verwachte jeugdhulpgebruik. Voor de laatste cijfers uit 2018 verwijs ik naar het antwoord op vraag 222.

Vraag 224

Hoeveel kinderen zijn in 2019 uit huis geplaatst?

Antwoord:
In 2018 hebben 428.000 jongeren gebruik gemaakt van jeugdzorg (jeugdhulp plus jeugdbescherming en jeugdreclassering). Voor 2020 is nog geen inzicht in het verwachte gebruik naar jeugdzorg en onderverdeling. Het CBS publiceert in het voorjaar van 2021 het gebruik over 2020. Via de benchmark beleidsinformatie vergelijken we wel het jeugdhulpgebruik bij vergelijkbare gemeenten, regio's en jeugdhulpaanbieders om te leren welk deel van het jeugdhulpgebruik niet en wat wel door beleid is te beïnvloeden. De verhouding verschilt per onderwerp. Cijfers en onderzoeksverslagen zijn te vinden op: <https://jeugdmonitor.cbs.nl/>.

Vraag 225

Hoeveel kinderen worden naar verwachting in 2020 uit huis geplaatst?

Antwoord:
We hebben geen cijfers beschikbaar over het verwachte aantal uithuisplaatsingen. Voor de laatste aantallen in 2018 verwijs ik naar het antwoord op 224.

Via de benchmark beleidsinformatie vergelijken we wel het jeugdhulpgebruik bij vergelijkbare gemeenten, regio's en jeugdhulpaanbieders om te leren welk deel van het jeugdhulpgebruik niet en wat wel door beleid is te beïnvloeden. De verhouding verschilt per onderwerp. Cijfers en onderzoeksverslagen zijn te vinden op: <https://jeugdmonitor.cbs.nl/>.

Vraag 226

Hoeveel kinderen zitten in 2019 in een open jeugdinstelling?

Antwoord:

De jaarcijfers jeugdhulpgebruik 2019 worden op 30 april 2020 bekend gemaakt door het CBS. Er vanuit gaande dat met «open-jeugdinstelling» de gezinshuizen en andere verblijfsvormen bij jeugdhulpaanbieders (niet zijnde gesloten plaatsingen) wordt bedoeld, dan heeft het CBS over 2018 de volgende cijfers:

	2018 ¹
Gezinsgericht	6.080
Ander verblijf bij JH-aanbieder	18.090

¹ Som der delen is groter dan het totaal omdat jongeren in één jaar meerdere vormen van jeugdzorg kunnen ontvangen.

Vraag 227

Hoeveel kinderen zitten in 2019 in een gesloten jeugdinstelling?

Antwoord:

Over het lopende jaar 2019 hebben we geen cijfers over het jeugdhulpgebruik. Deze cijfers worden door het CBS op 30 april 2020 gepubliceerd. Over 2018 heeft het CBS de volgende cijfers:

	2018
Gesloten plaatsing	2.565

Vraag 228

Hoelang zitten kinderen gemiddeld in 2019 in een open jeugdinstelling?

Antwoord:

Over het lopende jaar 2019 hebben we geen cijfers over het jeugdhulpgebruik. Deze cijfers worden door het CBS op 30 april 2020 gepubliceerd. Over 2018 heeft het CBS geen gemiddelde maar wel cijfers over de duur van de trajecten onderverdeeld in periodes:

Duur van beëindigde jeugdhulptrajecten onderverdeeld in volgende periodes	Gezinsgericht	ander verblijf bij JH-aanbieder
0 tot 3 maanden	675	3.990
3 tot 6 maanden	315	1.385
6 maanden tot 1 jaar	630	1.950
1 tot 2 jaar	305	1.385
2 tot 3 jaar	125	395
3 tot 4 jaar	115	175
4 jaar of langer	100	150
Totaal duur van de beëindigde trajecten	2.260	9.430

Vraag 229

Hoelang zitten kinderen gemiddeld in 2019 in een gesloten jeugdinstelling?

Antwoord:

De jaarcijfers jeugdhulpgebruik 2019 worden op 30 april 2020 bekend gemaakt door het CBS. Over 2018 heeft het CBS geen gemiddelde maar

wel cijfers over de duur van de trajecten van gesloten plaatsing onderverdeeld in periodes:

Duur van beëindigde jeugdhulptrajecten onderverdeelde in volgende periodes	aantallen
0 tot 3 maanden	945
3 tot 6 maanden	380
6 maanden tot 1 jaar	525
1 tot 2 jaar	195
2 tot 3 jaar	25
3 tot 4 jaar	.
4 jaar of langer	.

Vraag 230

Hoeveel kinderen zitten naar verwachting in 2020 in een open jeugdinstelling?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers over het verwachte jeugdhulpgebruik 2020 in een open instelling. Voor de cijfers uit 2018 verwijs ik naar het antwoord op vraag 226. De jaarcijfers jeugdhulpgebruik 2020 worden door het CBS in het voorjaar van 2021 gepubliceerd.

Vraag 231

Hoeveel kinderen zitten naar verwachting in 2020 in een gesloten jeugdinstelling?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers over het verwachte jeugdhulpgebruik in een gesloten jeugdinstelling. Voor de cijfers uit 2018 verwijs ik naar het antwoord op vraag 227.

Vraag 232

Hoelang zitten kinderen gemiddeld naar verwachting in 2020 in een open jeugdinstelling?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar over hoelang kinderen gemiddeld naar verwachting in 2020 in een open instelling verblijven. Voor de cijfers uit 2018 verwijs ik naar het antwoord op vraag 228.

Vraag 233

Hoelang zitten kinderen gemiddeld naar verwachting in 2020 een gesloten jeugdinstelling?

Antwoord:

Er is op dit moment geen inschatting beschikbaar hoelang kinderen naar verwachting in 2020 in een gesloten instelling zullen zitten. Voor de cijfers van 2018 verwijs ik naar het antwoord op vraag 229.

Vraag 234

Wat is de gemiddelde periode dat kinderen in 2019 gebruikmaken van enige vorm van jeugdhulp, daarbij onderverdeeld naar de verschillende soorten jeugdhulp zoals jeugdzorg, jeugd-ggz en jeugdgezondheidszorg?

Antwoord:

Aangezien de vraag deels ziet op toekomstig jeugdhulpgebruik, is de vraag niet te beantwoorden. De jaarcijfers jeugdhulpgebruik 2019 worden op 30 april 2020 gepubliceerd.

Voor 2018 zijn de doorlooptijden jeugdhulp als volgt.

Duur van beëindigde jeugdhulptrajecten onderverdeeld in volgende periodes	Jeugdhulp in natura	Jeugdhulp zonder verblijf	Pleegzorg	Gezinsgericht	ander verblijf bij JH-aanbieder	gesloten plaatsing
0 tot 3 maanden	47.340	40.670	1.060	675	3.990	945
3 tot 6 maanden	40.975	38.340	560	315	1.385	380
6 maanden tot 1 jaar	62.995	59.150	740	630	1.950	525
1 tot 2 jaar	38.075	35.110	1.085	305	1.385	195
2 tot 3 jaar	11.295	10.380	370	125	395	25
3 tot 4 jaar	5.045	4.410	335	115	175	.
4 jaar of langer	3.960	3.005	705	100	150	.

Vraag 235

Wat is de gemiddelde periode dat kinderen naar verwachting in 2020 gebruikmaken van enige vorm van jeugdhulp, daarbij onderverdeeld naar de verschillende soorten jeugdhulp zoals jeugdzorg, jeugd-ggz en jeugdgezondheidszorg?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers over het verwachte jeugdhulpgebruik in 2020. Voor de meest recente cijfers uit 2018 verwijs ik naar het antwoord op vraag 234.

Via de benchmark beleidsinformatie vergelijken we wel het jeugdhulpgebruik bij vergelijkbare gemeenten, regio's en jeugdhulpaanbieders om te leren welk deel van het jeugdhulpgebruik niet en wat wel door beleid is te beïnvloeden. De verhouding verschilt per onderwerp. Cijfers en onderzoeksverslagen zijn te vinden op: <https://jeugdmonitor.cbs.nl/>.

Vraag 236

Hoeveel kinderen komen in 2019 na een afgerond traject voor de tweede keer in aanraking met jeugdhulp?

Antwoord:

Over het lopende jaar 2019 hebben we geen cijfers over het jeugdhulpgebruik. Deze cijfers worden door het CBS op 30 april 2020 gepubliceerd. In 2018 zijn 333.165 nieuwe jeugdhulptrajecten gestart, waarvan in 91.460 keren sprake is van herhaald beroep. Een jeugdhulptraject wordt als herhaald beroep gezien, als de desbetreffende jongere in de vijf jaar voorafgaand aan de verslagperiode jeugdhulp heeft ontvangen. Dat kan zijn voor hetzelfde, maar ook voor een andere hulpvraag.

Vraag 237

Hoeveel fte werkt naar verwachting in de jeugdhulp in 2020?

Antwoord:

Er zijn geen ramingen over het aantal fte in jeugdhulp in 2020. Meest recente cijfers over het 1ste kwartaal 2019 zijn 26.500 fte in de jeugdzorg, exclusief jeugd-ggz en jeugd-gehandicaptenzorg (zie ook het antwoord op vraag 240).

Vraag 238

Hoeveel personen werken naar verwachting in de jeugdhulp in 2020?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers over de verwachte werkgelegenheid in de jeugdhulp.

Vraag 239

Hoeveel fte wordt naar verwachting niet vervuld binnen de jeugdhulp in 2020?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar over het verwachte aantal niet vervulde fte binnen de jeugdhulp.

Vraag 240

Hoeveel fte werkt in de jeugdhulp in 2019?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar over het aantal fte in de jeugdhulp in 2019. Wel heeft het CBS cijfers over het aantal fte in de jeugdzorg (excl jeugd-ggz en jeugd gehandicaptenzorg). Meest recente cijfers daarvan zijn van 2019 1^{ste} kwartaal: 26.500 fte in de jeugdzorg.

Vraag 241

Hoeveel personen werken in de jeugdhulp in 2019?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar over het aantal werkzame personen in de jeugdhulp over het hele jaar 2019. Wel heeft het CBS cijfers over het aantal werkzame personen in de jeugdzorg (excl jeugd-ggz en jeugd gehandicaptenzorg). Meest recente cijfers daarvan zijn van 2019 1^{ste} kwartaal: 32.800 werkzame personen in de jeugdzorg.

Vraag 242

Hoeveel fte wordt niet vervuld binnen de jeugdhulp in 2019?

Antwoord:

Het UWV houdt een overzicht van openstaande vacatures bij per sector (zorg en welzijn), maar niet per sub-sector (jeugdhulp). Er zijn zodoende geen cijfers beschikbaar over het aantal onvervulde FTE binnen sub-sector jeugdhulp.

Vraag 243

Hoeveel gemeenten zijn onderdeel van een zorgregio in 2019?

Antwoord:

Alle gemeenten zijn onderdeel van één van de 42 jeugdregio's.

Vraag 244

Hoeveel en welke gemeenten hadden in 2018 een tekort op de balans met betrekking tot jeugdhulp?

Antwoord:

Een overzicht van tekorten die specifiek samenhangen met jeugdzorg is niet beschikbaar. Een tekort heeft zelden een eenduidige oorzaak en is meestal een resultante van een veelheid aan factoren. Om die reden laat een tekort zich in de regel niet gemakkelijk uitsplitsen naar een specifieke herkomst.

Vraag 245

Hoeveel en welke gemeenten hebben naar verwachting in 2019 een tekort op de balans met betrekking tot jeugdhulp?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 244.

Vraag 246

Hoeveel en welke gemeenten hebben naar verwachting in 2020 een tekort op de balans met betrekking tot jeugdhulp?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 244.

Vraag 247

Hoeveel extra middelen ter ondersteuning van de gemeenten voor het uitvoeren van jeugdhulp worden in 2020 toegekend?

Antwoord:
In 2020 is door het kabinet € 300 miljoen extra beschikbaar gesteld voor de jeugdzorg.

Vraag 248

Hoeveel kinderen staan momenteel op een wachtlijst voor jeugdhulp, daarbij onderverdeeld naar de verschillende soorten jeugdhulp zoals jeugdzorg, jeugd-ggz en jeugdgezondheidszorg en is hierbij sprake van een negatieve of positieve trend?

Antwoord:
Hier is geen landelijk beeld van beschikbaar. Wachtlijsten worden op regioniveau geïnventariseerd en aangepakt, aangezien de problemen en oplossingen per regio verschillen.

Vraag 249

Hoe gaat een antwoord worden geformuleerd op de vraag waar de jeugdhulpplicht begint?

Antwoord:
Eén van de thema's in de bestuurlijke afspraken met de VNG over de jeugdhulp is «normaliseren, demedicaliseren en inzet eigen kracht en preventie».
Als eerste stap in de concretisering van dit vraagstuk heeft de VNG op verzoek van de VNG-commissie Zorg, Jeugd en Onderwijs deze zomer een expertiseteam ingesteld om met een advies te komen over de reikwijdte van de jeugdhulpplicht. Dit expertiseteam is gevraagd om advies uit te brengen op basis van een analyse van de vragen waar gemeenten mee worstelen, de mogelijkheden die de jeugdwet biedt om passend aanbod te bieden aan kinderen en gezinnen en een inventarisatie van kansrijke initiatieven van gewoon opvoeden en versterken van het opvoedkundige klimaat in gezinnen, wijken, buurten, scholen en kinderopvang.
Het expertiseteam is in september 2019 van start gegaan. Naar verwachting zal het advies van het expertiseteam begin 2020 beschikbaar komen. Op basis daarvan zal bezien worden welke vervolgacties nodig zijn om te komen tot een heldere invulling van de jeugdhulpplicht.

Vraag 250

Als het aandeel van het bbp dat wordt besteed aan zorg daalt, waarom stijgen dan de lasten per volwassene?

Antwoord:
De zorgkosten zijn de afgelopen jaren gestegen, waardoor ook de lasten per volwassene zijn toegenomen. Het aandeel van het bbp dat besteed wordt aan zorg is echter gedaald. Dit komt doordat de economie harder is gegroeid dan de zorgkosten (noemer-effect).

Het is niet waarschijnlijk dat het aandeel van het bbp dat besteed wordt aan zorg blijft dalen. De economische groei is de afgelopen jaren hoog geweest, ook in vergelijking met de ons omringende landen. De economische groei vlakkt echter weer af.

Vraag 251

Welke invloed op de stijgende zorgkosten hebben factoren als bevolkingsgroei, vergrijzing, medische ontwikkelingen (aanbod) en overheidsbeleid? Kan hiervan een procentuele schatting worden gegeven?

Antwoord:

De grote drijvende krachten achter de groei van de zorguitgaven zijn demografie, welvaart en technologie. Volgens de meest recente Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) van het RIVM groeien de zorguitgaven over de premie met gemiddeld 2,9 procent per jaar. Twee derde van de toename in de totale uitgaven is toe te schrijven aan ontwikkelingen in medische technologie en welvaartstijging; een derde aan de vergrijzing en bevolkingsgroei. De trendanalyse van het RIVM analyseert de historische uitgavengroei en wijst deze toe aan demografische ontwikkelingen enerzijds en «overige» ontwikkelingen anderzijds. In de analyses van de historische data wordt beleid niet als aparte factor onderscheiden.

Vraag 252

Met hoeveel groeide de Nederlandse bevolking tussen de jaren 2000–2010 en tussen de jaren 2010–2020? Wat is de verwachte groei voor de jaren 2020–2030 en welk aandeel is toe te wijzen aan immigratie?

Antwoord:

Volgens de CBS-bevolkingsstatistieken en de meest recente CBS-bevolkingsprognose (2018–2060) groeide de omvang van de Nederlandse bevolking tussen de jaren 2000–2010 met 711.039 personen en groeit deze tussen de jaren 2010–2020 naar verwachting met 802.983 personen. De groei voor de jaren 2020–2030 bedraagt volgens het CBS naar verwachting 652.384 personen.

Om het aandeel van immigratie in de bevolkingstoename te kunnen vaststellen, zijn de migratiesaldi over de drie genoemde tijdblokken nodig. Volgens de meest recente CBS-cijfers (stand december 2018¹³) was tussen 2000–2010 de netto immigratie (immigratie minus de emigratie) 108.223 personen, is deze tussen 2010–2020 naar verwachting circa 510.000 personen en tussen 2020–2030 naar verwachting circa 430.000 personen.

Als percentage uitgedrukt is 15,2% van de bevolkingstoename tussen 2000–2010 toe te schrijven aan immigratie. Voor de perioden 2010–2020 resp. 2020–2030 gaat het naar verwachting om 63,4% resp. 65,8%.

Vraag 253

Hoeveel Spoed Eisende Hulp (SEH)-posten en afdelingen acute verloskunde zijn de afgelopen tien jaar gesloten of hebben hun openingstijden beperkt waardoor ze niet langer 24/7 open zijn?

Antwoord:

Ik verwijs u voor het antwoord op deze vraag naar het antwoord op vraag 654 en 655.

Vraag 254

Hoeveel zorgbestuurders hebben om een uitzonderingspositie voor de Wet normering topinkomens (WNT) gevraagd en hoeveel hebben deze uitzondering gekregen? Wie zijn dit en hoeveel mogen zij meer verdienen?

Antwoord:

Sinds de inwerkingtreding van de WNT in 2013 tot en met peildatum 30 september 2019 zijn er binnen de zorgsector in totaal 24 uitzonderings-

¹³ Bron <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/70737ned/table?dl=27BB4>.

verzoeken op grond van artikel 2.4 WNT ingediend. Een dergelijk verzoek ziet op een uitzondering op het WNT-maximum. Hiervan zijn er 4 gehonoreerd.

Zorginstelling	Naam topfunctionaris	Toegekende bezoldigingsnorm	Datum besluit
UMC Utrecht	mw. prof. Schneider	€ 229.043 met jaarlijkse indexatie	17-dec-15
UMC Maastricht	Mw. H.J.M.M. Mertens	€ 230.000 met jaarlijkse indexatie	22-dec-16
AMC	de heer J.A. Romijn	€ 230.000 met jaarlijkse indexatie	22-dec-16
VUmc	de heer M. Kramer	€ 230.000 met jaarlijkse indexatie	24-jan-19

Vraag 255

Hoeveel opnamestops wegens overvolle SEH-posten zijn er de afgelopen tien jaar geweest?

Antwoord:

De informatie die beschikbaar is over aantal en duur van de SEH-stops vóór 2018 staat in de NZa-monitor acute zorg, die ik u in januari heb toegezonden (TK 2018–2019, 29 247, nr. 267). Naar aanleiding van de motie-Van den Berg (TK 2018–2019, 29 247, nr. 271) en verschillende andere vragen uit uw Kamer heb ik de NZa deze zomer gevraagd nader onderzoek te doen naar het aantal SEH-stops sinds 1 januari 2018. De uitkomsten van dit onderzoek staan in mijn brief over de toegankelijkheid van de acute zorg, die u voorafgaand aan het AO acute zorg van 3 oktober jl. heeft ontvangen. In deze brief heb ik aangegeven dat de NZa onder meer heeft geconcludeerd dat de SEH's in de 4 regio's die consequent stops registreren gemiddeld in 97% van de tijd beschikbaar zijn (geen stops hebben), en dat de acute zorg voldoende toegankelijk is. Tijdens het AO acute zorg van 3 oktober heb ik toegezegd dat ik bij de NZa zal informeren of het mogelijk is om meer inzicht te krijgen in SEH-stops.

Vraag 256

Hoeveel bezoeken aan de eerste hulp door 75-plussers vonden er de afgelopen tien jaar plaats?

Antwoord:

Er zijn geen precieze gegevens van het aantal bezoeken van 75-plussers aan de spoedeisende hulp (SEH). Volgens de eerste marktscan acute zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) van september 2017 (TK 2016–2017, 29 247, nr. 236) is het aandeel patiënten boven de 75 jaar in 2013 16,8%, in 2014 17,5% in 2015 18,9% en in 2016 18,9%. Volgens de Monitor acute zorg (TK 2018–2019, 29 247, nr. 267), het vervolg op de marktscan, lijkt er vooralsnog op dat die groep in 2017 is toegenomen naar 19,5%. De volgende monitor acute zorg verschijnt in 2020.

Vraag 257

Hoeveel ziekenhuizen zijn er de afgelopen tien jaar gefuseerd, gesloten of failliet gegaan?

Antwoord:

Voor het aantal ziekenhuisfusies verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 651. Ik heb verder geen overzicht van het aantal ziekenhuizen dat in de afgelopen 10 jaar is gesloten. In de afgelopen 10 jaar zijn er vier ziekenhuizen failliet gegaan: Het Ziekenhuis De Sionsberg te Dokkum, het Ruwaard van Putten Ziekenhuis te Spijkenisse, het MC Slotervaart te Amsterdam en de MC IJsselmeerziekenhuizen met locaties in Lelystad, Emmeloord, Urk en Dronten.

Vraag 258

Kunt u, liefst in een Excelbestand, de artikelsgewijze, complete begroting aan de Kamer doen toekomen?

Antwoord:

Op <https://www.rijksfinancien.nl/open-data> en https://opendata.rijksbegroting.nl/#dataset_4a staan de budgettaire tabellen van de verschillende begrotingshoofdstukken van de rijksoverheid, waaronder die van de begroting van VWS. Er is ook een versie in Excel beschikbaar.

Vraag 259

Hoe is de verdeling van het opleidingsniveau van de buurtsportcoach?

Antwoord:

Het grootste deel (61%) van de fte combinatiefuncties afkomstig is van een opleiding op niveau hbo-5. 27% bestaat uit niveau mbo-3/4 en 9% uit niveau hbo-6/plus. Vanuit niveau mbo-1/2 en overig komt respectievelijk 2% en 2%. (Bron: Samenvatting Monitor Brede Impuls Combinatiefuncties 2018 (over 2018), BMC).

Vraag 260

Wat betekent het cijfer 32.8 voor de jeugdzorg binnen de VWS-monitor?

Antwoord:

Dit betreft de werkgelegenheid in de jeugdzorg afkomstig uit AZW-info (https://www.azwinfo.nl/jive/jive/jive?presel_code=wg_werknemers&cat_open_code=nat_wg_fp). In de VWS-monitor die tegelijkertijd met de ontwerpbegroting 2020 naar uw Kamer is verzonden is de werkgelegenheid op basis van AZW-info opgenomen voor de jaren 2019, 2012, 2015, 2016 en 2017.

Vraag 261

Welke soorten instellingen en soorten jeugdhulp worden geschaard onder «jeugdhulp zonder verblijf» binnen de VWS-monitor?

Antwoord:

In het Informatieprotocol Beleidsinformatie Jeugd van het CBS (recentste versie) is deze als volgt gedefinieerd:

Jeugdhulp zonder verblijf:

- Uitgevoerd door het wijk- of buurtteam
- Niet uitgevoerd door het wijk- of buurtteam:
 - o Ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder
 - o Daghulp op locatie van de aanbieder
 - o Jeugdhulp in het netwerk van de jeugdige

Vraag 262

Klopt het dat 82% van de aanvragen voor de SPUK-regeling wordt toegekend? Wat gebeurt er met de overige 18%?

Antwoord:

Nee. Per aanvraag wordt 82% van het totaal ingediende bedrag toegekend. Er vindt dus een naar rato toekenning op alle aanvragen plaats. Bij de overige 18% moet blijken in 2021 in hoeverre dit btw-nadeel daadwerkelijk is opgetreden. Bij de afrekening zal binnen het beschikbare financiële kader vereffening plaatsvinden. Bovenstaande leidt tot een extra compensatie waarmee ik meen volledig tegemoet te komen aan de gemeenten voor het nadeel dat zij hebben door de verruiming van de btw-sportvrijstelling, zoals ook is opgenomen in de brief die ik aan uw Kamer heb verzonden op 24 september jl. (TK 30 234, nr. 233).

Vraag 263

Wat kost het onnodig bezet houden van ziekenhuisbedden door ouderen die nog niet naar huis kunnen?

Antwoord:

Bij de beantwoording van deze vraag ga ik uit van de kosten van zogenoemde «verkeerde bedden». Een «verkeerd bed» is in de beleidsregels van de NZa gedefinieerd als noodgedwongen verblijf in een instelling voor medisch specialistische zorg na een opname, dat tot stand komt omdat er geen mogelijkheid is tot opname in een instelling die Wlz zorg met verblijf biedt. Voor een «verkeerd bed» kunnen ziekenhuizen op basis van NZa-beleidsregels in 2019 een Wlz-tarief declareren van maximaal € 293,16 per dag. Op basis van gegevens van het Zorginstituut is te zien dat de declaraties «verkeerde bedden» een verwacht macrobeslag heeft van ruim € 8 miljoen in 2019. Ik sluit niet uit dat dit cijfer geen compleet beeld geeft van de in deze vraag bedoelde kosten, omdat ziekenhuizen de kosten van «onnodige bezetting» mogelijk niet volledig of op een andere manier declareren.

Vraag 264

Kunt u aangeven welke subsidies er binnen het beleidsartikel Sport verstrekt worden en aan welke organisaties? Kunt u per verstrekking aangeven of deze juridisch verplicht is en kunt u aangeven wanneer de subsidietermijn afloopt?

Antwoord:

Binnen het beleidsartikel Sport worden de volgende juridisch verplichte subsidies verstrekt:

Inclusief sporten

- Sporthulpmiddelen aan de organisatie Special Heroes, termijn t/m 2020;
- Vervoer sporters aan de organisatie Special Heroes, termijn t/m 2020;
- Jeugdsportfonds, termijn t/m 2022;
- Healthy Athletes aan de organisatie Special Olympics, termijn t/m 2020;
- Alliantie sportakkoord, diverse organisaties (o.a. MEE, Fonds Gehandicaptensport, Sportkracht 12, Life Goals, Nationaal Ouderenfonds), termijn t/m 2021.

Vaardig in bewegen/Sport en bewegen in de buurt

- Sportblessurepreventie aan de organisatie VeiligheidNL, termijn t/m 2020;
- Koningspelen aan de organisatie Krajicek Foundation, termijn t/m 2020;
- Plan Zwemvaardigheid, aan de organisatie NPZ, termijn t/m 2020.

Duurzame en toegankelijke sportaccommodaties

- Bouw en Onderhoud Sportaccommodaties en Sportmaterialen (BOSA) aan honderden verschillende sportverenigingen/instellingen, termijnen variëren van 2020 t/m 2022.

Vitale sportaanbieders

- Versterken van bonden en verenigingen aan de organisatie NOC*NSF, termijn t/m 2021;
- Uitwerking Sportakkoord sportlijn 2019–2021 aan de organisatie NOC*NSF, termijn t/m 2021;
- Ondersteuningsstructuur Sportakkoord en buurtsportcoaches aan de organisatie VSG, termijn t/m 2022.

Positieve sportcultuur

- Sport en gedrag aan de organisatie HALT, termijn loopt t/m 2020;
- Instituut sportrechtspraak, termijn t/m 2020;
- Vechtsportautoriteit, termijn t/m 2020;
- De Stilte verbroken, termijn t/m 2021;
- Integriteit aan de organisatie NOC*NSF, termijn t/m 2021.

Topsport en evenementen

- Topsportprogramma aan de organisatie NOC*NSF, termijn loopt t/m 2020;
- Diverse subsidies voor sportevenementen (o.a. Volleybalbond EK heren, Watersportverbond WK zeilen, Papendal WK BMX, Events KNVB, EURO 2020), termijnen variëren van 2020 t/m 2022.

Kennis en Innovatie

- Instellingsubsidie Kenniscentrum sport, termijn t/m 2020;
- Instellingssubsidie Mulierinstituut, termijn t/m 2020.

Vraag 265

Welk kader heeft de Nederlandse Sportraad gekregen als taakopdracht?

Antwoord:

Het kader voor de Nederlandse Sportraad is vastgelegd in het Instellingsbesluit Nederlandse Sportraad, d.d. 17 mei 2016¹⁴. In de brief aan uw Kamer van mijn voorganger van 20 november 2015 zijn daarvoor de inhoudelijke uitgangspunten beschreven, zoals zorgen voor meer rendabele sportevenementen, de impact van evenementen op sportparticipatie en integratie vergroten en het benutten van sportinnovaties en maatschappelijke toepassingen (TK 30 234, nr. 142).

Vraag 266

Hebben er ook experts, dan wel organisaties op het gebied van topsportevenementen zitting in de Sportraad?

Antwoord:

Ja. Een groot aantal leden van de NLsportraad beschikt over expertise op het gebied van topsportevenementen.

Vraag 267

Wat is de status van een eventueel interdepartementaal Sportakkoord?

Antwoord:

Op het Nationaal Sportakkoord hebben diverse departementen meegetekend waaronder OCW, SZW en IenW. Daarmee verbindt het Nationaal Sportakkoord meerdere departementen.

Vraag 268

Welke expertisegebieden ontbreken er bij de leden van de Nederlandse Sportraad?

Antwoord:

Het is niet mogelijk om dat aan te geven. Wel constateer ik dat de Nederlandse Sportraad goed in staat is om de expertise in te schakelen die nodig is voor zijn adviezen. Wanneer die expertise niet voorhanden is in de raad zelf, schakelt hij externe experts in.

¹⁴ Staatsblad 2016, nr. 207.

Vraag 269

In hoeverre valt programmalijn 3 binnen het kader van de opdracht voor de Nederlandse Sportraad?

Antwoord:

In het meerjarige werkprogramma 2018–2020, dat mijn voorganger in september 2017 aan uw Kamer heeft aangeboden, is de Nederlandse Sportraad gekomen tot de drie programmalijnen om te adviseren over thema's die breder gaan dan de oorspronkelijke taak van advisering over sportevenementen. Binnen de programmalijnen wordt door de NLSportraad zowel gevraagd als ongevraagd advies gegeven over de betreffende onderwerpen.

Vraag 270

Is de Minister initiator van programmalijn 2 van het werkprogramma van de Nederlandse Sportraad?

Antwoord:

De adviezen in programmalijn 2 zijn het initiatief van de Nederlandse Sportraad. In het werkplan 2019 had de raad al eerder voorzien om een onderzoek te doen naar financiering en organisatie van de sport. De drie strategische partners van het Sportakkoord hebben daarom, na overleg met de Raad, besloten om het vraagstuk om te komen tot een onderzoek naar «de organisatie en de financiering van de sport om op basis daarvan te komen tot scenario's voor de toekomst» ook bij de Sportraad te beleggen.

Vraag 271

Wat zijn de kosten om programmalijn 3 uit het werkprogramma van de Nederlandse Sportraad uit te voeren?

Antwoord:

De Sportraad maakt geen volledige uitsplitsing van haar budget per programmalijn. Het is daarom niet bekend welke kosten samenhangen met programmalijn 3.

Vraag 272

Wie is de initiatiefnemer van de onderwerpen die genoemd worden bij programmalijn 3 uit het werkprogramma van de Nederlandse Sportraad?

Antwoord:

Het initiatief voor de onderwerpen die genoemd worden bij programmalijn 3 van het werkprogramma van de Nederlandse Sportraad, ligt bij de Raad zelf.

Vraag 273

Hoeveel procent van de zorgkosten wordt uitgegeven aan personeelskosten?

Antwoord:

Het aandeel personeelskosten in de totale bedrijfskosten in de zorg varieert enigszins tussen verschillende categorieën van zorginstellingen en ligt ongeveer op tweederde. De meest recente cijfers betreffen het jaar 2017:

	86101					87901			87902
Zorginstellingen	Universitair	86102	86103	86104 GGZ	8720+87301	Jeugdzorg	88991	Verpleeg-,	Maatschapp
(SBI 2008)	medische	Algemene	Categorale	met	Gehandicapt	met	Ambulante	verzorgingsh	elijke opvang
	centra	ziekenhuizen	ziekenhuizen	overnachting	enzorg	overnachting	jeugdzorg	uizen,	(24-uurs)
%	61	51	64	75	71	72	72	74	52

Bron: CBS

Vraag 274

Wat is op dit moment het personeelstekort, uitgedrukt in aantallen, uitgesplitst naar de verschillende wetten (Zvw, Wlz, Wmo en Jeugdwet)?

Antwoord:

Zoals aangegeven in de voortgangsrapportage van het Actieprogramma Werken in de Zorg die ik dit voorjaar naar uw Kamer heb gestuurd, bedraagt het verwachte tekort in 2022 circa 80 duizend personen. Een uitsplitsing naar de verschillende wetten is daarbij niet voorhanden.

Vraag 275

Hoeveel verpleegkundigen komt Nederland tekort, indien mogelijk uitgesplitst naar de verschillende wetten en indien mogelijk uitgesplitst per regio?

Antwoord:

Als geen maatregelen worden getroffen bedraagt het verwachte tekort aan verpleegkundigen in 2022 circa 52.200. In onderstaande tabel is het verwachte tekort aan verpleegkundigen tevens uitgesplitst naar RegioPlus-regio. Hierbij is uitgegaan van de landelijke uitgangspunten, namelijk het zogenaamde hoge scenario¹⁵ van het model zorggebruik en zonder rekening te houden met de branche kinderopvang. Dit kan afwijken van de cijfers die regio's hanteren, omdat zij op basis van hun eigen regionale inzichten een voor hen meest passend scenario hanteren. Een uitsplitsing van het verwachte tekort naar wetten is niet voor handen.

¹⁵ Naast het hoge scenario kan in het modelzorggebruik ook worden gekozen voor een midden of laag scenario.

Verwachte tekort aan verpleegkundigen in 2022, per RegioPlus-regio (afgerond op honderdtallen)

Achterhoek	1.000
Amersfoort en omgeving	1.100
Amstelland, Kennemerland en Meerlanden	2.000
Amsterdam	2.800
Drechtsteden	1.100
Drenthe	1.500
Flevoland	600
Friesland	2.000
Gooi- en Vechtstreek	800
Groningen	1.500
Haaglanden	3.100
IJssel-Vecht	1.000
Midden-Brabant	1.500
Midden-Gelderland	1.700
Noord- en Midden-Limburg	1.800
Noord-Holland Noord	2.200
Noordoost-Brabant	2.400
Noordwest-Veluwe en Stedendriehoek	2.400
Rijnmond	2.900
Rijnstreek	3.200
Twente	1.600
Utrecht	3.100
West-Brabant	1.900
Zaanstreek en Waterland	1.000
Zeeland	900
Zuid-Limburg	2.300
Zuidoost-Brabant	2.600
Zuid-West Gelderland	2.100
Totaal Nederland	52.200¹

¹ Vanwege afrondingverschillen telt het totaal van de regio's niet op tot het totaal voor Nederland.

Bron: Prismant, model zorggebruik

Vraag 276

Hoeveel verzorgenden komt Nederland tekort, indien mogelijk uitgesplitst naar de verschillende wetten en indien mogelijk uitgesplitst per regio?

Antwoord:

Als geen maatregelen worden getroffen bedraagt het verwachte tekort aan verzorgenden (niveau 3) in 2022 circa 52.200. In onderstaande tabel is het verwachte tekort aan verzorgenden tevens uitgesplitst naar RegioPlus-regio. Hierbij is uitgegaan van de landelijke uitgangspunten, namelijk het zogenaamde hoge scenario¹⁶ van het model zorggebruik en zonder rekening te houden met de branche kinderopvang. Dit kan afwijken van de cijfers die regio's hanteren, omdat zij op basis van hun eigen regionale inzichten een voor hen meest passend scenario hanteren. Een uitsplitsing van het verwachte tekort naar wetten is niet voor handen.

¹⁶ Naast het hoge scenario kan in het modelzorggebruik ook worden gekozen voor een midden of laag scenario.

Verwachte tekort aan verzorgenden in 2022, per RegioPlus-regio (afgerond op honderdtallen)

Achterhoek	300
Amersfoort en omgeving	500
Amstelland, Kennemerland en Meerlanden	1.600
Amsterdam	300
Drechtsteden	500
Drenthe	500
Flevoland	100
Friesland	300
Gooi- en Vechtstreek	500
Groningen	100
Haaglanden	1.300
IJssel-Vecht	300
Midden-Brabant	600
Midden-Gelderland	700
Noord- en Midden-Limburg	1.400
Noord-Holland Noord	800
Noordoost-Brabant	1.100
Noordwest-Veluwe en Stedendriehoek	700
Rijnmond	400
Rijnstreek	1.600
Twente	600
Utrecht	1.400
West-Brabant	1.100
Zaanstreek en Waterland	800
Zeeland	200
Zuid-Limburg	1.400
Zuidoost-Brabant	1.900
Zuid-West Gelderland	700
Totaal Nederland	21.200¹

¹ Vanwege afrondingverschillen telt het totaal van de regio's niet op tot aantal voor Nederland.

Bron: Prismant, model zorggebruik

Vraag 277

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de gesprekken over de vergoeding van systeemtherapie?

Antwoord:

De interventie systeemtherapie kan alleen vanuit de Zvw worden vergoed als onderdeel van de behandeling van een DSM-stoornis. Op die manier heeft systeemtherapie ook op dit moment al een plek in de verzekerde ggz.

Daarnaast heeft de Nederlandse Vereniging van Relatie- en Gezinstherapeuten mij laten weten dat zij het gesprek voert met Zorgverzekeraars Nederland over meer inzet van systeemtherapie in de behandeling van ggz-problematiek.

Vraag 278

Hoeveel artsen komt Nederland tekort, indien mogelijk uitgesplitst naar de verschillende wetten en indien mogelijk uitgesplitst per regio? Hoeveel daarvan zijn medisch specialist?

Antwoord:

Er is sprake van een bestaand of toekomstig tekort, als er niet voldoende wordt opgeleid om in de huidige of toekomstige behoefte te voorzien. Voor de medische vervolgopleidingen die door VWS gefinancierd worden, bepaalt het Capaciteitsorgaan de toekomstige behoefte. Het Capaciteitsorgaan monitort de aantallen beschikbare werkzame artsen en raamt op basis van de behoefte periodiek de benodigde instroom in diverse medische vervolgopleidingen.

Als er conform de instroomramingen wordt opgeleid, zouden er idealiter geen tekorten (meer) moeten zijn. Wanneer de gerealiseerde instroom

structureel achterblijft op de geadviseerde instroom, ontstaan tekorten. Voor onderstaande beroepen bleef de instroom in 2019 achter bij de raming:

Beroep	Advies	Instroom	Wet
Specialist ouderengeneeskunde	186	127	Wlz
Arts Verstandelijk Gehandicapten	24	16	Wlz
Jeugdarts eerste Fase	102	64	Wpg
Jeugdarts tweede Fase	40	15	Wpg
Medisch Milieukundige tweede fase	2	0	Wpg
Arts infectieziektebestrijding eerste fase	20	17	Wpg
Arts infectieziektebestrijding tweede fase	16	3	Wpg
Arts tuberculosebestrijding eerste fase	2	0	Wpg
Arts tuberculosebestrijding tweede fase	2	1	Wpg
Forensisch arts	15	13	Wet op de Lijkbezorging

Bij de klinische medische specialismen wordt de instroom jaarlijks nagenoeg geheel gerealiseerd. Informatie per regio is niet beschikbaar.

Vraag 279

Hoeveel geld wordt er uitgegeven aan slimme zorg om personeel te vervangen of te ondersteunen om zo de arbeidsmarktproblematiek aan te pakken?

Antwoord:

Er is geen overzicht van hoeveel wordt uitgegeven aan slimme zorg. Digitaal is het nieuwe normaal en een logisch onderdeel van zorg en ondersteuning. Verschillende maatregelen dragen bij aan de ontwikkeling van slimme zorg. Met het hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg is tot en met 2023 € 425 miljoen beschikbaar aan transformatiemiddelen, die ook ingezet kunnen worden voor slimme zorg. Voor het vergroten van de inzet van e-health, zorgvernieuwing en opschaling is voor 2020 in totaal € 27 mln beschikbaar het vergroten van de kennis en (digi)vaardigheden bij patiënten en professionals, de start van het gebruik van persoonlijke gezondheidsomgevingen en hulpmiddelen om mensen wegwijs te maken in de veelheid van meer dan 300.000 gezondheidsapps, en te kiezen voor apps die echt werken. Direct gericht op personeel investeren we met het Actieprogramma *Werken in de Zorg* met subsidie-regeling SectorplanPlus € 420 miljoen in scholing en opleiding van (nieuw) personeel, onder andere om het huidige personeel te ondersteunen. Met de Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg (KIPZ) is voor ziekenhuizen jaarlijks ruim € 200 miljoen beschikbaar voor het bijscholen van personeel, bijvoorbeeld gericht op het gebruik van nieuwe technologie. Gericht op taakherschikking is het jaarlijks budget voor de opleiding tot physician assistant en verpleegkundig specialist € 38 miljoen.

Vraag 280

Hoeveel geld wordt er uitgegeven om de instroom van personeel in de zorg te stimuleren?

Antwoord:

Instroom van personeel is afhankelijk van een veelheid van actoren en factoren, die veelal met elkaar samenhangen. De inzet sec op instroom is daar niet uit te isoleren. Gericht op goede arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden en het kunnen bieden van een marktconforme loonontwikkeling wordt jaarlijks de overheidsbijdrage in de arbeidskosten ter beschikking gesteld. Over 2019 is dit circa € 1,7 miljard. Dit wordt toegevoegd aan de bestaande budgetten voor arbeidsvoorwaarden,

waaruit lonen maar ook andere op behoud gerichte arbeidsvoorwaarden worden gefinancierd.

Daarnaast wordt extra geïnvesteerd via het Actieprogramma «Werken in de zorg»:

- De subsidie SectorplanPlus wordt voor het aanstaande vierde tijdvak verbreed naar inzet op behoud. Voor dit tijdvak is in totaal € 130 miljoen beschikbaar waarmee het totaal over de gehele looptijd 2017–2021 op € 420 mln. komt.
- Via «Sterk in je Werk plus» is voor de periode 2019–2021 een bedrag van € 15 mln. gereserveerd voor loopbaanoriëntatie en -begeleiding voor (nieuwe en zittende) medewerkers.
- Campagne «Ik Zorg» (€ 8 miljoen: 4 miljoen in 2018 en 2 miljoen in 2019 en € 2 miljoen in 2020) waarin de zorgmedewerker centraal staat

Vraag 281

Hoeveel geld wordt er uitgegeven om de uitstroom van personeel uit de zorg te voorkomen?

Antwoord:

Uitstroom en behoud van personeel is het gevolg van een veelheid aan factoren. Op veel van deze factoren zet het Actieprogramma «Werken in de zorg» in. Hiervoor zet ik € 420 miljoen in. Het is echter niet mogelijk om uit de inzet van het Actieprogramma (zie hiervoor het antwoord op vraag 3) de inzet op uitstroom te isoleren. Zo is bijvoorbeeld een van de doelen van de inzet op extra instroom van personeel het verlagen van de werkdruk. Daarmee wordt de werktevredenheid van zorgmedewerkers verhoogt en zal uitstroom voorkomen worden. Ook de aanpak van de regeldruk helpt bij het vergroten van werkplezier en draagt dus bij aan het verlagen van de uitstroom.

Vraag 282

Hoeveel geld wordt er uitgegeven om personeel in de zorg te behouden?

Antwoord:

Behoud van personeel is afhankelijk van een veelheid van actoren en factoren, die veelal met elkaar samenhangen. De inzet sec op behoud is daar niet uit te isoleren. Gericht op goede arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden en het kunnen bieden van een marktconforme loonontwikkeling wordt jaarlijks de overheidsbijdrage in de arbeidskosten ter beschikking gesteld. Over 2019 is dit circa € 1,7 miljard. Dit wordt toegevoegd aan de bestaande budgetten voor arbeidsvoorwaarden, waaruit lonen maar ook andere op behoud gerichte arbeidsvoorwaarden worden gefinancierd.

Daarnaast wordt extra geïnvesteerd via het Actieprogramma «Werken in de zorg»:

- De subsidie SectorplanPlus wordt voor het aanstaande vierde tijdvak verbreed naar inzet op behoud. Voor dit tijdvak is in totaal € 130 miljoen beschikbaar waarmee het totaal over de gehele looptijd 2017–2021 op € 420 mln. komt.
- Via «Sterk in je Werk plus» is voor de periode 2019–2021 een bedrag van € 15 mln. gereserveerd voor loopbaanoriëntatie en -begeleiding voor (nieuwe en zittende) medewerkers.
- Campagne «Ik Zorg» (€ 8 miljoen: 4 miljoen in 2018 en 2 miljoen in 2019 en € 2 miljoen in 2020) waarin de zorgmedewerker centraal staat

Vraag 283

Wat zijn de resultaten tot dusver van het actieprogramma Werken in de zorg?

Antwoord:

Het aanvankelijk geraamde tekort van 100.000–125.000 personen in 2022 is dit jaar geraamd op 80.000 personen in 2022. Dit nieuwe cijfer is een gevolg van een aangepaste rekenmethode en daadwerkelijk toegenomen instroom in de sector. Er wordt twee keer per jaar uitgebreid gerapporteerd over de voortgang van het actieprogramma *Werken in de zorg*. Voor de meest actuele informatie verwijs ik u naar de rapportage van afgelopen voorjaar¹⁷. In het laatste kwartaal volgt een nieuwe voortgangsrapportage

Vraag 284

Wat zijn de meest recente percentages instroom en uitstroom in de zorg, uitgesplitst naar de verschillende wetten (Zvw, Wlz, Wmo en Jeugdwet)?

Antwoord:

Cijfers over in- en uitstroom van werknemers in de zorg zijn niet beschikbaar uitgesplitst naar de verschillende genoemde wetten. Voor geheel zorg en welzijn zijn de gevraagde percentages in onderstaande tabel weergegeven, op basis van de meest recente cijfers van het CBS.

Tabel instroom en uitstroom werknemers, als percentage van het totaal aantal werknemers, meetmoment eerste kwartaal 2019

	% instroom	% uitstroom
Zorg en welzijn totaal (excl. kinderopvang)	12,4%	9,3%

Bron: CBS AZW Statline

Vraag 285

Hoe kijken de verschillende beroepsgroepen tegen taakherschikking aan?

Antwoord:

Gezien de arbeidsmarkttekorten, de vergrijzing en de veranderende zorgvraag is taakherschikking een belangrijk instrument. Taakherschikking past bij het idee dat iedere professional moet doen waar hij goed in is – de juiste zorgverlener op de juiste plek – en de patiënt hierbij maximaal wordt geholpen. Dit komt het werkplezier, de kwaliteit én de efficiency van professionals ten goede en daarmee de effectiviteit van de zorg.

Inmiddels is gebleken dat taakherschikking een succesvol instrument is voor het leveren van doelmatige en kwalitatief hoge zorg. Dat is ook terug te zien in diverse onderzoeken, die positieve effecten aantonen in termen van toegankelijkheid, kwaliteit van zorg en patiënttevredenheid. Graag verwijs ik u naar de resultaten van het onderzoek naar de financiële effecten van taakherschikking (Radboud UMC, 2019) zoals met u gedeeld in mijn brief d.d. 20 februari 2019 (TK 31 016, nr. 211).

Een goed voorbeeld van taakherschikking is de inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist in de zorg. Zij nemen steeds meer taken over van medisch specialisten en huisartsen. Vanuit de betrokken beroepsgroepen bereiken mij veel positieve geluiden hierover. In het kader van taakherschikking lopen op dit moment ook experimenten met de Bachelor Medisch Hulpverlener en start volgend jaar het experiment van de geregistreerd-mondhygiënist.

Taakherschikking zal door de invloed van technologie alleen maar toenemen. Een mooi beroep dat inspeelt op toenemend gebruik van technologie in de zorg is de klinisch technoloog. Dit beroep is een voorbeeld van een succesvol experiment conform de Wet BIG. De

¹⁷ Kamerstukken, vergaderjaar 2018–2019, 29 282, nr. 361.

aangenomen wetswijziging tot definitieve regulering van de klinisch technoloog in de Wet BIG zal naar verwachting in het voorjaar van 2020 inwerkingtreden.

Terughoudendheid met betrekking tot taakherschikking ben ik tegen gekomen in het kader van het onderzoek «Zorgverplaatsing naar de paramedische sector: lokale kansen verzilveren op nationaal niveau» (TK 29 689, nr. 994). De onderzoekers concluderen dat het starten van een initiatief afhangt van de omvang van de patiëntengroep, de organisatiegraad van de (para)medici, de noodzaak en urgentie van zorgverschuiving en draagvlak. Daarnaast ben ik bij de beantwoording van de voorhang van het concept tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid geregistreerd-mondhygiënist (Kamerstuk 32 620, nr.217) uitgebreid ingegaan op de verschillende opvattingen van de betrokken beroepsgroepen bij de tijdelijke uitbreiding van de bevoegdheden van (geregistreerd-) mondhygiënist.

Vraag 286

Hoeveel werkgevers in Nederland zetten op dit moment in op jobcarving en jobcrafting? Wat zijn de meest recente resultaten daarvan?

Antwoord:

Met het actieprogramma *Werken in de zorg* zetten we erop in dat meer werkgevers gebruik maken van de mogelijkheden van jobcarving en jobcrafting. Er zijn geen cijfers beschikbaar over hoeveel werkgevers in Nederland inzetten op jobcarving en jobcrafting. Iedere werkgever zal zelf de afweging maken of en hoe dit te doen. Er bestaan goede voorbeelden. Er zijn verschillende initiatieven gericht de inzet van de assistent zorg en welzijn, bijvoorbeeld door de Zorggroep Noorderboog in Noordoost-Nederland, vakschool de Zorgwacht in Utrecht en Thuis Opmaat in Rotterdam. Dit is een nieuwe functie op mbo-niveau 1. Hiermee krijgen meer mensen de mogelijkheid om aan de slag te gaan in de zorg en zorgorganisaties hebben zo extra krachten. We zien dat werkgevers nog veel van elkaar kunnen leren. Dit is waar het Actielearnetwerk op inzet. In eerste instantie met het in kaart brengen en laten zien van goede voorbeelden en hoe organisaties die kunnen toepassen in de eigen organisatie heeft het Actielearnetwerk een facilitatorspool gevormd. Organisaties en netwerken die concreet met actieleren aan de slag willen gaan en daarbij externe ondersteuning nodig hebben, kunnen vanuit die pool begeleiding bij actieleren inhuren, bijvoorbeeld voor actieleren rondom jobcarving en jobcrafting.

Vraag 287

Kunt u een update geven van de zorg voor mensen na coma met niet-aangeboren hersenletsel? Zijn hier ontwikkelingen te melden?

Antwoord:

In februari heb ik de Kamer naar aanleiding van vragen van Kamerlid Van den Berg geïnformeerd (Aanhangsel van de Handelingen, 2018–2019 nr. 1411) over de voortgang om tot een goedlopende zorgketen te komen voor mensen met een langdurige bewustzijnsstoornis (LBS).

In deze beantwoording heb ik toegelicht dat partijen de komende periode gezamenlijk werken aan de implementatie van de aanbevelingen uit het rapport *Passende zorg voor mensen met een lage bewustzijnsstoornis* (2018). Dat rapport betreft een beschrijving van wat goede ketenzorg is voor iemand met een langdurige bewustzijnsstoornis. Partijen hebben mij laten weten dat er de afgelopen maanden verdere stappen zijn gezet in het verbeteren van deze zorgketen. Zo wordt verder onderzoek naar de zorgketen gestart. Ook wordt door partijen uitwerking gegeven aan een

passende bekostiging voor langdurige intensieve neurorevalidatie. Ten slotte werken partijen aan het opzetten van een specialistisch mobiel team voor het verrichten van diagnostiek ter plaatse en het opzetten van een diagnostisch centrum voor nader onderzoek naar de diagnoses. Het streven is dat beiden per 2020 van start gaan.

Vraag 288

Kunt u aangeven hoe het staat met de besteding van de middelen voor Waardig ouder worden die voor deze regeerperiode beschikbaar zijn gesteld? Kunt u dit uitsplitsen per post zoals dit in het regeerakkoord staat?

Antwoord:

Omschrijving	2018	2019	2020	2021	2022
Totaal waardig ouder worden cf. Regeerakkoord	50	50	50	30	30
wv. Campagne herwaardering ouderdom	2	2	2	0	0
Kasschuif onderuitputting 2018	- 1,4	1	0,2	0,2	
Einde jaarsmarge 2018	- 0,4	0,4			
Kasschuif onderuitputting 2019		- 1	1		
<i>Nieuw totaal Campagne herwaardering ouderdom</i>	<i>0,2</i>	<i>2,4</i>	<i>3,2</i>	<i>0,2</i>	<i>0</i>
wv. Bestrijding eenzaamheid	8	8	8	5	5
Einde jaarsmarge 2018	-0,4	0,4			
Kasschuif onderuitputting 2019		- 2,5	2	0,5	
<i>Nieuw totaal Bestrijding eenzaamheid</i>	<i>7,6</i>	<i>5,9</i>	<i>10</i>	<i>5,5</i>	<i>5</i>
wv. Versteving respijtzorg en dagopvang	10	10	10	5	5
Kasschuif onderuitputting 2018	- 6,5	1	1	2	2,5
Eindejaarsmarge 2018	- 1,6	1,6			
Kasschuif onderuitputting 2019		- 1,2	1,2		
<i>Nieuw totaal Versteving respijtzorg en dagopvang</i>	<i>1,9</i>	<i>11,4</i>	<i>12,2</i>	<i>7</i>	<i>7,5</i>
wv. Landelijke vrijwilligersorganisaties	2	2	2	2	2
Kasschuif onderuitputting 2018	- 1,6	1,1	0,5		
Eindejaarsmarge 2018	- 0,3	0,3			
Kasschuif onderuitputting 2019		- 1	1		
<i>Nieuw totaal Landelijke vrijwilligersorganisaties</i>	<i>0,1</i>	<i>2,4</i>	<i>3,5</i>	<i>2</i>	<i>2</i>
wv. Palliatieve zorg	8	8	8	8	8
Kasschuif onderuitputting 2018	- 1,6	1,6			
Eindejaarsmarge 2018	- 0,4	0,4			
<i>Nieuw totaal Palliatieve zorg</i>	<i>6</i>	<i>10</i>	<i>8</i>	<i>8</i>	<i>8</i>
wv. Levensbegeleiders/geestelijke verzorging	10	10	10	5	5
Kasschuif onderuitputting 2018	- 10	2	5	3	
<i>Nieuw totaal Levensbegeleiders/geestelijke verzorging</i>	<i>0</i>	<i>12</i>	<i>15</i>	<i>8</i>	<i>5</i>
wv. Crisiszorg ouderen	10	10	10	5	5
Kasschuif onderuitputting 2018	- 3,9			3,9	
Kasschuif onderuitputting 2019		- 1,2	1,2		
<i>Nieuw totaal Crisiszorg ouderen</i>	<i>6,1</i>	<i>8,8</i>	<i>11,2</i>	<i>8,9</i>	<i>5</i>
<i>Totaal waardig ouder worden na aftrek onderuitputting</i>	<i>21,9</i>	<i>52,9</i>	<i>63,1</i>	<i>39,6</i>	<i>32,5</i>
<i>Kasschuif onderuitputting + eindejaarsmarge 2018</i>	<i>- 28,1</i>	<i>9,8</i>	<i>6,7</i>	<i>9,1</i>	<i>2,5</i>
<i>Kasschuif onderuitputting 2019</i>	<i>0</i>	<i>- 6,9</i>	<i>6,4</i>	<i>0,5</i>	<i>0</i>

Door afronding kunnen de totalen niet overeenkomen met de som der onderdelen.

Vraag 289

Kunt u aangeven hoe het staat met de besteding van de middelen voor preventie van onbedoelde zwangerschap die voor deze regeerperiode

beschikbaar zijn gesteld? Kunt u dit uitsplitsen per onderdeel van het zevenpuntenplan?

Antwoord:

Toelichting tabel besteding middelen Preventie onbedoelde zwangerschappen.

- Bij punt 1, het onderdeel «ophogen van het ondersteuningsaanbod van € 3.000 naar € 8.000» geldt dat het bedrag dat in 2019 wordt uitgegeven op dit moment nog een inschatting is. De scholen moeten zich nog aanmelden, omdat dit pas deze zomer besloten is. Voor verdere informatie verwijs ik u graag naar kamerbrieven TK 32 239 nr. 7 en nr. 402.
- Bij punt 3 «open house keuzehulpgesprekken» uit de tabel (de ondersteuning van onbedoelde zwangerschap) is het bedrag een inschatting. De keuzehulpgesprekken worden via een open house financiering bekostigd (zie kamerbrieven TK 32 279, nr. 123 en nr. 128). Dit betekent dat de drie partijen die mee doen aan de open house iedere maand een factuur in kunnen dienen. Pas aan het eind van 2019 weet ik daarom wat exact aan dit onderdeel is uitgegeven.
- De bedragen voor het programma Nu Niet Zwanger en voor de beleidsoptimalisatie 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 gecommuniceerd. 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

Tabel: besteding middelen onbedoelde zwangerschappen.

Zevenpuntenplan en monitoring	Actie	2018	2019	2020	2021
1. Collectieve preventie	Publiekscampagne	–	1	1	–
	Masterplan onderwijs	–	–	6,8	6,8
	Coördinatie masterplan onderwijs	0,06	0,025	Zie bij masterplan onderwijs	–
	Voor extra scholen via Gezonde School (103 scholen)	0,03	0,515	Zie bij masterplan onderwijs	–
	Voor extra monitoring op scholen via Gezonde School	–	0,444	Zie bij masterplan onderwijs	–
	Voor extra handen Gezonde School	–	0,08	Zie bij masterplan onderwijs	–
	Voor ophogen ondersteuningsaanbod van € 3.000 naar € 8.000	–	0,5 dit is een inschatting	Zie bij masterplan onderwijs	–
	Subsidie Siriz preventielessen	–	0,25	–	–
	Behoefteninventarisatie onderwijs door RIVM (inclusief PO)	–	0,134	–	–
	Stimulering erkenningsproces via RIVM	–	0,09	0,09	0,09
2. Groepen met hoog risico	ZonMW programma hoogrisicogroepen + punt 7 kennisinfrastructuur	0,1	3,5	3,5	3,5

Zevenpuntenplan en monitoring	Actie	2018	2019	2020	2021
3. Ondersteuning onbedoelde zwangerschap	Open house keuzehulpgesprekken		0,3 ¹	1	1,5
	Subsidie Siriz keuzehulp tot 1 juni	–	0,25	–	–
	24 uren bereikbaarheid/ informatie-punt	–	0,417	0,417	0,417
	Keuzehulp gesprekken GGD GHOR	0,37	0,37	0,37	Wordt open house
	Opleiding keuzehulpgesprekken		0,3	0,4	0,5
4. Anticonceptiecounseling bij hoogrisicogroepen	Extra gelden Nu Niet Zwanger voor landelijke uitrol	0,9	0,5	0,5	1
	Reeds lopende gelden Nu Niet Zwanger	1	1	1	
5. (Herhaalde) abortus	Samenwerking huisartsen/ abortusartsen	–	–	0,2	–
6. Jong en kwetsbaar ouderschap	Beleidsoptimalisatie bij Jong en Kwetsbaar ouderschap via ZonMw	0	1,5	1,5	1,5
7. 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	–	0,160		0,2
8. Monitoring	Monitoring	–	0,2	0,2	0,2
	Caribisch Nederland	0,5	0,5	0,5	0,5
Totaal kosten		3,46	12,1	16,4	17,5

¹ Dit bedrag is een inschatting. Facturen moeten nog worden ingediend.

Vraag 290

Kunt u toelichten hoe het amendement en de motie over leefstijlgeneskunde van de leden Elleméet en Dik-Faber (Kamerstukken 35 000 XVI, nrs. 14 en 70) worden uitgevoerd?

Antwoord:

VWS heeft via een subsidieoproep bij ZonMw binnen het Preventieprogramma 2019 t/m 2022 € 1 miljoen beschikbaar gesteld voor onderzoek naar de effectiviteit van leefstijlgeneskunde. Het uit te voeren klinisch onderzoek moet bijdragen aan beter inzicht in welke leefstijlinterventies kunnen worden ingezet bij welke (chronische) ziekten en aandoeningen, en bij welke patiënten – en onder welke voorwaarden – leefstijlgeneskunde succesvol kan zijn. De onderzoeksprojecten gaan in september 2020 van start.

Vraag 291

Hoe vaak hebben zorgaanbieders in 2019 een beroep gedaan op de transformatiegelden die overeenkomstig het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg beschikbaar zijn gesteld? In hoeveel gevallen is een beroep op de transformatiegelden vervolgens ook gehonoreerd door de zorgverzekeraar? Kan nader worden gespecificeerd waar de transformatiegelden precies voor zijn aangewend?

Antwoord:

Uit de monitor transformatiegelden van de NZa blijkt dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars nog slechts beperkt gebruik maken van de beschikbare gelden om het verplaatsen, voorkomen en vervangen van ziekenhuiszorg te financieren. In totaal is hiervoor € 425 miljoen beschikbaar, waarvan € 70 miljoen in 2019. Op de peildatum 1 april 2019 is een bedrag van € 1,5 miljoen voor transformatiegelden opgenomen, verdeeld over 6 contracten met verschillende verzekeraars. De initiatieven die hiermee gesteund worden hebben vooral betrekking op e-health toepassingen,

met name telemonitoring bij chronisch hartfalen, en integrale zorg. Verzekeraars gaven in april aan nog over 49 initiatieven in gesprek te zijn met ziekenhuizen, waarbij ze verwachten in 2019 nog aanvullende afspraken te maken voor in totaal € 27,5 miljoen.

Omdat de beweging van de juiste zorg op de juiste plek nog op gang moet komen, wordt in aanvang nog weinig gebruik gemaakt van de transformatiegelden. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen geven aan dat zij wel afspraken maken in het kader van de juiste zorg op de juiste plek maar dat ze hier niet altijd de transformatiegelden voor inzetten. De NVZ is in gesprek met ZN om te kijken hoe de transformatiegelden volgend jaar doelmatig kunnen worden ingezet. De NZa zal de monitor herhalen op basis van definitieve contracten, met 1 april 2020 als eerstvolgende peildatum.

Vraag 292

Hoeveel geld van het beschikbare budget voor de pilot en het onderzoek voor psychologische zorg voor (ex-)kankerpatiënten is tot nog toe besteed? Hoeveel (ex-)kankerpatiënten hebben inmiddels behandelingen voor de aanpassingsstoornis ontvangen en bij hoeveel (ex-)kankerpatiënten is het behandeltraject (succesvol) voltooid?

Antwoord:

De behandeling van aanpassingsstoornissen is met ingang van 1 januari 2012 uitgesloten van zorg in het kader van de Zvw. In maart 2018 is een tweejarige pilot gestart om behandeling van aanpassingsstoornissen voor patiënten bij wie de behandelingen in het ziekenhuis al zijn afgerond, tijdelijk te vergoeden. Voor de pilot is een subsidie van € 8 mln. van het Ministerie van VWS beschikbaar en een subsidie van € 0,6 mln. van het KWF. Dit bedrag is gebaseerd op een verwachte instroom van 4000 patiënten per jaar. Door de zorgkosten tijdelijk te vergoeden en onderzoek te doen naar de (kosten)effectiviteit vormen de resultaten van deze pilot de input voor een finale beslissing over mogelijke heropname van de aanpassingsstoornis na kanker in het basispakket of een andere vorm van financiering.

Tot nu zijn 470 patiënten opgenomen in de pilot en is € 918.000 besteed. De behandeling in het kader van deze pilot is tot nu toe door 170 van de 470 patiënten (succesvol) afgerond. De redenen dat het aantal aangeelde patiënten achterloopt op de verwachtingen ligt ten eerste in het gegeven dat er in het eerste half jaar van de pilot vertraging in de instroom is geweest, omdat de pilot nog moest worden opgestart. De logistiek moest worden georganiseerd, behandelaars moesten worden gecontracteerd en verwijzers moesten worden geïnformeerd. Een tweede reden voor het aantal lage aanmeldingen is dat het implementeren van zorg die zes jaar niet voorhanden is geweest meer tijd kost dan vooraf gedacht.

Vraag 293

Is in de begroting een bedrag gereserveerd, dan wel beschikbaar gesteld voor de uitvoering van een klinische trial voor het verkrijgen van meer inzicht in de veiligheid en effectiviteit van reconstructie na vrouwelijke genitale verminking (VGV)?

Antwoord:

Nee. Hierbij wordt opgemerkt dat in de aangenomen motie Raemakers/Sjoerdsma (TK 2018/19, 35 000 XVI, nr. 47) is verzocht om het Zorginstituut te vragen in overleg met de betrokken beroepsgroepen advies te geven op welke wijze een klinische trial kan worden vormgegeven zodra de concept-Leidraad Medische zorg voor vrouwen en meisjes met

vrouwelijke genitale verminking definitief is vastgesteld. Van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) is vernomen dat de planning is dat deze leidraad rond 1 november wordt geautoriseerd en daarmee definitief is. Vervolgens zal ik hierover contact opnemen met het Zorginstituut. In deze fase dat de leidraad nog niet definitief is en dat het Zorginstituut er nog niet op heeft kunnen reageren, is het reserveren van middelen voor onderzoek dus niet opportuun.

Vraag 294

Hoeveel budget was er totaal gereserveerd voor de domeinoverstijgende experimenten, zoals uitgevoerd in Ede, Dongen en Hollandscheveld?

Antwoord:

Er is geen budget gereserveerd voor dit experiment. Gemeenten hebben in kader van dit experiment verzocht gecompenseerd te worden voor door hen gemaakt extra kosten. Er moet aan voorwaarden voldaan worden voordat er sprake kan zijn van compensatie van de gemeenten in dit experiment. Er moet sprake zijn van extra uitgaven ten behoeve van deelnemers aan het experiment die in de reguliere situatie niet zouden zijn gemaakt, hetgeen gestaafd kan worden met een valide monitor; de aanpak leidt tot behoud of verbetering van kwaliteit van leven waaronder begrepen de gezondheidssituatie van de deelnemer, zodanig dat verantwoord later of geen gebruik wordt gemaakt van zorg op basis van de Wlz. Of en zo ja welke extra kosten worden gemaakt en welke besparingen worden gerealiseerd is op dit moment nog niet bekend.

Vraag 295

Hoeveel budget is er beschikbaar voor eventuele volgende domeinoverstijgende experimenten?

Antwoord:

Er is geen apart budget gereserveerd voor domeinoverstijgende experimenten.

Bij domeinoverstijgende experimenten die door de financiers (gemeenten, Wlz-uitvoerders, zorgverzekeraars) ondersteund worden, maken zij gezamenlijk afspraken over onder andere het budget. Het gaat hierbij vaak niet om extra budget, maar om een andere verdeling van de beschikbare middelen.

Vraag 296

Welke bekostiging is er vanuit het Rijk beschikbaar wanneer in de loop van 2020 al blijkt dat invoering van het Wmo-abonnementstarief uitputting in de gemeentereserves veroorzaakt of dreigt te veroorzaken?

Antwoord:

Met de VNG heb ik afgesproken de gevolgen van de invoering van het abonnementstarief te volgen door middel van een landelijke monitor. Op basis van de uitkomsten uit deze monitor zal ik in overleg met de VNG bezien of het wenselijk is maatregelen te treffen, als blijkt dat er sprake is van ongewenste effecten die niet of onvoldoende door gemeenten kunnen worden beïnvloed binnen de hen toekomende beleidsruimte. Er zijn hiervoor op voorhand geen middelen gereserveerd.

Vraag 297

Hoeveel procent van Wmo Beschermd Wonen blijft onder het begrotingsgefinancierde deel vallen, en hoeveel procent gaat onder het Gemeentefonds vallen?

Antwoord:

- Tot en met 2021 zal 100% van de middelen voor beschermd wonen begrotingsgefinancierd blijven omdat de verdeling tot en met 2021 voor het gehele budget op basis van een historische verdeling plaatsvindt.
- Het Rijk en gemeenten zijn overeengekomen in tien jaar tijd tot een objectief verdeelmodel en algehele doordecentralisatie van beschermd wonen te komen (TK 2019–2020, 35 300 B).
- Dat betekent dat gemeenten in die periode geleidelijk overstappen van de huidige historische verdeling over centrumgemeenten naar een volledig objectieve verdeling over alle gemeenten.
- Het ingroeipad begint in 2021, waarbij de middelen in 2021 nog 100% historisch worden verdeeld. In 2022 wordt een deel van de middelen voor het eerst objectief verdeeld vanuit de algemene uitkering van het Gemeentefonds.

Vraag 298

Wat neemt u in het jaar 2020 aan concrete stappen om gehandicaptenorganisaties te ondersteunen?

Antwoord:

In de programma's «Onbeperkt Meedoen», «Zorg voor de Jeugd» en «Volwaardig leven» is volop aandacht voor de zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking. Hierbij zijn diverse gehandicaptenorganisaties betrokken die waar nodig worden ondersteund. Zo worden cliëntorganisaties ondersteund om de inzet van ervaringsdeskundigheid vanuit deze doelgroep verder te ontwikkelen. En kunnen zorgaanbieders onder andere gebruik maken van ondersteuning bij de implementatie van zorgtechnologie. In de voortgangsrapportages van de drie programma's die op respectievelijk 6 juni, 7 juni en 30 september 2019 aan de Tweede Kamer zijn verstuurd, is een doorkijk gegeven naar de acties die in 2020 staan gepland.

Vraag 299

Welke middelen zijn er vrijgemaakt om de inzet van zorgpersoneel voor gehandicapten te optimaliseren? Hoe ziet die optimalisatie er in praktijk uit en hoeveel procent van de totale VWS-begroting is dit?

Antwoord:

Om een marktconforme salarisontwikkeling mogelijk te maken stelt VWS jaarlijks de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling beschikbaar. Voor 2019 bedraagt deze bijdrage in totaal ongeveer € 1,7 miljard. Het is vervolgens aan sociale partners om een cao af te sluiten met afspraken over de daadwerkelijke loonontwikkeling. Gericht op voldoende personeel in de zorg zijn met het actieprogramma Werken in de Zorg – zorgbreed – middelen beschikbaar vanuit SectorplanPlus voor zorginstellingen om nieuwe medewerkers scholing te kunnen bieden. Met ingang van tijdvak vier wordt SectorplanPlus verbreed naar behoud, i.c. voor trajecten die zorgaanbieders kunnen ondersteunen met het verbeteren van het werk- en organisatieklimaat (deze kabinetsperiode € 420 miljoen). Ook kunnen instellingen in de gehandicaptenzorg aanspraak maken op het stagefonds voor de begeleiding van studenten en scholieren (jaarlijks € 112 miljoen). Hiervan zijn geen middelen geoormerkt voor de gehandicaptenzorg. Zodoende valt het totaalbedrag voor de gehandicaptenzorg niet uit te drukken als percentage van de VWS-begroting.

Daarnaast wordt er met het programma «Volwaardig leven» in specifiek ingezet op de gehandicaptenzorg (Wlz), onder andere gericht op voldoende personeel. Zo wordt in 2020 onder andere een ambassadeurs-traject voor medewerkers gestart, een handreiking ontwikkeld om in

organisaties het gesprek over de personeelssamenstelling te voeren en is er ondersteuning voor zorgaanbieders en medewerkers beschikbaar voor thema's zoals zorgtechnologie, persoonsgerichte zorg en zeer complexe zorg. In de voortgangsrapportage over het programma, die op 30 september 2019 aan de Tweede Kamer is verstuurd, wordt dit verder toegelicht. Voor het programma is in 2020 € 17,3 mln beschikbaar.

Vraag 300

Hoeveel budget is gereserveerd voor de opdracht aan een groep artsen, apothekers en andere deskundigen om maatregelen te bedenken om het gebruik van zware pijnstillers terug te dringen? Wanneer zijn de eerste resultaten te verwachten?

Antwoord:

Er is een bedrag van 200.000 euro ten behoeve van de activiteiten van de taakgroep opioïden gereserveerd. De eerste resultaten van de taakgroep werden 11 oktober j.l. aan de Tweede Kamer gerapporteerd.

Vraag 301

Hoeveel zou het kosten om medisch noodzakelijke anticonceptie op te nemen in het basispakket?

Antwoord:

Omdat niet bekend is welk deel van het gebruik van anticonceptie medisch noodzakelijk is, kan ik niet aangeven wat het zou kosten om dit op te nemen in het basispakket. Verder verwijs ik naar de antwoorden op vraag 204 en 205.

Vraag 302

Hoeveel wordt er jaarlijks uitgegeven aan het project Nu Niet Zwanger?

Antwoord:

De GGD-GHOR ontvangt voor de landelijke uitrol van Nu Niet Zwanger in totaal € 5,9 miljoen.

De verdeling over de jaren is als volgt:

2018	2019	2020	2021
€ 1,1 mln.	€ 2,0 mln.	€ 1,9 mln.	€ 0,9 mln.

Vraag 303

Wat is de doelgroep van het project Nu Niet Zwanger?

Antwoord:

De doelgroep van Nu Niet Zwanger zijn kwetsbare mannen en vrouwen in de vruchtbare leeftijd waarbij sprake is van (vaak) een combinatie van:

- opeenstapeling van problemen en beperkingen (multi-problematiek) zoals het zich gecombineerd voordoen van bijvoorbeeld ernstige psychiatrische problematiek, verstandelijke beperking, verslaving, dakloosheid, schulden, loverboyproblematiek, illegaliteit, etc.;
- gebrek aan zelfredzaamheid en zelfherstellend vermogen;
- tekortschieten of onvoldoende aansluiten van hulp van zorg en omgeving;
- altijd in beeld zij vanwege complexe problematiek (vrijwel) bij diverse organisaties.

Vraag 304

Bereikt het project Nu Niet Zwanger alle vrouwen die vanwege financiële redenen geen gebruikmaken van anticonceptie?

Antwoord:

Het programma Nu Niet Zwanger ondersteunt kwetsbare (potentiële) ouders om regie te nemen over hun kinderwens, seksualiteit en anticonceptie. Nu Niet Zwanger zet in op intensieve begeleiding van (potentiële) ouders met een verhoogde kwetsbaarheid door veelal een combinatie van problemen. Het gaat hierbij om kwetsbare mannen en vrouwen in de vruchtbare leeftijd waarbij sprake is van (vaak) een combinatie van opeenstapeling van problemen en beperkingen zoals ernstige psychische problematiek, verstandelijke beperking, verslaving, dakloosheid, schulden, loverboyproblematiek, illegaliteit, etc. Daarbij is er gebrek aan zelfredzaamheid en zelf herstellend vermogen. Daarnaast schiet hulp van de zorg en omgeving vaak tekort of sluit onvoldoende aan en zijn de (potentiële) ouders vanwege complexe problematiek vrijwel altijd al in beeld bij diverse organisaties. Door het gesprek aan te gaan, bij de leefwereld aan te sluiten en vragen, emoties, opvattingen en barrières te verkennen, krijgen kwetsbare (potentiële) ouders regie over hun kinderwens en worden ongeplande en ongewenste zwangerschappen voorkomen. Indien nodig zorgt het programma voor financiële en praktische ondersteuning (denk aan toeleiden naar een arts) bij de realisatie van de gewenste anticonceptie. Het programma beperkt zich tot de hierboven beschreven doelgroep (zie ook vraag 303).

Vraag 305

Hoeveel geld is er gemoeid met de invoering van de nieuwe Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)?

Antwoord:

Zoals bij brief van 8 oktober 2019 (Kamerstukken II, 2018–19, 29 282, nr. 381) aan de Tweede Kamer is bericht zal dit wetsvoorstel definitief niet worden ingediend bij de Tweede Kamer.

Vraag 306

Hoe wordt gemeten of de zorg daadwerkelijk toegankelijk, betaalbaar en merkbaar beter wordt voor mensen, nu en in de toekomst? En wanneer is de nulmeting hiervoor gedaan?

Antwoord:

In de VWS-monitor zijn voor de verschillende levensfasen diverse indicatoren opgenomen voor de publieke waarden toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid. Het doel van de monitor is om meer inzicht te krijgen in de gesteldheid van de Nederlandse gezondheidszorg. De monitor is gekoppeld aan de beleidsagenda en heeft een signalerende werking. Door de monitor van opeenvolgende jaren naast elkaar te leggen, ontstaat er inzicht in de veranderingen van gezondheid en de gezondheidszorg.

Omdat deze publieke waarden meerdere dimensies kennen en er geen absolute criteria gelden, is het niet mogelijk om door middel van één indicator vast te stellen of de zorg toegankelijk, betaalbaar en/of merkbaar beter is. Er is om die reden ook niet één nulmeting gedaan.

Vraag 307

Wat is de stand van zaken van de beweging De Juiste Zorg op de Juiste Plek? Zijn hier al concrete cijfers over?

Antwoord:

In de voortgangsrapportage de Juiste Zorg op de Juiste Plek dat op 18 juni jl. aan de Kamer is verzonden is een breed overzicht gegeven van alle acties en beweging op dit onderwerp.¹⁸ Ik zie dat diverse brancheverenigingen en partijen in de regio aan de slag zijn. Het is mijn indruk dat de beweging die in het veld is ingezet echt de aandacht heeft van alle betrokkenen. Het gaat dan om patiëntorganisaties, burgerbewegingen, zorgaanbieders, zorgprofessionals en zorginkopers. Het bewustzijn over de beweging is aangewakkerd, de implementatie komt op gang. Op de website www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl zijn veel voorbeelden te vinden van hoe de Juiste Zorg op de Juiste plek gestalte krijgt, al is dat maar een selectie van alle initiatieven die in de praktijk vormkrijgt.

Vraag 308

Weten we hoeveel geld er omgaat in de zorg voor patiënten met meerdere chronische aandoeningen? Zo ja, hoeveel?

Antwoord:

Ik houd niet bij hoeveel zorgkosten gemaakt worden ten behoeve van patiënten met meerdere chronische aandoeningen.

Vraag 309

Constaterende dat het uitgangspunt is niet over patiënten te praten maar met patiënten, wat is de procentuele verhouding tussen verzekerden in de zin van patiënten-niet patiënten?

Antwoord:

De verhouding hangt af van de definitie van een patiënt. Een indicator voor de verhouding patiënt-niet patiënt is het al dan niet bezoeken van een huisarts. In 2018 heeft 78% van de personen die ingeschreven staan bij een huisarts ten minste éénmaal een gedeclareerd contact met de huisarts (en/of de praktijkondersteuner GGZ) gehad (bron: <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/huisartscontact-minimaal-%C3%A9%C3%A9n-keer-jaar-contact>).

Vraag 310

In hoeverre wordt de groep «verzekerd maar niet patiënt» betrokken bij gesprekken over nieuw beleid?

Antwoord:

Als het wetsvoorstel Verzekerdeninvloed wordt aangenomen heeft de zorgverzekeraar een inspanningsplicht om al zijn verzekerden inspraakgelegenheid te geven op in ieder geval het zorginkoopbeleid en het klantcommunicatiebeleid. Dit geldt dus ook de verzekerden die geen patiënt zijn. Hoe deze inspraak precies wordt vormgegeven, wordt vastgelegd in de inspraakregeling die de zorgverzekeraar en de verzekerdenvertegenwoordiging gezamenlijk opstellen.

Vraag 311

Wat is de verbinding tussen de beleidsvoornemens voor het Sportakkoord, het Nationaal Preventieakkoord en de te verwachten nieuwe Gezondheidsnota?

Antwoord:

Leefstijl, beweging, sport (thema's uit het Nationaal Preventieakkoord en het Sportakkoord) en de inrichting van de fysieke leefomgeving (nieuwe Landelijke Nota Gezondheidsbeleid) zijn thema's die inhoudelijk sterk met elkaar verbonden zijn. Daarbij komt dat in alle drie onderdelen de lokale

¹⁸ Brief van 18 juni 2018 aan de Tweede Kamer, Kamerstukken 29 689, nr. 995.

aanpak voorop staat. De activiteiten die voortvloeien uit het Nationaal Preventieakkoord, het Sportakkoord en de op handen zijnde Landelijke Nota Gezondheidsbeleid worden, als het gaat om de lokale schaal, door de gemeenten met betrokken partijen in plannen en akkoorden uitgewerkt en opgepakt. We zien dat veel gemeenten een integrale aanpak voorstaan en de verschillende onderdelen willen verbinden op de genoemde thema's.

Vraag 312

Kunt u aangeven hoe we de beleidsvisie (de verschuiving van focus op ziekte en zorg naar een focus op gezondheid en gedrag) van dit kabinet kunnen terug zien in het beleid?

Antwoord:

Dit kabinet heeft ervoor gekozen om twee belangrijke akkoorden te sluiten met focus op gezondheid en gedrag, namelijk het Nationaal Preventieakkoord en het Sportakkoord. Met het programma de juiste zorg op de juiste plek zet VWS samen met partijen uit het veld in op het voorkomen van zorg, het verplaatsen van zorg en het vervangen van zorg. Verder wordt de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) sinds 1 januari 2019 vergoed vanuit het basispakket. In navolging van de GLI wordt voor een aantal concrete interventies de haalbaarheid van implementatie verkend, zie ook de brief hierover aan de Kamer (32 793, nr. 403). Ook als mensen ziek zijn loont het om in te zetten op een gezonde leefstijl. Via ZonMw laat ik onderzoek doen naar effectieve leefstijlinterventies die ingezet kunnen worden binnen de zorg.

Vraag 313

Erkent u ook chronische pijn als chronische aandoening, naast de voorbeelden die hiervan worden genoemd zoals artrose, diabetes, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) en hartfalen, en is er al een algemene richtlijn chronische pijn in Nederland?

Antwoord:

Pijn is een belangrijk symptoom en kan een grote lijdensdruk met zich meebrengen. Chronische pijn is een chronische aandoening, net als de genoemde ziekten chronische aandoeningen zijn.

De in ontwikkeling zijnde Zorgstandaard Chronische Pijn beschrijft vanuit het perspectief van de patiënt wat goede zorg is bij chronische pijn, hoe deze zorg het beste georganiseerd kan worden en hoe te voorkomen dat acute pijn verandert in chronische pijn. Zorginstituut Nederland heeft deze zorgstandaard op de meerjarenagenda geplaatst met het doel dit kwaliteitsinstrument door te ontwikkelen en autorisatie na te streven. In juli 2014 is de projectgroep Zorgstandaard Chronische Pijn gestart. De zorgstandaard Chronische Pijn zit in de fase van goedkeuring door de deelnemende wetenschappelijke verenigingen (autorisatiefase). De zorgstandaard Chronische Pijn is niet geautoriseerd door de NHG en Nederlandse Vereniging van Anesthesiologie. Het Zorginstituut helpt momenteel bij het alsnog autoriseren van de zorgstandaard en kan zo nodig met doorzettingsmacht interveniëren.

Vraag 314

Hoe staat het huidige kabinetsbeleid in verhouding tot de verwachte verdubbeling van 75-plussers in 2040 en op welke manieren bereidt u zich op deze prognose voor?

Antwoord:

De verdubbeling van het aantal 75-plussers in 2040 zal zorgen voor een groeiende zorgvraag. We zien nu al de gevolgen van de vergrijzing en

lopen ook aan tegen de grenzen van de organiseerbaarheid van de zorg. Om deze uitdagingen het hoofd te bieden heeft het kabinet hoofdlijnakoorden met zorgpartijen afgesloten en lopen er verschillende actieprogramma's. Het kabinet erkent echter dat er meer nodig is om ook in de toekomst goede zorg voor ouderen te organiseren. Het kabinet heeft daarom een commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen ingesteld om te adviseren over wat nodig is om de zorg voor thuiswonende ouderen ook in de toekomst op peil te houden. Daarnaast is aan de SER en WRR gevraagd om te adviseren over de gevolgen van de stijgende zorguitgaven en mogelijke oplossingsrichtingen om de zorg betaalbaar te houden. Tot slotte zal het kabinet met alle betrokken partijen verkennen hoe de governance binnen ons zorgstelsel kan en moet worden versterkt om de (toekomstige) zorgvraag in de regio in te kunnen vullen. Daartoe brengt het kabinet voor het zomerreces van 2020 een contourennota uit om in het parlement te bespreken.

Vraag 315

Kunnen de uitgaven voor ouderenzorg worden gesplitst naar uitgaven binnen de Wlz, Wmo en Zvw?

Antwoord:

In onderstaande tabel zijn de uitgaven opgenomen die nagenoeg volledig zijn toe te schrijven aan de ouderenzorg uitgesplitst voor het jaar 2020.

Ouderenzorg (bedragen x € 1 miljard)	2020
Wlz (intramurale ouderenzorg)	12,1
Zvw (geriatrische revalidatie en eerstelijnsverblijf en de wijkverpleging)	5,3
Totaal	17,4

Daarnaast geldt dat voor meerdere onderdelen binnen de Wlz (persoonsgebonden budget, volledig pakket thuis en modulair pakket thuis), Zvw (o.a. genees- en hulpmiddelen, ziekenhuiszorg) en Wmo (o.a. huishoudelijke hulp en ondersteuning) ook door ouderen beroep wordt gedaan op zorg. Hierbij is echter niet bekend welk deel hiervan voor de ouderenzorg is.

Vraag 316

In hoeverre zijn zorgevaluaties verplicht of vrijblijvend?

Antwoord:

Ik heb u voor de zomer het plan van het Programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (TK 29 689, nr. 999) voor de komende vijf jaar toegezonden. Het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik komt voort uit de afspraken zoals gemaakt in het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg 2019–2022 (HLA-MSZ) en heeft als doel dat zorgevaluatie over vijf jaar integraal onderdeel is van het reguliere zorgproces, waarbij het onbekende wordt geëvalueerd en bewezen effectieve zorg wordt geïmplementeerd. Daardoor krijgt de patiënt de bewezen beste zorg en wordt ook bijgedragen aan het betaalbaar houden van de zorg.

De partijen uit het Hoofdlijnenakkoord hebben zich verplicht om de komende jaren gezamenlijk dit programma tot een succes te maken. Het programma streeft er naar om landelijk tot een hoger ambitieniveau te komen ten aanzien van het evalueren van zorg en het implementeren van de uitkomsten hiervan.

Vraag 317

Welke maatregelen op het gebied van zorg en ondersteuning worden er genomen om de verdubbeling van het aantal mensen met dementie tot het jaar 2040 op te vangen?

Antwoord:

In verschillende programma's, zoals Dementiezorg voor Elkaar, Langer Thuis, Een tegen Eenzaamheid en Thuis in het verpleeghuis, is nu al aandacht voor verbetering van de zorg voor mensen met dementie. Op dit moment werk ik met veldpartijen aan het dementiebeleid vanaf 2021. In dit beleid komen ook maatregelen om voorbereid te zijn op de voorziene stijging van het aantal mensen met dementie. Nog dit jaar zal ik in een brief aan uw Kamer de hoofdlijnen van dit dementiebeleid schetsen.

Vraag 318

Hoe groot was de stijging van het aantal 75-plussers in de periode 2000–2019?

Hoe groot was de stijging van het aantal 90-plussers in de periode 2000–2019?

Hoe groot was de stijging van het aantal alleenwonende 75-plussers in de periode 2000–2019?

Hoe gro

Antwoord:

Het aantal 75-plussers is toegenomen met 449.955: van 957.591 (2010) naar 1.407.546 (2019)¹⁹.

Het aantal 90-plussers is toegenomen met 57.842: van 68.796 (2010) naar 126.638 (2019)¹.

Het aantal alleenwonende 75-plussers is toegenomen met 153.479: van 407.844 (2010) naar 561.323 (2019)²⁰

In 2018 hadden 5,6 miljoen mensen minimaal eenmaal contact met de huisartsenpraktijk voor een chronische aandoening. Dit komt overeen met 33% van de Nederlandse bevolking. Een «chronische aandoening» is hier gedefinieerd als een aandoening waarbij over het algemeen geen uitzicht is op volledig herstel. De schatting is gebaseerd op een selectie van 109 chronische aandoeningen.

Ruim 85% van de mensen van 75 jaar en ouder had contact met de huisartsenpraktijk voor een chronische aandoening²¹. Er zijn geen vergelijkbare cijfers over het jaar 2000 bekend.

Vraag 319

Op welke wijze wordt vervolg gegeven aan het Deltaplan Dementie, gezien de onverminderd grote opgave om mensen met dementie ook na 2020 te voorzien van goede zorg en ondersteuning?

Antwoord:

Op dit moment werk ik, samen met veldpartijen, aan het dementiebeleid vanaf 2021. Dit zal zowel onderzoek, zorginnovatie als sociale innovatie omvatten. Nog dit jaar zal ik in een brief aan uw Kamer de hoofdlijnen van dit beleid schetsen.

Vraag 320

Wat zijn de redenen voor het afnemen van het aantal mantelzorgers?

¹⁹ <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/37325/table?dl=27BCF>.

²⁰ <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/71486NED/table?dl=27BD1>

²¹ <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/cijfers-context/huidige-situatie#node-aantal-mensen-met-chronische-aandoening-zorg-bij-de-huisarts>.

Antwoord:

Sinds 2014 schommelt het aantal mantelzorgers rond de 4 tot 4,5 mln. Het PBL en SCP verwachten voor 2040 een daling van het aantal mantelzorgers vanwege de toenemende vergrijzing.

(Bron: SCP, toekomst van de mantelzorg, 2018/2019)

Vraag 321

Gegeven dat «Niet alleen op ieders eigen domein, maar juist ook op domeinoverstijgende samenwerking»- hoeveel middelen zijn er in 2020 beschikbaar, per zorgdomein (Wmo 2015, Wlz, Zvw) voor domeinoverstijgende samenwerking? Hoeveel middelen zijn er per jaar besteed sinds het jaar 2015 in het kader van de experimenteerartikelen van de Wlz (artikel 10.1.1 en artikel 10.1.2)? Hoeveel experimenten/projecten hebben sinds 2015 gebruikgemaakt van de experimenteerartikelen van de Wlz? Hoeveel middelen zijn per jaar, sinds 2015, besteed in het kader van de experimenteerruimte van de Zvw, de beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten? Hoeveel experimenten/projecten hebben sinds 2015 gebruikgemaakt van de experimenteerruimte van de Zvw?

Antwoord:

Sinds de totstandkoming van de Jeugdwet (Jw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en Zorgverzekeringswet (Zvw) zijn voor de uitvoering van die onderscheiden wetten financiële middelen beschikbaar. Die middelen zijn separaat opgenomen in de begroting van VWS en de begroting van het Gemeentefonds. Ik heb geen zicht op de hoeveelheid geld die er in de dagelijkse praktijk, sinds 2015, per jaar per zorgwet wordt geïnvesteerd door partijen om passend aanbod over domeinen heen voor cliënten te realiseren.

Er is tot nu toe eenmaal gebruik gemaakt van het experimenteer artikel in de Wlz: voor het Experiment integraal pgb. Het betreft een experiment waarbij de domeinen van de Jeugdwet, de Wmo 2015, de wet Langdurige zorg en de Zorgverzekeringswet zijn betrokken. Binnen de Zvw is geen apart experimenteerartikel opgenomen zoals deze er wel is binnen de Wlz. De Zvw kent echter wel experimenteerruimte, de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten. Deze kan ook over twee domeinen heen gaan (Zvw en Wlz). De aanvraag hiervoor moet door een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder gezamenlijk ingediend worden bij de Nederlandse Zorgautoriteit voor zover dit experiment en binnen het Wlz-domein betreft geldt hiervoor een financieel kader. Deze geoormerkte ruimte voor innovatie in de langdurige zorg bedraagt in 2019 € 10 miljoen. Op basis van de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten zijn er 10 experimenten in de Wlz die vanaf 1 januari 2015 gestart zijn, en experimenten die eerder gestart zijn maar nog steeds lopen. Deze experimenten zijn niet domeinoverstijgend. Er zijn daarnaast 41 experimenten in de Zvw (op basis van de beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten) die vanaf 1-1-2015 gestart zijn, én experimenten die eerder gestart zijn maar nog steeds lopen. Hiervan zijn er 7 domeinoverstijgend. Omdat experimenten in de Zvw niet uit budgetten, maar «gewoon» door de zorgverzekeraars uit de Zvw betaald worden heeft de NZa aangegeven geen zicht te hebben op de uitgaven.

Vraag 322

Welke resultaten zijn er toe nu toe geboekt vanuit de taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek? Kunt u voorbeelden geven van plekken waar al daadwerkelijk een zichtbare en tastbare verschuiving heeft plaatsgevonden van Universitair Medische Centra (umc's) naar algemene ziekenhuizen, en van algemene ziekenhuizen naar anderhalve- en eerstelijnszorg?

Antwoord:

Zoals in de voortgangsrapportage die op 18 juni jl. aan de Kamer is verzonden staat te lezen wordt de beweging de Juiste Zorg op de Juiste Plek langs een aantal lijnen gestimuleerd.²² Het betreft communicatie, het delen van know-how, een aantal specifieke instrumenten en de VWS brede agenda. De instrumenten betreffen bijvoorbeeld de basisdataset die het RIVM heeft ontwikkeld en de vouchers die partijen kunnen aanvragen via ZonMw. In de beleidsagenda van VWS komen in alle programma's en beleidsvelden de uitgangspunten van de beweging de Juiste Zorg op de Juiste Plek zo veel mogelijk terug. Voor wat betreft het delen van know-how gaat het kennisplatform per 3 oktober van start. Hiermee draagt VWS bij aan beter onderbouwde praktijk en beter onderbouwd beleid.

Voorbeelden waar al een daadwerkelijk zichtbare en tastbare verschuiving heeft plaatsgevonden staan op www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl

Vraag 323

Hoe komt het dat de kosten voor medische specialistische zorg in 2018 ten opzichte van 2017 het meest gestegen zijn? Wat betekent dit voor de beweging van de Juiste zorg op de juiste plaats? Wat betekent dit voor de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord Medisch specialistische zorg?

Antwoord:

De procentuele ontwikkeling van de uitgaven is in de MSZ niet het hoogst. Bijvoorbeeld: op basis van het jaarverslag 2018 is te zien dat de uitgaven in de MSZ tussen 2017 en 2018 met bijna 3% zijn gestegen. Voor de sectoren huisartsenzorg en multidisciplinaire zorgverlening gezamenlijk is de stijging in diezelfde periode bijna 6%. Echter, omdat de uitgaven in de MSZ (€ 22,6 miljard in 2018) aanzienlijk hoger zijn dan in de huisartsen- en multidisciplinaire zorg (€ 3,5 miljard in 2018) leidt een stijging van 3% in de MSZ tot een hogere groei in euro's. Op basis van alleen de uitgavenontwikkeling kunnen geen conclusies worden getrokken over de beweging naar de Juiste Zorg op de Juiste Plek en de afspraken uit de hoofdlijnenakkoorden.

Vraag 324

Over welke regio gaat het in de vraag over de toekomstige zorgvraag? Zijn de contouren van deze regio's in beton gegoten?

Antwoord:

Op dit moment wordt voor verschillende onderwerpen soms een verschillende regio-indeling gevolgd. Voor de samenwerking op het terrein van ouderen, ggz, preventie is er een samenwerkingsstructuur, in lijn met de afspraken die zorgverzekeraars en gemeenten hebben gemaakt, in beginsel voor de indeling in zorgkantorregio's (Wlz-regio indeling). Daar past enige flexibiliteit en gaandeweg zal de indeling vaster komen te staan. Het is essentieel dat er uiteindelijk een landelijk dekkend beeld is.

Vraag 325

Wat is de basis voor de focus bij de contourennota op de regio?

Antwoord:

Er is voor gekozen om de regio centraal te stellen omdat er regionaal een goed beeld bestaat over de (verwachte) knelpunten die er zijn en deze ook verschillend kunnen zijn per regio. Om de (toekomstige) zorgbehoefte en daarmee benodigde zorg te kunnen leveren is het belangrijk dat er vanuit

²² Brief van 18 juni 2018 aan de Tweede Kamer, Kamerstukken 29 689, nr. 995.

de regio een duidelijk beeld hierover ontstaat. Op basis van de regio-beelden zal worden bepaald wat in de regio nodig is en zullen ook oplossingsrichtingen worden geformuleerd.

Vraag 326

In hoeverre worden best practices van huidige samenwerkingen tussen zorgverzekeraars en zorgkantoren meegenomen bij de voorstellen tot aanpassing van wet- en regelgeving?

Antwoord:

Wetsvoorstellen die betrekking hebben op zorgverzekeraars en zorgkantoren worden voorafgegaan door een consultatie met betrokken veldpartijen. Op die manier worden ook *best practices* meegenomen.

Lessen op het gebied van samenwerken met betrekking tot het voorkomen, vervangen en verplaatsen van zorg die getrokken worden uit de beweging de Juiste Zorg op de Juiste Plek komen aan de orde via bijvoorbeeld de beleidsevaluatie, het kennisplatform en de voorbeelden uit het veld. Vervolgens wordt deze kennis gebruikt als er eventuele aanpassingen van wet- en regelgeving zijn.

Vraag 327

Welke stilstand in ontwikkeling wordt voorzien door de komst van de contourennota?

Antwoord:

VWS wil de ontwikkeling verder helpen zodat blijvend kan worden voldaan aan de (toekomstige) zorgvraag en haakt daarom aan bij de ontwikkelingen in de regio om te weten wat er speelt, wat er nodig is, wie daarbij aan zet is. Zo is VWS betrokken bij verschillende initiatieven in Flevoland, Land van Cuijk, Drenthe, Zeeland en Den Haag. De komende tijd zal die betrokkenheid in meerdere regio's vorm krijgen.

Vraag 328

Is de bespreking van de contourennota gepland voor het zomerreces van het jaar 2020?

Antwoord:

Zoals toegezegd wordt voor het zomerreces van 2020 een contourennota uitgebracht om in het parlement te bespreken.

Vraag 329

Gaat de nota ook in op wat er maatschappelijk nodig is naast wat er bestuurlijk nodig is?

Antwoord:

De verwachting is dat de regiobeelden hierin voorzien en hier zal met de contourennota op worden ingegaan. Daarnaast is de SER gevraagd een verkenning te doen naar de gevolgen van de stijgende zorgkosten op economie, arbeidsmarkt en solidariteit. Ook is de commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen ingesteld om te adviseren over wat er nodig is om de zorg voor thuiswonende ouderen ook in de toekomst beschikbaar te houden rekening houdend met demografische, maatschappelijke en technologische ontwikkelingen en de betaalbaarheid van de zorg. Beide rapporten kunnen ook worden benut om te bezien wat er maatschappelijk nodig is voor de (toekomstige) zorgvraag.

Vraag 330

Waarom wordt de krapte op de arbeidsmarkt als oorzaak genoemd voor de problemen in de acute zorg en niet het sluiten van spoedeisende hulpposten?

Antwoord:

De druk op de acute zorg heeft verschillende oorzaken, waaronder de krapte op de arbeidsmarkt. Dit is door de NZA in kaart gebracht met de monitor acute zorg. Deze heeft u in januari 2019 ontvangen²³.

Vraag 331

Hoe ziet u de domeinoverstijgende samenwerking in het programma Juiste Zorg op de Juiste Plek voor zich en op welke manier gaat dit programma de vaak problematische samenwerking tussen domeinen als de Zvw, Wmo en Wlz verbeteren?

Antwoord:

Om de Juiste Zorg op de Juiste Plek te realiseren, is het van belang zorg in samenhang te leveren. Dat betekent dat partijen niet ieder een fragment van zorg leveren, maar over domeinen heen werken om zorg zoveel mogelijk aan te laten sluiten op de behoeften van mensen. De wijze waarop de gemeente (Wmo) en GGZ in Deventer samenwerken is een goed voorbeeld van hoe ik dit voor me zie. Wanneer het GGZ-crisisteam wordt ingeschakeld voor iemand die in plaats van een psychiatrische crisis, psychosociale klachten blijkt te hebben, mag het GGZ-crisisteam direct een Wmo-indicatie afgeven. Een team van Wmo-aanbieders is buiten kantooruren beschikbaar en kan direct (maximaal) tien uur zorg inzetten. Door goede samenwerkingsafspraken tussen de gemeente en de GGZ-organisatie past de zorg binnen het reguliere stelsel en wordt het sneller geleverd.

Zoals in de begroting aangegeven steun ik ook andere initiatieven waarbij financiële afspraken over de domeinen van de Zvw, Wlz, Jeugdwet en Wmo heen worden gemaakt. Bijvoorbeeld door de inzet van een zorgarrangeur, die door zowel de gemeente als de zorgverzekeraar gemandateerd is om alle zorg en ondersteuning voor ouderen te organiseren, ongeacht de financieringsstromen die daarmee gemoeid zijn. Zoals eerder aangegeven ben ik ook bereid andere mogelijkheden voor domeinoverstijgende financiering te bekijken als daaraan behoefte bestaat.

Vraag 332

Zijn er cijfers bekend van de aantallen patiënten die de dupe zijn van de slechte samenwerking tussen en over domeinen, behorende bij de voorbeelden die genoemd worden?

Antwoord:

Nee, dergelijke cijfers zijn niet bekend.

Vraag 333

In hoeverre worden de paramedische zorgprofessionals betrokken bij de beweging van de Juiste Zorg op de Juiste Plek? Komen zij ook in aanmerking voor middelen die vrijgemaakt zijn voor dit actieprogramma? Zo ja, op welke wijze komen zij hiervoor in aanmerking?

Antwoord:

De paramedische professionals worden uiteraard betrokken bij de beweging van Juiste Zorg op de Juiste Plek. De transformatie naar de

²³ Kamerstukken, vergaderjaar 2018–2019, 29 247, nr. 267.

juiste zorg op de juiste plek is, net als in de verschillende Hoofddijkakoorde, het uitgangspunt van de Bestuurlijke Afspraken Paramedische Zorg 2019–2022 (TK 2018–2019, 33 578, nr. 67). De paramedische zorg kan een belangrijke bijdrage leveren aan het realiseren van de doelen van de juiste zorg op de juiste plek. Paramedische zorgprofessionals worden dan ook in alle acties rondom de Juiste Zorg op de Juiste Plek betrokken. Zo maakt een hoogleraar Paramedische Zorg onderdeel uit van zowel de taskforce als het kennisplatform de Juiste Zorg op de Juiste Plek. In dit kennisplatform stellen personen uit de praktijk, de onderzoekswereld en beleid gezamenlijk vast welke kennis al beschikbaar is, wat de kennisbehoefte is en welke prioriteiten er gesteld moeten worden over waar de kennisontwikkeling rond de Juiste Zorg op de Juiste Plek zich de aankomende tijd op zou moeten richten. Dit resulteert in een jaarlijks geactualiseerde kennisagenda die onder andere bijdraagt aan het verzamelen van het bewijs voor de Juiste Zorg op de Juiste Plek-projecten.

Ook heb ik goede voorbeelden van taakverschuiving naar de paramedische sector opgenomen op de website www.dejuistezorgopdejuiste-plek.nl en hebben paramedische zorgprofessionals deelgenomen aan bijeenkomsten die ik in het kader van de Juiste Zorg op de Juiste Plek heb georganiseerd. In het kader van elkaar ontmoeten en van elkaar leren heb ik zowel regionale bijeenkomsten, als thematische bijeenkomsten georganiseerd. Paramedische zorgprofessionals zijn voor deze bijeenkomsten uitgenodigd en hebben deze in grote getalen bijgewoond. Op deze bijeenkomsten werden zij geïnformeerd en geïnspireerd om in hun eigen regio een vervolg te geven aan de beweging. Om de beweging regionaal op gang te helpen, heb ik financiële middelen beschikbaar gesteld. Ook paramedische zorgprofessionals komen in aanmerking voor deze middelen. Zij kunnen hiervoor, als onderdeel van een lokale coalitie, een subsidie aanvragen bij ZonMw.

Vraag 334

Aan welke vormen van complexe zorg wordt gedacht bij de eventuele concentratie in instellingen? Zijn er inzichten in percentages waarmee preventie zwaardere zorg kan voorkomen? Hoe zou de overheid gezonde levensstijl kunnen meten?

Antwoord:

Om zorg zo goed mogelijk aan te laten sluiten op het dagelijks functioneren van mensen bieden we zorg het liefst dichtbij huis. Bepaalde vormen van complexe zorg kunnen echter uit kwaliteitsoverwegingen beter geconcentreerd in instellingen worden geleverd. Ik denk bijvoorbeeld aan de zorg voor kinderen met de diagnose kanker. Voor de zorg die deze groep kinderen nodig heeft, is specifieke expertise en kennis nodig. Deze expertise hebben we in Nederland geconcentreerd in het Prinses Máxima Centrum. Samen met 20 ziekenhuizen in het land biedt dit centrum de complete oncologische zorg aan kinderen. Door deze specialistische zorg op één plek te concentreren, krijgen kinderen niet alleen de beste medische behandeling, ook zorgt concentratie ervoor dat de zorg precies is toegesneden op de situatie van kind en gezin. Samen met de ouders wordt de zorg zo georganiseerd dat de ontwikkeling van kind en gezin zoveel mogelijk door kunnen gaan. Juist hier blijkt de meerwaarde: naast een eminente behandeling, doet het centrum er alles aan om de opvang, begeleiding en ontwikkeling te optimaliseren. Met deze begeleiding kunnen kind en gezin ondanks ziekte zo goed mogelijk blijven functioneren.

Om mensen te helpen in hun dagelijks functioneren span ik me tevens in om zwaardere zorg te voorkomen. Dit doe ik onder andere door in te

zetten op preventie. Helaas is het niet precies in percentages uit te drukken wat de hoeveelheid (zwaardere) zorg is die wordt voorkomen door middel van preventie. Ziekte en gezondheid wordt immers beïnvloed door diverse factoren, waaronder leefstijl, arbeid en leefomgeving. Wel kan ik u melden dat 18,5% van de ziektelast kan worden vermeden door ongezond gedrag te elimineren.

Het meten van een gezonde leefstijl gebeurt met de Leefstijlmonitor (LSM), waarin worden gegevens verzameld over leefstijl voor de onderbouwing van beleid op het gebied van leefstijl en gezondheid. Zie de website: <https://www.rivm.nl/leefstijlmonitor>

Vraag 335

Hoeveel geld wordt er op dit moment uitgegeven aan eHealth, uitgesplitst naar de Wlz, Wmo, Zvw en Jeugdwet?

Antwoord:

Voor het vergroten van de inzet van e-health en zorgvernieuwing is in totaal bij VWS voor 2020 € 27 mln beschikbaar. Dit is maar een deel van wat er in de sector wordt uitgegeven. Er kan geen splitsing worden aangebracht naar Wlz, Wmo, Zvw en Jeugdwet.

Vraag 336

In hoeverre zijn patiënten tevreden over de inzet van slimme zorg?

Antwoord:

Veel mensen die gebruik maken van slimme zorg thuis waarbij e-health wordt ingezet zijn daar erg tevreden mee. In diverse filmpjes op de websites van onder andere de Patiëntenfederatie, Digitale Zorggids en Zorg van Nu komen zij aan het woord.

Overigens blijft de inzet van slimme zorg (thuis) altijd maatwerk en een beslissing die mensen, vaak in samenspraak met hun zorgverleners, nemen om te bepalen of/welke vormen van slimme zorg thuis voor hen meerwaarde hebben.

Of, zoals op de website van de Harteraad wordt vermeld over telebegeleiding, een vorm van slimme zorg thuis: «Telebegeleiding moet iemand helpen; het is een hulpmiddel, geen doel op zich. Het werkt alleen als iemand de meerwaarde ervan ervaart en gemotiveerd is om het te doen. Dat is voor ieder individu anders en kun je alleen in gesprek met elkaar uitkomen.»

Vraag 337

Hoeveel subsidie wordt er gegeven vanuit het Ministerie van VWS voor de ontwikkeling van ict-toepassingen in zorginstellingen? Kunt u een overzicht geven van de afgelopen zes jaar?

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 338

Hoeveel subsidie wordt er gegeven voor de ontwikkeling van eHealth toepassingen? Kunt u een overzicht geven van de afgelopen zes jaar?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 337.

Vraag 339

Hoeveel persoonlijke gezondheidsomgevingen worden er op dit moment ontwikkeld? Welke budgetten gaan hiermee gepaard en wanneer kunnen mensen hiervan gebruik gaan maken?

Antwoord:

Het ontwikkelen van persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO's) is een activiteit die door marktpartijen wordt uitgevoerd. In 2018 hebben 25 PGO-leveranciers een impulsfinanciering ontvangen van € 160.000,- om aan het MedMij-afsprakenstelsel en een minimale set aan gegevensvragen te voldoen. Er zijn echter ook PGO-leveranciers die de impulsfinanciering niet hebben ontvangen en ook aan het MedMij-afsprakenstelsel (gaan) voldoen. Het proces is zodanig ingericht dat geïnteresseerde PGO-leveranciers zich melden bij de stichting MedMij en vervolgens daar kandidaat-deelnemer worden. Om deel te mogen nemen aan de gegevensuitwisseling naar en van PGO's moeten zowel het systeem van de PGO-leverancier als het systeem van de zorgaanbieder voldoen aan de eisen van het MedMij-stelsel.

Zodra het eerste MedMij-label door een leverancier aan de kant van de zorgaanbieder is behaald (dit najaar) kan de eerste gegevensuitwisseling plaatsvinden. Naar verwachting zijn in de loop van 2020, mede door de VIPP-Programma's, veel systemen in de care, huisartsenzorg, GGZ en MSZ bij MedMij aangesloten en kan gegevensuitwisseling tussen de PGO's van burgers en de systemen van zorgaanbieder gaan plaatsvinden. Mensen kunnen dan kosteloos gebruik maken van een PGO via de gebruikersregeling.

Vraag 340

Welke kosten hebben zorginstellingen moeten maken om te voldoen aan de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)?

Antwoord:

Er zijn geen gegevens beschikbaar voor specifiek zorginstellingen of ziekenhuizen over de kosten die zij hebben moeten maken om te voldoen aan de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).

Vraag 341

Welke kosten hebben ziekenhuizen moeten maken om te voldoen aan de Algemene verordening gegevensbescherming?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 340.

Vraag 342

Hoeveel overtredingen zijn er in 2019 in zorginstellingen en gemeenten geconstateerd als het gaat om naleven van de Algemene verordening gegevensbescherming?

Antwoord:

Overtredingen die centraal worden gemeld zijn datalekken. In de eerste helft van 2019 ontving de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) in totaal 11.906 meldingen van datalekken. 31% van het totaal aantal gemelde datalekken komt uit de zorgbrede sector. Daarmee werden 3.747 datalekken in de zorgsector gemeld in de eerste helft van 2019. Bij voortzettende trend verwacht de AP voor heel 2019 een stijging van 14% ten opzichte van 2018 over het totaal aantal datalekken. Voor de zorg verwacht de AP een stijging van 2% ten opzichte van 2018. Het grootste aantal datalekken binnen de zorg is 23% afkomstig van ziekenhuizen, 22% van apotheken en 9% van stichtingen die bevolkingsonderzoek uitvoeren. 62%

van de meldingen in de zorg wordt gedaan na het verzenden van persoonsgegevens aan de verkeerde ontvanger. 58% van de meldingen betreft een datalek met gegevens van één betrokkene. 22% van de meldingen betreft een datalek met gegevens van 2 tot 10 personen. Van overtredingen van de AVG bij gemeenten zijn geen gegevens beschikbaar.

Vraag 343

Hoeveel winst is er gemaakt door aanbieders van gegevensuitwisselings-systemen in ziekenhuizen?

Antwoord:

Er zijn vele partijen die gegevensuitwisseling in de zorg mogelijk (kunnen) maken. Ik heb geen overzicht van de totale winst die door aanbieders van gegevensuitwisselingssystemen in ziekenhuizen wordt gemaakt.

Vraag 344

Hoeveel beeldconsulten vinden er jaarlijks plaats met medisch specialisten?

Antwoord:

Het is mij niet bekend hoeveel beeldconsulten er jaarlijks plaatsvinden met medisch specialisten. Uit de e-healthmonitor 2018 blijkt dat beeldbellen met 8% van de medisch-specialisten mogelijk is. 21% van de verpleegkundigen in de ziekenhuiszorg geeft aan dat gebruik gemaakt wordt van beeldbellen. In de ouderenzorg ligt dit percentage op 20%, in de huisartsenzorg op 5%. Andere vormen van zorg op afstand worden inmiddels ook steeds meer gebruikt zoals contact via een beveiligde app-of mailverbinding of een telefonisch consult. Begin november ontvang ik nieuwe resultaten over het gebruik van beeldbellen in de e-healthmonitor 2019. Ik zal u deze na ontvangst toesturen.

Vraag 345

Hoeveel ziekenhuizen maken al gebruik van apps voor standaardcontroles?

Antwoord:

Het is mij niet bekend hoeveel ziekenhuizen al gebruik maken van apps voor standaardcontroles. Als met standaardcontroles zelfmeting wordt bedoeld, dan stelt de e-healthmonitor 2017 dat 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 bloedsuikervwaarde) uitvoerde. Begin november ontvang ik de e-healthmonitor 2019 waarin het gebruik van zelfmetingen is opgenomen. Ik zal u die na ontvangst toesturen.

Vraag 346

In hoeverre gaat de opschaling van innovaties gepaard met een breed trainingsprogramma voor zorgprofessionals, zodat zij deze innovaties ook gaan gebruiken?

Antwoord:

De digitale en innovatieve vaardigheden van patiënten/cliënten en zorgprofessionals zijn cruciaal voor de inzet en opschaling van e-health in de zorg.

De keuze voor inzet van innovaties ligt bij zorgorganisaties zelf, evenals de afweging of specifieke scholing of training van medewerkers noodzakelijk is voor succesvolle inzet van de innovaties.

In deze kabinetsperiode € 10 miljoen per jaar en vanaf 2023 € 5 mln structureel per jaar 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 en is met het zorg- en onderwijsveld een toolkit ter ondersteuning van de digitale vaardigheden van zorgprofessionals ontwikkeld (digivaardigende-zorg.nl). Ik heb u daarover geïnformeerd in de Voortgangsrapportage Innovatie & Zorgvernieuwing (kenmerk: 1534848-191267-lenZ). Ook de middelen uit SectorplanPlus en de kwaliteitsimpuls ziekenhuiszorg kunnen voor de ontwikkeling van vaardigheden van zorgprofessionals worden ingezet. Daarnaast worden via het actie leer netwerk goede voorbeelden gedeeld, onder andere rondom arbeidsbesparende innovaties.

Tevens organiseert VWS met Radboud UMC de Health Innovation School (HIS) waar patiënten, professionals, medewerkers van verzekeraars, gemeenten en het Rijk worden geïnformeerd en geëquipeerd om te innoveren in zorg en zorgprocessen. Na twee landelijke afleveringen is de HIS nu op regionale leest geschoeid. De eerste regionale HIS heeft plaatsgevonden in Zuidwest Nederland. Binnenkort start in november de HIS, met medewerking van Rijnstate, Maartenskliniek, Sensire/Naast, VGZ en Health Valley in Zuid-Oost Nederland.

Tot slot wordt bij partijen die subsidie ontvangen vanuit de Stimuleringsregeling E-health Thuis (SET) getoetst of zij in hun plannen aandacht besteden aan de training van professionals. Er is ruimte in de regeling om een deel van de middelen die zij vanuit SET ontvangen, in zetten voor de training van professionals.

Vraag 347

Wat doet u om ook Physician Assistants (PA's) binnen de spoedeisende hulp en de ggz makkelijker in te kunnen zetten, gezien het tekort aan medewerkers in de zorg één van de belangrijkste uitdagingen is waarvoor we staan en er nu al krapte is aan personeel, bijvoorbeeld in verpleeghuizen, bij de spoedeisende hulp en in de ggz?

Antwoord:

Taakherschikking is een succesvol instrument is voor het leveren van doelmatige en kwalitatief hoge zorg. Dat is ook terug te zien in de steeds grotere inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten. Ik vind dit een belangrijke ontwikkeling die we samen met OCW stimuleren door het financieren van de opleiding tot PA en VS. Dit jaar verhoog ik in samenwerking met OCW incidenteel de reguliere instroom in deze opleiding met 90 plekken. Er zijn dit jaar dus 790 opleidingsplaatsen beschikbaar. Hoe PA's en VS'en na het afronden van hun opleiding worden ingezet is aan PA's en VS'en zelf en aan de zorgaanbieders. In ieder geldt dat de interne organisatie van aanbieders ook geschikt moet zijn om PA's en VS'en effectief in te kunnen zetten. Het is aan zorgaanbieders om mogelijkheden te vinden om de krapte aan personeel op te vangen, en om daarin keuzes te maken tussen verschillende zorgverleners.

Vraag 348

Hoe ziet de opschaling van innovatieve toepassingen van gezondheids-technologie eruit bij het snelst stijgende ziektebeeld dementie?

Antwoord:

Het is van belang dat de inzet van innovatieve toepassingen van gezondheidstechnologie meerwaarde biedt voor mensen met dementie. Ook voor hun mantelzorgers en professionals die hen verzorgen. Dit betekent per definitie maatwerk. Er is niet één unieke manier om innovatieve technologie op te schalen, zeker niet bij de kwetsbare groep mensen met dementie. Al is het maar omdat deze mensen vaak ook andere aandoeningen of beperkingen hebben. Patiënten en professionals worden via diverse kanalen geïnformeerd over de mogelijkheden, o.a. via

het traject Zorgvannu, via de brancheorganisaties, via Vilans of Zorgvoorbeter.

Vraag 349

Wordt er bij de opschaling van innovatieve toepassingen van gezondheids-technologie (eHealth) rekening gehouden met de (verminderde) digitale vaardigheden van ouderen en zo ja, op welke manier blijven deze toepassingen toegankelijk voor ouderen?

Antwoord:

Aan de (verminderde) digitale vaardigheden van ouderen wordt expliciet aandacht besteed. Het is belangrijk dat iedereen gebruik kan maken van de kansen die slimme gezondheidstoepassingen te bieden hebben. VWS zet zich daarom in voor het bevorderen van digitale vaardigheden van zorgprofessionals en burgers, inclusief ouderen.

Specifiek voor ouderen organiseert het VWS-programma Zorg van Nu samen met de ouderenbond KBO-PCOB zogenaamde tea-health bijeenkomsten. Hier worden circa 300 tabletcoaches getraind in het digitaal vaardiger maken van ouderen en kunnen zij tevens kennis opdoen van slimme zorgoplossingen.

Tevens participeert VWS in de Coalitie Digivaardig in de Zorg waaruit o.a. de kennissite voor digitale vaardigheden www.digivaardiginezorg.nl is voortgekomen. In de regio Utrecht zijn 14 verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties (VVT instellingen) met het digivaardigprogramma begonnen. De zorgprofessionals uit de VVT-sector krijgen ook hoe zij ouderen uit de instellingen mee kunnen nemen in de digitale ontwikkelingen.

Vraag 350

Zijn de regio's bekend waar nog niet gewerkt wordt aan een regiobeeld? Zo ja, welke zijn dat? Wat zijn de manieren om hen te stimuleren dit wel te gaan oppakken?

Antwoord:

In de hoofdlijnakkoorden is de afspraak gemaakt om regiobeelden te maken. In het voorjaar van 2020 moeten zoveel mogelijk regiobeelden opgeleverd zijn. De regio is de logische plek waar de samenwerking plaats moet vinden, tussen zorg- en hulpverleners, tussen hun organisaties, en met en tussen gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren als inkoopende partijen. Het primaat ligt immers in de praktijk en de ene regio is de andere niet. Dat blijkt ook als in een regio een beeld wordt gemaakt waarbij de ontwikkelingen in de zorgbehoefte worden afgezet tegen het aanbod. Alle betrokken partijen werken samen om te komen tot een goed regiobeeld voor elke regio. Voor de hand ligt uit te gaan van de zorgkantorregio, maar dit is niet in beton gegoten. Mochten regiobeelden niet tot stand komen via andere partijen, dan neemt de zorgverzekeraar hier het voortouw in.

Vraag 351

In hoeverre worden de transformatiemiddelen benut die horen bij de beweging de Juiste Zorg op de Juiste Plek?

Antwoord:

Uit de monitor transformatiegelden van de NZa blijkt dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars nog slechts beperkt gebruik maken van de beschikbare gelden om het verplaatsen, voorkomen en vervangen van ziekenhuiszorg te financieren. In totaal is hiervoor € 425 miljoen beschikbaar, waarvan € 70 miljoen in 2019. Op de peildatum 1 april 2019 is een bedrag van € 1,5 miljoen voor transformatiegelden opgenomen in de contracten. Verzekeraars gaven in april aan nog over 49 initiatieven in gesprek te zijn

met ziekenhuizen, waarbij ze verwachten in 2019 nog aanvullende afspraken te maken voor in totaal € 27,5 miljoen.

Omdat de beweging van de juiste zorg op de juiste plek nog op gang moet komen, wordt in aanvang nog weinig gebruik gemaakt van de transformatiegelden. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen geven aan dat zij wel afspraken maken in het kader van de juiste zorg op de juiste plek maar dat ze hier niet altijd de transformatiegelden voor inzetten. De NVZ gaat in gesprek met ZN om te kijken hoe het volgend jaar beter kan. De NZa zal de monitor herhalen op basis van definitieve contracten, met 1 april 2020 als eerstvolgende peildatum.

Vraag 352

Op welke manier wordt de arrangeur bekostigd? Welke administratieve lasten brengt dit met zich mee?

Antwoord:

De arrangeur, de dorpsregisseur of de leefcoach, allen namen voor degenen die in het experiment Domeinoverstijgend samenwerken in een van de drie regio's de centrale functie vervullen voor het voor de cliënt regelen van noodzakelijke informele en formele ondersteuning en zorg, worden betaald op prestatietitel «wijkverpleging» in het kader de Zorgverzekeringswet. Er zijn hiermee geen extra administratieve lasten gemoeid ten opzichte van die voor de bekostiging van reguliere wijkverpleging.

Vraag 353

Kunt u specificeren welke beperkingen in het systeem volgens koplopers niet terecht zijn?

Antwoord:

Van koplopers heb ik nog geen onoverkomelijke systemische beperkingen vernomen. Dit blijkt ook uit de voorbeelden van de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Hieruit blijkt vooral dat indien er in een bepaalde wijk of gebied een krachtig draagvlak is, er energie ontstaat om zorg te vervangen, verplaatsen of voorkomen waarbij er praktische oplossingen bedacht worden om de patiënt centraal te stellen. Deze voorbeelden laten zien dat dit mogelijk is binnen het systeem (zie de voorbeelden op www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl). Het is van belang dat we met elkaar leren van hoe deze initiatieven van de grond kwamen en hoe eventuele problemen overkomen werden, zodat de elementen die werken uit deze voorbeelden vermenigvuldigd kunnen worden op andere plaatsen. Daarom is de actielijn van het delen van knowhow van de beweging de Juiste Zorg op de Juiste Plek ook zo belangrijk.

Vraag 354

Hoe verhoudt de analyse van de verkenner die een regiobeeld voor Flevoland heeft opgesteld, waarbij de twee grootste zorgverzekeraars het voortouw nemen, zich met het concept van regiobeelden? Ziet u het als een mogelijkheid voor alle regio's om een verkenner de analyse te laten opstellen?

Antwoord:

In de bestuurlijke akkoorden (hoofdpijnenakkoorden) is afgesproken dat partijen regiobeelden maken. Het regiobeeld Flevoland is hier een goed voorbeeld van. Mochten regiobeelden niet tot stand komen via andere partijen, dan neemt de zorgverzekeraar hier het voortouw in. Het ligt niet voor de hand om voor alle regio's een verkenner aan te wijzen.

Vraag 355

Wie bewaakt dat de zorgbehoefte van de regio's niet groter wordt dan de som der delen?

Antwoord:

In bestuurlijke akkoorden (hoofdpijnenakkoorden) is met alle betrokken partijen geregeld dat de zorg goed georganiseerd moet worden. Deze afspraken liggen voor de komende vier jaar vast. Het realiseren en het bewaken van de afspraken is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de betrokken partijen.

Vraag 356

Hoe vaak wordt er gebruikgemaakt van het loket zorgvoorinnoveren.nl?

Antwoord:

Het afgelopen jaar zijn 74 zorgaanbieders en mkb-ers geholpen via het loket van Zorgvoorinnoveren. Het komende jaar wordt de samenwerking tussen Nederlandse Zorgautoriteit, Zorginstituut Nederland, ZonMw en Ministerie VWS geïntensiveerd, mede met de bedoeling het bereik van het loket te vergroten. De ondersteuning richting innovatoren wordt uitgebreid, enerzijds door de «eerstelijns» vraagbaakfunctie te versterken, anderzijds door specialisten in de «moederorganisaties» eerder en directer te betrekken bij de beantwoording van meer complexe vragen.

Vraag 357

Wie maken er gebruik van het loket zorgvoorinnoveren.nl en wat voor een type vragen worden er gesteld?

Antwoord:

Bij het loket komen voornamelijk vragen binnen van zorgaanbieders en mkb-ers. Het gaat merendeels om vragen over wet- en regelgeving, zoals de voorwaarden kan en mag e-health ingezet worden, is de e-healthtoepassing onderdeel van het verzekerd pakket, op welke wijze kan worden voorzien in bekostiging. Ook zijn er verzoeken om hulp bij het vinden van financiering of bij het opschalen van een toepassing.

Vraag 358

Wat wordt er gedaan om het loket zorgvoorinnoveren.nl onder de aandacht te brengen?

Antwoord:

Behalve via de gebruikelijke internetkanalen wordt Zorgvoorinnoveren onder de aandacht gebracht door stands op (afgelopen jaar 14) congressen en bijeenkomsten, en bijvoorbeeld het VWS Programma Zorg van Nu. Om de bekendheid verder te vergroten worden momenteel een communicatiestrategie en een plan ontwikkeld voor proactieve dienstverlening aan de doelgroep zorgaanbieders en mkb-ers die e-health toepassingen willen opschalen. Uit de praktijk blijkt dat er nog steeds veel vragen zijn over de inzet van e-health en opschaling daarvan. Dit zijn vragen waar Zorgvoorinnoveren bij kan helpen.

Vraag 359

Hoe ziet het eerste beeld over het experiment Domeinoverstijgend werken eruit?

Antwoord:

Er zijn nog geen tussenresultaten te melden. De aanpak duurt tot 2021. Het onderzoek wordt geëvalueerd door een externe partij die begin 2021 een rapportage zal opleveren.

Vraag 360

Lopen er, naast het experiment Domeinoverstijgend werken, meer experimenten waarbij er financiële afspraken over de domeinen heen worden gemaakt? Zo ja, wat voor een experimenten en waar? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Er zijn geen vergelijkbare experimenten zoals in Ede, Dongen en Hollandscheveld. Wel zijn er 7 domeinoverstijgende experimenten op basis van de beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten. Om te stimuleren dat partijen meer domeinoverstijgend gaan experimenteren ga ik verkennen of een wetswijziging nodig is.

Vraag 361

Welke gemeenten hebben een huisvestingsbeleid voor topsporters die verplicht op een Centrum voor Topsport en Onderwijs (CTO) moeten zitten?

Antwoord:

VWS heeft geen zicht op welke gemeenten een specifiek huisvestingsbeleid hebben voor topsporters die op een CTO moeten zitten. Voor alle topsporters en talenten die wonen en trainen op een Centrum voor Topsport en Onderwijs (CTO) wordt in eerste instantie door de betrokken sportbond en het CTO voor passende huisvesting gezorgd. Indien nodig worden gemeenten hierbij betrokken.

Vraag 362

Wat zijn de aanpassingen die nodig zijn in de bekostiging van de gecombineerde leefstijlinterventie en hoe en wanneer worden deze doorgevoerd?

Antwoord:

Met ingang van 1 januari 2019 heeft de NZa tarieven en prestaties voor de GLI vastgesteld. De GLI kan sindsdien vanuit het basispakket worden vergoed. Er zijn geen verdere aanpassingen nodig in de bekostiging.

Vraag 363

Zal het experiment Domeinoverstijgend werken (met als doel ouderen langer in hun eigen omgeving te houden middels een arrangeur) bij positieve uitkomsten in meer gemeenten worden uitgezet?

Antwoord:

Het welslagen van het experiment Domeinoverstijgend samenwerken is van vier samenwerkende partijen afhankelijk. De start van het experiment heeft eertijds gelegen bij aanbieders van zorg. Als de resultaten van het experiment aantonen dat cliënten inderdaad een hogere kwaliteit van leven ervaren en er meer doelmatigheid kan worden bereikt, dan kan dit aanleiding zijn voor andere aanbieders, maar evenzeer andere gemeenten, verzekeraars of zorgkantoren om elkaar op te zoeken om op vergelijkbare wijze betere zorg te gaan leveren.

Vraag 364

Hoe breed zijn de partijen in de regio die (in het kader van regiobeeld.nl) de vraag en aanbod in kaart brengen? Betreft dit ook de jeugdzorg, ggz en wmo?

Antwoord:

Het gaat in beginsel om alle onderdelen en partijen van de zorgsector.

Vraag 365

Wat is de stand van zaken van het op te richten kennisplatform? Wie zijn er bij de oprichting van dit platform betrokken? Is er een universitair element in dit platform verankerd?

Antwoord: Begin oktober heeft de eerste bijeenkomst van het Kennisplatform JZOJP plaatsgevonden. Het Kennisplatform richt zich op het samenbrengen van vertegenwoordigers uit het beleid, de praktijk en de wetenschap. Het beoogt wetenschappelijk onderzoek beter te laten aansluiten bij de dagelijkse praktijk. Centraal bij deze bijeenkomst stond de opdrachtformulering en het tijdpad van de kennissynthese, benodigd om een kennisagenda te realiseren. De kennissynthese richt zich op het inzichtelijk maken van beschikbare en de (nog) niet aanwezige kennis, en de implicaties voor het type onderzoek. Op basis hiervan zal een eerste versie van de kennisagenda geformuleerd worden die zal verschijnen in het voorjaar 2020.

Vraag 366

Kan zorgvoorinnoveren.nl als basis dienen voor de oprichting van het kennisplatform?

Antwoord:

De oprichting van het Kennisplatform vereist nauwe samenwerking met de diverse partijen waaronder vertegenwoordigers uit het beleid, de praktijk en de wetenschap. Betrokken partijen gaan de komende tijd bepalen op welke manier zij het Kennisplatform gaan vormgeven. Hierbij kan ook overwogen worden om gebruik te maken van bestaande initiatieven. De webpagina zorgvoorinnoveren.nl dient als wegwijzer voor zorgvernieuwers. Tevens dient het om bijvoorbeeld zorginnovatie te communiceren, innovatie vraagstukken bespreekbaar te maken en informatie over bijeenkomsten te verstrekken. Het doel van zorgvoorinnoveren.nl wijkt hiermee af van het doel van het Kennisplatform.

Vraag 367

Wat wordt de rol van het Ministerie van VWS bij de ontwikkelingen in de regio? Wat betekent actief aanhaken?

Antwoord:

In de hoofdlijnenakkoorden hebben partijen aangegeven dat zij regio-beelden zullen opstellen. Daarin wordt gezien wat de behoeftes in de regio zijn, zowel om te inventariseren hoe de zorgvraag wordt opgevangen als om na te denken over de toekomstige zorgvraag en hoe de regio hiermee om moet gaan. Ook wordt bekeken of er eventuele knelpunten zijn. Vervolgens zal worden gezien wat de ontwikkelingen zijn die nodig zijn in die regio. Het ministerie wil hierbij betrokken worden en zien wat er speelt in de regio en om te kunnen helpen waar dat nuttig en nodig is. Ook zal de informatie die uit de regiobeelden naar voren komt worden gebruikt om de analyse in de contourennota te verfijnen en funderen.

Vraag 368

Zijn er ook doelstellingen voor de korte termijn opgenomen, aangezien in de begroting staat: «We willen dat mensen de juiste zorg en ondersteuning op de juiste plek krijgen. Als het kan in de eigen omgeving. Het liefst gewoon thuis. We willen dat in 2030 zorg 50% meer (of vaker) in de eigen leefomgeving (in plaats van in zorginstellingen) wordt georganiseerd, samen met het netwerk van mensen»? Wat is het streven voor de jaren tot aan 2030?

Antwoord:

Dit betreft één van de missies voor de maatschappelijke uitdaging gezondheid en zorg, zoals vastgesteld door het kabinet voor de topsector Life Sciences and Health, welke staat vermeld in de beleidsagenda op pagina 13. Deze missie gaat over het naar de thuissituatie verplaatsen van bepaalde medische zorg voor (chronisch) zieken welke nu plaatsvindt in zorginstellingen, zoals ziekenhuizen of klinieken. Hierin zijn geen korte termijn doelstellingen opgenomen.

Vraag 369

Vanaf welke leeftijd moet de zorg in het jaar 2030 50% meer (of vaker) in de eigen leefomgeving (in plaats van in zorginstellingen) worden georganiseerd, samen met het netwerk van mensen?

Antwoord:

Deze vraag betreft één van de missies voor de maatschappelijke uitdaging gezondheid en zorg, zoals vastgesteld door het kabinet voor de topsector Life Sciences and Health (zie de beleidsagenda op pagina 13). Deze missie gaat over het naar de thuissituatie verplaatsen van bepaalde medische zorg voor (chronisch) zieken die nu plaatsvindt in zorginstellingen, zoals ziekenhuizen of klinieken. Het gaat er bijvoorbeeld om dat patiënten voor behandeling en monitoring van COPD, van hart- en vaatziekten en diabetes niet langer voor periodieke controles naar het ziekenhuis hoeven, maar dat dit comfortabel vanuit huis kan. Er is binnen deze missie geen specifieke leeftijdsgroep vastgesteld.

Vraag 370

Op basis van welk wetenschappelijk onderzoek en specifiek op basis van welke criteria concludeert u dat je het beste in Nederland kunt wonen als je zorg nodig hebt?

Antwoord:

Hiervoor haal ik met name de vergelijkende studies aan van de OECD en de European Observatory on Health Systems and Policies, zoals het landenprofiel gezondheid wat in 2017 voor alle Europese landen is gemaakt (https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_nl_dutch.pdf). Een andere relevante bron vormt het RIVM-rapport «Het Nederlandse gezondheidszorgsysteem in internationaal perspectief» dat ik in juli 2018 naar de Tweede Kamer heb gestuurd (Kamerstuk 32 620, nr. 204). In deze rapporten worden zeer veel indicatoren gebruikt om de kwaliteit en toegankelijkheid van delen van de zorg te meten, maar een goede samenvattende indicator vormt vermijdbare sterfte (voortijdig overlijden dat met tijdige en doeltreffende zorg had kunnen worden voorkomen). Nederland is een van de beter presterende landen op deze indicator. Bij mannen scoort enkel Frankrijk beter; bij vrouwen ligt de vermijdbare sterfte in zeven andere Europese landen lager.

Vraag 371

Wat was de verwachte opbrengst van de eigen bijdrage, voor zowel de Wmo als Wlz over 2019?

Antwoord:

De opbrengst van de eigen bijdragen Wlz 2019 werd in de VWS-begroting 2019 geraamd op € 1.868 miljoen.

De eigen bijdragen Wmo vallen onder de verantwoordelijkheid van gemeenten. Dit betreft zowel opbrengsten van eigen bijdragen van maatwerkvoorzieningen als opbrengsten van eigen bijdragen van algemene voorzieningen. Voor de opbrengsten van eigen bijdragen van maatwerkvoorzieningen is geen raming gemaakt, daarnaast bestaat geen

landelijk inzicht in de opbrengsten van eigen bijdragen van algemene voorzieningen.

Vraag 372

Wat wordt de verwachte opbrengst van de eigen bijdrage, voor zowel de Wmo als Wlz in 2019?

Antwoord:

De geactualiseerde opbrengst van de eigen bijdragen Wlz 2019 wordt in de VWS-begroting 2020 geraamd op € 1.843 miljoen.

De eigen bijdragen Wmo vallen onder de verantwoordelijkheid van gemeenten. Dit betreft zowel opbrengsten van eigen bijdragen van maatwerkvoorzieningen als opbrengsten van eigen bijdragen van algemene voorzieningen. Op basis van CAK-cijfers voor de eerste vijf zorgperiodes in 2019 worden de opbrengsten van de eigen bijdragen ingeschat op ca. € 80 mln. op jaarbasis. Daarnaast bestaat geen landelijk inzicht in de opbrengsten van eigen bijdragen van algemene voorzieningen.

Vraag 373

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 374

Voor hoeveel ouderen moeten er in het kader van het programma Langer Thuis in het jaar 2030 50% meer (of vaker) zorg in de eigen leefomgeving (in plaats van in zorginstellingen) worden georganiseerd, samen met het netwerk van mensen?

Antwoord:

Dit betreft geen doelstelling van het Programma Langer Thuis. Ik veronderstel dat in deze vraag wordt verwezen naar één van de missies voor de maatschappelijke uitdaging gezondheid en zorg zoals vastgesteld door het kabinet voor de topsector Life Sciences and Health welke staat vermeld in de beleidsagenda op pagina 13. Het lid Agema verwees hiernaar tijdens het plenaire debat van 25 september jl over het programma Langer Thuis. Zoals in het debat aangegeven gaat deze missie over het naar de thuissituatie verplaatsen van bepaalde medische zorg voor chronisch zieken welke nu plaatsvindt in zorginstellingen, zoals ziekenhuizen of klinieken. Het gaat er bijvoorbeeld om dat patiënten voor behandeling en monitoring van COPD, van hart- en vaatziekten en diabetes niet langer voor periodieke controles naar het ziekenhuis hoeven, maar dat dit comfortabel vanuit huis kan.

Vraag 375

Wat is het aantal ouderen dat behoort bij het percentage van 50% in het jaar 2030 dat de zorg meer of vaker in de eigen leefomgeving in plaats van in een zorginstelling, zoals verpleeghuis zal ontvangen?

Antwoord:

Dit betreft één van de missies voor de maatschappelijke uitdaging gezondheid en zorg, zoals vastgesteld door het kabinet voor de topsector Life Sciences and Health, welke staat vermeld in de beleidsagenda op

pagina 13. Deze missie gaat over het naar de thuissituatie verplaatsen van bepaalde medische zorg voor (chronisch) zieken welke nu plaatsvindt in zorginstellingen, zoals ziekenhuizen of klinieken. Het gaat er bijvoorbeeld om dat patiënten voor behandeling en monitoring van COPD, van hart- en vaatziekten en diabetes niet langer voor periodieke controles naar het ziekenhuis hoeven, maar dat dit comfortabel vanuit huis kan. Er is binnen deze missie geen specifieke leeftijdsgroep vastgesteld.

Vraag 376

Waaruit bestaat het netwerk van mensen? Maken familie, vrienden, burens, vrijwilligers en overige onbetaalde krachten hier deel van uit?

Antwoord:

Het netwerk van individuen bestaat uit de sociale omgeving waar zij een beroep op kunnen doen. Familie, vrienden, burens, vrijwilligers en overige onbetaalde krachten zijn hier onderdeel van.

Vraag 377

Waarom wordt het feit dat de zorguitgaven al voor het zesde jaar op rij onder de economische groei uitkomen toegeschreven aan het beleid op kostenbeheersing en niet aan andere zaken, zoals bijvoorbeeld zorgmijding?

Antwoord:

Kostenbeheersing is inderdaad de belangrijkste verklaring voor het feit dat de groei van de zorguitgaven tussen 2013 en 2018 zes jaar lang onder de economische groei is uitgekomen. Gezien de stand van de economie aan het begin van die periode en de groei in de daaraan voorafgaande jaren van de zorguitgaven was kostenbeheersing in de zorg toen een belangrijke prioriteit. In de periode 2013–2018 heeft onder andere de hervorming van de langdurige zorg zijn beslag gekregen en zijn er voor het eerst hoofdlijnenakkoorden afgesloten met verschillende sectoren in de curatieve zorg.

De cijfers over zorgmijding, zoals die onder andere zijn opgenomen in de VWS-monitor, geven geen aanleiding om te veronderstellen dat zorgmijding een belangrijke factor is geweest achter de relatief lage groei van de zorguitgaven.

Vraag 378

Waarop is gebaseerd dat de komende jaren de groei van de zorguitgaven toch weer boven de economische groei zal uitkomen, nu er sprake is van een significante trendbreuk ten aanzien van de groei van de zorguitgaven? Waarom wordt er niet gerekend met drie scenario's: lager, gemiddeld en hoger dan de economische groei?

Antwoord:

De verwachting dat de groei van de zorguitgaven vanaf 2019 weer boven de economische groei zal uitkomen is voor een belangrijk deel het gevolg van de investeringen die dit kabinet doet, zoals in de verpleeghuiszorg en de jeugdzorg. De besparingen die voortvloeien uit de hoofdlijnenakkoorden en de maatregelen op de genees- en hulpmiddelen kennen juist een geleidelijke oploep tot en met 2022. Daarnaast speelt ook een rol dat de economische groei vanaf 2019 naar verwachting lager uit komt dan in de meest recente jaren die achter ons liggen.

Met betrekking tot de vraag naar de drie scenario's geldt dat de begrotingssystematiek een puntschatting vereist. Zoals voor de gehele rijksbegroting geldt, wordt ook voor de zorg één raming gemaakt van de ontwikkeling van de uitgaven. Overigens geldt dat de constatering dat de zorguitgaven naar verwachting harder groeien dan de economie een

uitkomst is van die raming (en die van de economische groei), maar dit niet een uitgangspunt is.

Vraag 379

Kunt u nader toelichten hoe u precies wilt bereiken dat in het jaar 2030 van de mensen met een chronische ziekte of levenslange beperking het deel dat naar wens en vermogen kan meedoen in de samenleving met 25% is toegenomen?

Antwoord:

In het kader van het vernieuwde Topsectorenbeleid heeft het Ministerie van VWS in samenwerking met andere departementen en stakeholders in april 2019 missies vastgesteld op het gebied van Gezondheid en Zorg (TK, 33 009, nr. 70). De in de vraag genoemde doelstelling is onderdeel van deze missies. Op basis van deze missie wordt door de topsector Life Science and Health (LSH) een kennis- en innovatie-agenda opgesteld, waarin beschreven wordt welke kennis en innovatie ontwikkeld moet worden om de missie te realiseren. De verwachting is dat de kennis- en innovatie-agenda in november van dit jaar vastgesteld kan worden.

Vraag 380

Verwachten de onderzoekers van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) dat de zorgkosten in 2040 verhoudingsgewijs twee keer zo hoog zullen worden, of bedoelt het RIVM in absolute kosten (inclusief of exclusief inflatiecorrectie)?

Antwoord:

In het Trendscenario van het RIVM (<https://www.vtv2018.nl/zorguitgaven>) stijgen de reële zorguitgaven tot 174 miljard euro in 2040. Reëel betekent exclusief de loon- en prijsontwikkeling. Het betreft dus een verhoudingsgewijze verdubbeling van de zorgkosten.

Vraag 381

Hoe haalbaar wordt de maximale volumegroei in de verschillende hoofdlijnenakkoorden geschat?

Antwoord:

Ik acht de afspraken in de bestuurlijke akkoorden haalbaar. VWS heeft met veldpartijen in verschillende sectoren bestuurlijke afspraken gemaakt over de beschikbare kaders, gekoppeld aan een inhoudelijke agenda. Alle partijen hebben zich aan die afspraken gecommitteerd. Op basis van realisatiecijfers wordt gedurende de periode 2019–2022 gaandeweg zichtbaar in hoeverre de beschikbare volumegroei wordt benut. De partijen van de bestuurlijke akkoorden monitoren samen de voortgang van de akkoorden en bespreken dit in de bestuurlijke overleggen. Daarbij is ook aandacht voor de ontwikkeling van de uitgaven.

Vraag 382

Hoe is de verwachte stijging van de zorgkosten, op te maken uit het schema, verwerkt in de langetermijnbegroting van het rijk?

Antwoord:

De rijksbegroting kent alleen ramingen voor de middellange termijn. De groei in de ramingen voor de zorg is gebaseerd op de groei zoals geraamd door het CPB bij het begin van de kabinetsperiode. In die raming is rekening gehouden met de demografische ontwikkelingen zoals geraamd door het CBS en RIVM.

Enkele onderzoeksinstituten, zoals RIVM en CPB, maken wel analyses over de lange termijn ontwikkeling van de zorguitgaven. Daarin wordt rekening gehouden met de demografische ontwikkelingen op lange termijn.

Vraag 383

Kunt u aangeven wat andere landen anders doen waardoor zij (aanzienlijk) lagere uitgaven hebben aan langdurige zorg? Gaat het hierbij om minder zorg, soberdere zorg of hogere eigen bijdragen?

Antwoord:

Uit het OECD-rapport *Health at a Glance 2017* blijkt dat relatief veel Nederlandse 65-plussers langdurige zorg ontvangen. Er zijn in Nederland ook nog relatief veel bedden in de langdurige zorg; geen enkel ander OECD-land had in 2015 meer bedden voor langdurige zorg in instellingen en ziekenhuizen. In andere landen wordt dus over het algemeen minder langdurige zorg geleverd. Of deze ook van soberder kwaliteit is kan ik niet beoordelen, omdat er nauwelijks internationaal vergelijkbare kwaliteitsindicatoren zijn voor de langdurige zorg. Wel is bekend dat de eigen bijdragen voor langdurige zorg in Nederland lager zijn dan in veel andere westerse landen. Dat blijkt uit de OECD-studie *Measuring Social Protection for Long-Term Care* (https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/measuring-social-protection-for-long-term-care_a411500a-en).

Vraag 384

Klopt het dat er te weinig plekken zijn voor multi-problematiek in de ggz (bijvoorbeeld de combinatie (Licht) Verstandelijk Gehandicapten ((L)VG) en autisme)? Kunnen de wachtlijsten hiervan in kaart worden gebracht?

Antwoord:

In de volwassen-ggz worden de wachttijden per hoofddiagnosegroep geregistreerd. Als iemand een combinatie van (L)VG en autisme heeft, zal de wachttijd op de hoofddiagnosegroep «pervasieve stoornissen» geschreven worden. Daardoor zijn de wachttijden voor mensen met multiproblematiek niet eenvoudig uit de wachttijdcijfers te herleiden. Ik ben er geen voorstander van om zorgaanbieders te vragen de wachttijden voor multiproblematiek in de ggz te registreren. Dit is lastig vanuit het oogpunt van eenduidige definities en zou de registratie een stuk ingewikkelder maken.

In opdracht van de stuurgroep wachttijden (bestaande uit GGZNL, MeerGGZ, MIND en ZN) heeft bureau HHM onderzoek gedaan naar specifieke cliëntgroepen in de aanpak wachttijden, waaronder mensen met (L)VB en ggz-problematiek. HHM constateert dat de wachttijden in het bijzonder een probleem zijn bij de zwaardere subgroep van deze doelgroep. Dat zijn mensen met complexe psychische problematiek die door een verstandelijke beperking verder gecompliceerd wordt. Voor mensen met dergelijke vormen van multiproblematiek is het lastiger om de juiste zorg te vinden. Er zijn verschillende voorzieningen die deze mensen en hun verwijzers daarbij kunnen helpen, zoals de zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar en het Centrum voor Consultatie en Expertise, maar daarmee wordt niet alle complexe casuïstiek vanzelf opgelost. Ik ben momenteel met partijen in gesprek hoe we kunnen zorgen dat juist ook deze doelgroep zo snel mogelijk passende zorg krijgt.

Vraag 385

Kunt u de kosten voor de overheid uiteenzetten wat maatwerkvoorzieningen vanuit de Wmo kosten vóór de invoering van het abonnements-tarief en na de invoering van het abonnementstarief? En straks voor de algemene voorzieningen?

Antwoord:

De kosten van Wmo-voorzieningen (zowel maatwerk- als algemene voorzieningen) worden betrokken in de landelijke monitor om de gevolgen van de invoering van het abonnementstarief in beeld te brengen. Op dit moment is deze informatie nog niet beschikbaar. De eerste monitorrapportage, die in oktober 2019 verschijnt, zal voor de ontwikkeling van het gebruik en de kosten van Wmo-voorzieningen betrekking hebben op 2017 en 2018. De cijfers over 2018 dienen te worden beschouwd als een nulmeting. In september 2020 zullen de kwantitatieve uitkomsten over het jaar 2019, via de tweede monitorrapportage, beschikbaar komen. Op dat moment is het ook mogelijk om een volledig beeld over het jaar 2019 te schetsen.

Vraag 386

In hoeverre leidt de invoering van het abonnementstarief tot een hoger gebruik van maatwerkvoorzieningen in de Wmo?

Antwoord:

De ontwikkeling van het gebruik van Wmo voorzieningen wordt betrokken bij de landelijke monitor om de gevolgen van de invoering van het abonnementstarief in beeld te brengen. Op dit moment is deze informatie nog niet beschikbaar. De eerste monitorrapportage, die in oktober 2019 verschijnt, zal voor het gebruik en de kosten van Wmo voorzieningen betrekking hebben op 2017 en 2018. De cijfers over 2018 dienen te worden beschouwd als een nulmeting. In september 2020 zullen de kwantitatieve uitkomsten over het jaar 2019, via de tweede monitorrapportage, beschikbaar komen. Op dat moment is het ook mogelijk om een volledig beeld over het jaar 2019 te schetsen.

Vraag 387

Kunnen de brutozorguitgaven inclusief de uitgaven aan de Wmo en jeugdzorg die op de VWS-begroting oplopen naar € 92 miljard in het jaar 2021 gegeven worden sinds het jaar 1970, zowel in absolute als relatieve (aan het BBP) zin, uitgesplitst per zorgwet (waarbij bijvoorbeeld de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) genomen wordt in de jaren voor de 2015)?

Antwoord:

In de onderstaande tabel zijn de bruto zorguitgaven 1996 tot en met 2021 zowel in absolute als relatieve (in % bbp) zin opgenomen. De bruto zorguitgaven zijn gepresenteerd volgens de brede definitie waarbij alle zorguitgaven worden meegenomen waarvoor de bewindspersonen van VWS beleidsverantwoordelijk zijn. In de brede definitie worden de bruto zorguitgaven onder het Uitgavenplafond Zorg (Zvw en Wlz), de vanaf 2019 naar de algemene uitkering van het gemeentefonds overgehevelde uitgaven voor de Wmo en jeugdzorg en de zorguitgaven die verantwoord worden op de begroting van VWS meegenomen.

Cijfers over de zorguitgaven van vóór 1996 zijn niet beschikbaar in de VWS- en Financiën-administratie. Wel is er in de VWS-begroting 2013 (TK 33 400 XVI, nr. 2) op pagina 142 en in de miljoenennota 2013 (TK 33 400, nr. 1) op pagina 28 een figuur opgenomen met CPB-cijfers over de ontwikkeling van de zorguitgaven vanaf het jaar 1972, uitgedrukt in procenten van het bbp.

Ontwikkeling van de bruto zorguitgaven en -ontvangsten brede definitie 1996-2021 (bedragen x € 1 miljard)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003 ¹	2004	2005	2006 ²	2007 ⁴	2008
Bruto Zwv-uitgaven ³	15,6	15,7	16,2	17,1	18,1	20,0	22,3	23,5	23,7	24,3	25,3	26,1	31,5
In % bbp	4,5%	4,2%	4,1%	4,1%	4,0%	4,2%	4,4%	4,6%	4,5%	4,4%	4,3%	4,2%	4,9%
Bruto AWBZ/Wlz-uitgaven ³	9,4	12,3	12,8	13,5	14,6	16,2	18,4	20,2	21,2	22,2	23,0	22,9	21,8
In % bbp	2,7%	3,3%	3,3%	3,2%	3,2%	3,4%	3,7%	3,9%	4,0%	4,0%	3,9%	3,7%	3,4%
Bruto Wmo en jeugd-uitgaven ⁴	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	1,5
In % bbp	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%
Bruto VWS-begroting-uitgaven ⁵	3,9	2,6	3,1	3,3	3,3	3,9	5,5	3,1	3,0	3,2	3,6	4,6	3,7
In % bbp	1,1%	0,7%	0,8%	0,8%	0,7%	0,8%	1,1%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,7%	0,6%
Bruto zorguitgaven brede definitie	29,0	30,6	32,2	33,9	36,1	40,2	46,2	46,8	48,0	49,8	52,0	55,0	58,5
In % BBP	8,4%	8,3%	8,2%	8,1%	8,0%	8,3%	9,2%	9,1%	9,1%	9,0%	8,9%	8,9%	9,0%

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

2 De Zorgverzekeringswet (Zvw) is in 2006 ingevoerd. Daarvoor maakten deze uitgaven deel van het Ziekenfondswet (ZFW), particuliere verzekeringen, eigen betalingen ZFW en eigen betalingen particulieren.

3 De cijfers van de Zwv en Wlz zijn niet gecorrigeerd voor overhevelingen.

4 Hierin zijn de naar de algemene uitkering van het gemeentefonds overgehevelde uitgaven voor de Wmo en jeugdzorg meegenomen.

5 Hierin zijn de zorguitgaven die verantwoord worden op de VWS-begroting meegenomen.

	2009	2010 ¹	2011	2012	2013	2014	2015 ²	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Bruto Zwv-uitgaven ³	33,8	35,5	36,0	36,7	38,2	39,2	41,8	43,8	45,1	46,6	49,3	51,0	53,0
In % bbp	5,4%	5,5%	5,5%	5,6%	5,8%	5,8%	6,1%	6,2%	6,1%	6,0%	6,1%	6,1%	6,2%
Bruto AWBZ/Wlz-uitgaven ³	23,2	24,1	25,2	27,9	27,5	27,8	19,5	19,9	20,4	21,4	23,6	25,1	27,0
In % bbp	3,7%	3,8%	3,9%	4,3%	4,2%	4,1%	2,8%	2,8%	2,8%	2,8%	2,9%	3,0%	3,1%
Bruto Wmo en jeugd-uitgaven ⁴	1,5	1,5	1,5	1,5	1,6	1,7	7,0	6,9	6,8	7,1	7,9	7,9	8,0
In % bbp	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	1,0%	1,0%	0,9%	0,9%	1,0%	1,0%	0,9%
Bruto VWS-begroting-uitgaven ⁵	4,2	4,4	6,2	5,8	4,5	4,5	3,0	2,9	3,1	3,3	4,1	4,2	4,0
In % bbp	0,7%	0,7%	0,9%	%	0,7%	0,7%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%	0,5%
Bruto zorguitgaven brede definitie	62,8	65,6	69,0	72,0	72,8	73,4	71,5	73,6	75,5	78,5	84,9	88,3	92,0
In % bbp	10,0%	10,3%	10,6%	11,0%	11,0%	10,9%	10,4%	10,4%	10,2%	10,1%	10,5%	10,6%	10,7%

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

2 De Wet langdurige zorg (Wlz) is in 2015 in werking getreden.

3 De cijfers van de Zwv en Wlz zijn niet gecorrigeerd voor overhevelingen.

4 Hierin zijn de naar de algemene uitkering van het gemeentefonds overgehevelde uitgaven voor de Wmo en jeugdzorg meegenomen.

5 Hierin zijn de zorguitgaven die verantwoord worden op de VWS-begroting meegenomen.

Bron: VWS

Vraag 388

Klopt het dat in deze begroting geen middelen zijn opgenomen om mensen in een Wlz-instelling met (veel) bijkomende kosten tegemoet te komen en een betere overbrugging te regelen voor mensen die Wlz-zorg nodig hebben maar dit niet vragen vanwege kosten?

Antwoord:

Het klopt dat de overgang naar een instelling met grote veranderingen gepaard kan gaan, niet alleen op persoonlijk vlak, maar ook op financieel vlak. In principe geldt voor verblijf in een instelling de zogenoemde «hoge eigen bijdrage». In deze «hoge eigen bijdrage» zitten ook de kosten voor wonen, energie en voeding verwerkt. De cliënt heeft hier geen aanvullende kosten meer voor. Om de overgang van de thuissituatie naar het verblijf in een instelling te overbruggen betaalt de cliënt de eerste vier maanden van het verblijf de «lage eigen bijdrage». Indien een cliënt een thuiswonende partner heeft of voorziet in het levensonderhoud van thuiswonende kinderen blijft de cliënt ook na deze vier maanden de «lage eigen bijdrage» betalen. De eigen bijdragen in de Wlz zijn voorts inkomens- en vermogensafhankelijk. Er is dus geen reden om de eigen bijdrage op een andere manier vast te stellen, hiervoor zijn geen middelen in de begroting opgenomen.

Tegelijkertijd erkent het kabinet dat zorgkosten kunnen stapelen en heeft daarom een pakket aan maatregelen genomen om deze stapeling te verlagen. Voor de eigen bijdrage van de Wlz is het marginale tarief verlaagd en de vermogensinkomensbijtelling gehalveerd. Hierdoor tellen zowel inkomen als vermogen minder zwaar mee in de berekening van de eigen bijdrage.

Vraag 389

Wat zijn de criteria op basis waarvan de grens over het onderhandelen van de prijs van geneesmiddelen is gesteld op € 50.000 per patiënt of € 40 miljoen per jaar?

Antwoord:

Het bedrag van € 50.000 per behandeling maakt onderdeel uit van de criteria om een sluisprocedure te starten, zoals is beschreven in de toelichting op de algemene maatregel van bestuur (AMvB) waarmee de sluis verankerd is in het Besluit zorgverzekering (Staatsblad 2018, 131), en in het Schriftelijk Overleg over deze AMvB (Kamerstuk 29 477, nr. 418). De regering merkt het bedrag van minimaal € 50.000 per behandeling aan als uitzonderlijk hoge kosten per behandeling. Middelen met die kosten 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. De relatief hoge kosten per behandeling hebben dan immers ook een substantieel effect op de macrokosten hetgeen op belangrijke schaal tot verdringing van zorg kan leiden. Hierdoor worden in ieder geval de geneesmiddelen met de grootste financiële risico's aangepakt. Zie ook de Voortgangsbrief financiële arrangementen 2015.

De kosten van een middel zeggen niets over de effectiviteit van een middel, maar hebben wel een relatie met de kosteneffectiviteit. Dit zijn beiden criteria die het Zorginstituut hanteert bij pakketadviezen en zijn terug te leiden tot criteria die door de commissie Dunning zijn geformuleerd. 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. Door juist deze middelen in de sluis te plaatsen kunnen met een financieel arrangement of met afspraken over gepast gebruik de kosten zodanig worden verlaagd dat het geneesmiddel kosteneffectief wordt en geen bijzondere financiële risico's meebrengt.

Een macrokostenbeslag van meer dan 40 miljoen euro is, ook in vergelijking met andere dure intramurale geneesmiddelen, hoog: uit cijfers van Zorgprisma voor het jaar 2015 blijkt dat minder dan 6% van de dure intramurale geneesmiddelen in 2015 een dermate fors macrokostenbeslag had. Afgezet tegen de totale uitgaven aan dure intramurale geneesmiddelen gaat het echter om een aanzienlijk aandeel: 50% van de circa € 1,84 miljard in 2015 voor dure intramurale geneesmiddelen gaat naar geneesmiddelen met een macrokostenbeslag van € 40 miljoen of meer per jaar. Vanuit het oogpunt van kostenbeheersing komt een intramuraal geneesmiddel met een dergelijk hoog kostenbeslag sowieso in aanmerking voor een kritische toetsing.

Vraag 390

Kunt u concreet aangeven op welke besparingen wordt gedoeld bij het programma Goed Gebruik?

Antwoord:

Het ZonMw programma Goed Gebruik Geneesmiddelen faciliteert en financiert onderzoek hoe geneesmiddelen in de praktijk kwalitatief beter en doelmatiger toegepast kunnen worden. De besparingen die mogelijk zijn door het programma Goed Gebruik Geneesmiddelen ontstaan als de resultaten vanuit het onderzoek in de dagelijkse praktijk worden overgenomen. Waardoor door een doelmatigere toepassingen van medicijnen geld bespaard wordt, zonder dat er ingeboet wordt op kwaliteit.

Bij de evaluatie van het programma Goed Gebruik Geneesmiddelen in 2017 heeft ZonMw het rapport «Kostenbesparingen door programma Goed Gebruik Geneesmiddelen» laten opstellen om de mogelijke besparingen in kaart te brengen. In dit rapport kunt u uitgebreid lezen om wat voor een besparingen het gaat. Ik heb dit rapport op 19 december 2017 naar uw Kamer gestuurd (zie:

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2017/12/19/begeleidende-brief-bij-evaluatie-goed-gebruik-geneesmiddelen-programma-2012-2017>).

Vraag 391

Wanneer wordt de verkenning van de Sociaal-Economische Raad (SER) naar de gevolgen van de stijging van de zorgkosten verwacht?

Antwoord:

In de verkenningaanvraag aan de Sociaal-Economische Raad (SER) (bijlage bij TK 32 620, nr. 208) heb ik aangegeven dat ik de uiteindelijke verkenning graag eind 2019 ontvang. De SER is echter een onafhankelijke adviesraad en beslist zelf wanneer de verkenning gereed is voor publicatie.

Vraag 392

Wie heeft die grens van € 50.000 voor een geneesmiddel bepaald? Waar is dat bedrag op gebaseerd? Zitten er bij de onderhandelaars ook deskundigen als medisch specialisten, apothekers en ervaringsdeskundigen, of zitten er alleen maar ambtenaren en boekhouders?

Antwoord:

Het bedrag van € 50.000 per behandeling maakt onderdeel uit van de criteria om een sluisprocedure te starten, zoals is beschreven in de toelichting op de algemene maatregel van bestuur (AMvB) waarmee de sluis verankerd is in het Besluit zorgverzekering (Staatsblad 2018, 131) en in het Schriftelijk Overleg over deze AMvB (Kamerstuk 29 477, nr. 418). 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. Door juist deze middelen in de sluis te plaatsen kunnen met een financieel arrangement of met afspraken over gepast gebruik de kosten zodanig worden verlaagd dat het geneesmiddel kosteneffectief wordt en geen bijzondere financiële risico's meebrengt.

Bij de onderhandelaars zitten mensen met verschillende achtergronden, waaronder gezondheidswetenschappen, gezondheidseconomie en ook specifieke deskundigheid op het gebied van farmacie, medische biologie en farmacologie.

Vraag 393

Hoeveel gezondheidswinst hebben geneesmiddelen de afgelopen decennia opgeleverd? Kan dit weergegeven worden in gewonnen levensjaren? Wat is de kostenontwikkeling van geneesmiddelen geweest de afgelopen tien jaar?

Antwoord:

Het is duidelijk dat geneesmiddelen bijgedragen hebben aan gezondheidswinst voor miljoenen patiënten de afgelopen decennia. Ik wil hier, en zeker niet uitputtend, wel voorbeelden noemen hoe de behandeling van diabetes, kanker, HIV, hepatitis, longaandoeningen, reuma, auto-immuunziektes en weesziektes verbeterd is. Met name ook door geneesmiddelen. Uw vraag over de hoeveelheid gezondheidswinst die geneesmiddelen de afgelopen decennia hebben opgeleverd is echter niet kwantitatief te beantwoorden.

De uitgavenontwikkeling aan geneesmiddelen in Nederland is wel kwantitatief te geven. In onderstaand tabel staan deze weergegeven.

uitgaven geneesmiddelen binnen Zvw		2010	2011	2012	2013
extramuraal	€ 3.820	€ 3.790	€ 3.740	€ 3.170	€ 2.940
intramuraal (add-ons)	€ 520	€ 580	€ 590	€ 1.170	€ 1.530
totaal	€ 4.340	€ 4.370	€ 4.330	€ 4.340	€ 4.470
groei		0,7%	-0,9%	0,2%	3,0%
uitgaven geneesmiddelen binnen Zvw	2014	2015	2016	2017	2018
extramuraal	€ 2.920	€ 3.050	€ 3.080	€ 3.120	€ 3.190
intramuraal (add-ons)	€ 1.660	€ 1.790	€ 1.890	€ 2.090	€ 2.150
totaal	€ 4.580	€ 4.840	€ 4.970	€ 5.210	€ 5.340
groei	2,5%	5,7%	2,7%	4,8%	2,5%
bron: GIPdatabank en GIPeilingen (Zorginstituut), 2018 betreft een inschatting (m.n. intramuraal kan nog wijzigen)					

Vraag 394

Aan welke geneesmiddelen waren er de afgelopen jaren tekorten? Welke rol speelt het preferentiebeleid hierbij?

Antwoord:

In 2018 waren er 1390 meldingen van leveringsproblemen, over 1029 verschillende geneesmiddelen. Het komt regelmatig voor dat bedrijven door het jaar heen voor hetzelfde geneesmiddel meerdere keren een leveringsprobleem melden. In de meeste gevallen is er een goed alternatief beschikbaar, bijvoorbeeld een geneesmiddel van een andere fabrikant met dezelfde werkzame stof in dezelfde sterkte. Om op tijd een goed alternatief te vinden, is het belangrijk dat bedrijven goed en tijdig melden.

Ondanks dat er voor veel geneesmiddelen een alternatief geneesmiddel beschikbaar was of uit het buitenland gehaald kon worden, is er in 2018 alsnog een aantal tekorten ontstaan waarvoor er geen of niet direct een ander vergelijkbaar geneesmiddel beschikbaar was. Het CBG en IGJ hebben bij deze tekorten, oplossingen aangedragen om de gevolgen voor patiënten zoveel mogelijk te beperken. Dit zijn de middelentekorten waarover het CBG heeft gepubliceerd: Disulfiram (Refusal), Levothyroxinenatrium Teva, Levodopa/carbidopa, Mupirocine (Bactroban), Tilmanocept (Lymphoseek) en Levothyroxine (Thyrofix). <https://www.meldpuntgeneesmiddelentekortendefecten.nl/binaries/meldpunt-geneesmiddelentekorten-en--defecten/documenten/rapporten/2018/03/26/rapportage-meldpunt-geneesmiddelentekorten-en--defecten-2017/Rapportage+Meldpunt+geneesmiddelentekorten+en+-defecten+2017.pdf>

In 2018 hield de zorgelijke situatie rond de tekorten van smal spectrum antibiotica aan. Inmiddels zijn de feneticilline capsules weer beschikbaar gekomen. Naast deze kritische tekorten waren er ook tekorten die veel media-aandacht kregen. Een voorbeeld hiervan is het tekort aan de anticonceptiepil.

Op basis van de rapportage van het Meldpunt heb ik onderzocht welk percentage geneesmiddelen waarvoor het Meldpunt in 2018 een verwacht leveringsprobleem heeft ontvangen bij één van de vier grote verzekeraars (CZ, Menzis, VGZ en Zilveren Kruis) in het preferentie-of inkoopbeleid was opgenomen. Uit deze analyse blijkt dat minder dan 15% van de geneesmiddelen producten betreffen die in het preferentiebeleid van verzekeraars waren opgenomen in 2018.

Vraag 395

Wanneer wordt het rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) over de beheersing van de zorgkosten op de langere termijn verwacht?

Antwoord:

Naar verwachting wordt het rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) eind 2020 of begin 2021 gepubliceerd. De WRR is echter een onafhankelijk adviesorgaan en beslist zelf wanneer het rapport gereed is voor publicatie.

Vraag 396

Wanneer is de Brede Maatschappelijke Heroverweging «Een toekomstbestendig zorgstelsel» klaar?

Antwoord:

In de planning worden de rapporten van de Brede maatschappelijke heroverwegingen uiterlijk februari 2020 afgerond. De onderzoeksrapporten worden vervolgens zonder kabinetsreactie of ambtelijk advies aan uw Kamer aangeboden.

Vraag 397

Hoe is het commitment in de regio georganiseerd?

Antwoord:

Partijen hebben zich onder andere gecommitteerd aan de Juiste Zorg Op de Juiste Plek via de hoofdlijnenakkoorden en hebben afgesproken via de regiobeelden met elkaar de feiten te verzamelen over de (toekomstige) zorgvraag en het zorgaanbod in de regio. Idee is dat alle betrokkenen afspraken maken op het gebied van preventie en leefstijl, zorg- en hulpverleners en organisaties uit de verschillende domeinen met elkaar samenwerken én dat er goed wordt doorverwezen vanuit het curatieve domein naar het sociale domein. Met de contourennota blijft het bestaande commitment een belangrijk onderdeel.

Vraag 398

Waarom wordt de inkomensgroei niet vertaald naar meer budgettaire ruimte voor ziekenhuiszorg en geneesmiddelen?

Antwoord:

Het kabinet houdt rekening met de toenemende vraag naar zorg. Elk jaar gaat er dan ook meer geld naar zorg. In de budgettaire ruimte voor zorgsectoren wordt hier rekening mee gehouden met zogenoemde groeiruimte. In het Financieel Beeld Zorg in de VWS-begroting is de beschikbare groeiruimte per sector verwerkt. Deze ruimte is bedoeld om de autonome groei, waaronder groei als gevolg van demografische groei en inkomensontwikkeling, op te vangen.

Tegelijk probeert het kabinet de stijging van belastingen en zorgpremies binnen de perken te houden. In de medisch-specialistische zorg zijn op basis van het regeerakkoord met veldpartijen bestuurlijke afspraken gemaakt over de budgettaire ruimte. Voor de geneesmiddelen zijn in het regeerakkoord afspraken gemaakt over maatregelen om de uitgavengroei te beperken.

Vraag 399

In hoeverre zijn er sancties voor regio's die niet bezig zijn met het opstellen van een regiobeeld? Zijn er voornemens om die te gaan invoeren, gezien het belang van die regiobeelden?

Antwoord:

Uitgangspunt is om samenwerking in de regio te bevorderen. Vanuit de hoofdlijnenakkoorden zijn reeds bestuurlijke afspraken gemaakt om op te schalen als het niet goed gaat. Daarnaast wil VWS nadrukkelijker aanhaken, zeker als de samenwerking niet goed loopt.

Vraag 400

Hoe wordt aan «de vrijblijvendheid voorbij» vormgegeven?

Antwoord:

Zie antwoord op vraag 399.

Vraag 401

Wat wordt er verstaan onder een brede basis van preventie in de regio?

Antwoord:

Vanuit het gedachtegoed van de Juiste Zorg Op de Juiste Plek is voorkomen van (duurdere of zwaardere) zorg de beste manier om mensen te helpen in hun functioneren en de zorg op de lange termijn houdbaar te houden. Partijen hebben zich gecommitteerd aan de juiste zorg op de juiste plek via de hoofdlijnenakkoorden en hebben afgesproken via de

regiobeelden met elkaar de feiten te verzamelen over de (toekomstige) zorgvraag en het zorgaanbod in de regio. Daaruit blijkt ook voor welke onderwerpen preventie het meest gewenst is. Dit kan per regio verschillen. Idee is dat alle betrokkenen afspraken maken op het gebied van preventie en leefstijl, zorg- en hulpverleners en organisaties uit de verschillende domeinen met elkaar samenwerken én dat er goed wordt doorverwezen vanuit het curatieve domein naar het sociale domein. Denk bijvoorbeeld aan afspraken over het aanpakken van schulden in plaats van het voorschrijven van bloeddrukverlagers, of aan afspraken over de Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) voor mensen met overgewicht of valpreventie voor ouderen.

Vraag 402

Wie zijn de key players van de hoofdlijnenakkoorden? Zijn dat alle ondertekenaars van alle akkoorden?

Antwoord:

Ja, dat kunnen alle ondertekenaars zijn van de hoofdlijnenakkoorden afhankelijk van wat er speelt in de regio. Al deze partijen hebben zich gecommitteerd aan de gemaakte afspraken. De medewerking van al deze partijen is van belang om deze afspraken te realiseren. Bij de verschillende acties die voortkomen uit de gemaakte afspraken is afgesproken welke partij(en) het voortouw nemen bij de realisatie van deze acties.

Vraag 403

Wat wordt bedoeld met de passage «De omslag naar samenhangende zorg en ondersteuning vereist ook organiserend vermogen van gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren om via hun inkoop koers en regie aan te brengen; hun zorgplicht kan niet beperkt blijven tot één domein, de plicht tot goede zorg overstijgt de domeinen»? Klopt het dat op basis van artikel 11 zorgverzekeraars een zorgplicht hebben maar deze toeziet op de Zvw? Zijn er wetten in voorbereiding om de zorgplicht ook naar andere domeinen/zorgwetten uit te breiden voor verzekeraars, gemeenten of zorgkantoren?

Antwoord:

De (toenemende) zorgvraag komt niet zozeer van patiënten met een enkelvoudige aandoening, maar van patiënten met complexe behoeften. Denk aan kwetsbare mensen, zoals patiënten met verschillende chronische aandoeningen en mensen met behoeften op meerdere leef en zorgdomeinen. Dat vereist dus organiserend vermogen van gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren. De beweging de Juiste Zorg op de Juiste Plek die het veld heeft ingezet vereist een brede invulling van de reeds bestaande zorgplichten in alle domeinen. Het gaat er immers om de zorgbehoefte centraal te stellen en op die manier de zorg te voorkomen, verplaatsen of vervangen zodat de zorg dichterbij het leven van de patiënt georganiseerd wordt. Met de verschillende zorgplichten bedoel ik die uit de Zvw, Wmo en Wlz. Artikel 11 van de Zvw ziet toe op de zorgplicht die verzekeraars hebben voor hun eigen verzekerden met betrekking tot Zvw zorg. Daarnaast hebben Wlz uitvoerders, voor Wlz zorg, zorgplicht op grond van artikel 4.2.1 lid 1 van de Wlz. Deze zorgplicht ziet toe op de ingeschreven verzekerden. In artikel 2.1.1 Wmo is opgenomen dat het gemeentebestuur zorg draagt voor maatschappelijke ondersteuning en de kwaliteit en continuïteit van voorzieningen. De gemeenten, verzekeraar en Wlz-uitvoerder zullen samen moeten werken om aan deze zorgplichten te kunnen voldoen. Er zijn geen wetten in voorbereiding. Onderdeel van de contourennota is te bezien of aanpassing in de wet- en regelgeving nodig is.

Vraag 404

Hoeveel meldingen ontvangt de IGJ jaarlijks met betrekking tot de ouderenzorg, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuiszorg?

Antwoord:

Zie de beantwoording bij vraag 405 waar de meldingen naar zorgsector zijn uitgesplitst.

Vraag 405

Hebben de meldingen die de IGJ binnenkrijgt betrekking op veel dezelfde problemen? Zo ja, welke problemen zijn dit?

Antwoord:

De IGJ ontving in 2018 ruim 11.000 meldingen. De IGJ deelt de ontvangen meldingen in naar zorgsector en kent daarbij vier categorieën van melding: Calamiteit, Geweld in de zorgrelatie, Ontslag disfunctioneren en Andere melding. Bijgaand het overzicht van de cijfers van 2018, afgerond naar tientallen. De cijfers van 2019 volgen in het Jaarbeeld 2019.

Zorgsector	Calamiteit	Geweld in zorgrelatie	Ontslag disfunctioneren	Andere melding	Totaal
Eerstelijns acute zorg	270	0	10	50	330
Eerstelijns farmacie	20	0	10	140	170
Eerstelijnszorg	80	10	10	400	500
Farmaceutische bedrijven	0	0	0	1.720	1.720
Gehandicaptenzorg	110	120	30	270	530
GGZ	100	60	30	350	540
Jeugd	100	140	0	320	560
Medisch-specialistische zorg	1.030	0	30	470	1.530
Medische technologie	10	0	0	3.910	3.920
Mondzorg	0	0	10	150	160
Netwerkgzorg	0	0	0	10	10
Preventie	0	0	0	10	10
Producten	0	0	0	110	110
Verpleging & verzorging	430	90	90	580	1.190
Zorg aan asielzoekers en justitiabelen	30	10	0	50	90

Vraag 406

Hoeveel sancties heeft de IGJ in 2019 uitgedeeld en hoeveel was dat in vorige jaren? Kunt u dit duiden?

Antwoord:

Maatregel	2014	2015	2016	2017	2018	2019 ¹
<i>Opgelegde boetes</i>	34	46	55	59	56	37
<i>Opgelegde lasten onder dwangsom</i>	47	337	296	575	1178	100
<i>Gegeven aanwijzingen</i>	9	4	21	29	23	24
<i>Ingesteld Verscherpt Toezicht</i>	21	11	20	10	14	11
<i>Ingediende tuchtzaken</i>	34	24	24	15	15	14
<i>Opgelegde bevelen</i>	5	6	4	9	3	2
Totaal:	150	428	420	697	1.289	188

¹ Voorlopige aantallen (t/m tertiaal 2).

Zie hierboven de aantallen interventies van de IGJ vanaf 2014. Op de opgelegde lasten onder dwangsom na, is het aantal opgelegde maatregelen stabiel. 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 2018 vindt in de tweede helft van 2019 plaats.

De aantallen interventies zijn voor 2019 nog niet goed te duiden aangezien ze de eerste helft van 2019 betreffen. Nadere duiding volgt in het Jaarbeeld 2019 van de IGJ.

Vraag 407

Wat is de invulling van de concrete en landelijk dekkende invulling van het samenwerkingsnetwerk op gebied van ouderenzorg?

Antwoord:

De uitwerking van de invulling is te vinden in het document «werkstructuur-voor-zorgkantoren-zorgverzekeraars-en-gemeenten-in-de-regio» dat op 2 juli jl. als bijlage bij de Kamerbrief over voortgangrapportage programma Langer Thuis aan uw Kamer verzonden is.²⁴ Zorgverzekeraars, zorgkantoren (ZN) en gemeenten (VNG) beschrijven in dit document de met VWS afgesproken werkstructuur voor de drie speerpunten ouderenzorg, GGZ en preventie, waarbij zij samenwerken binnen de 31 zorgkantorregio's.

Doel is om concrete regionale afspraken te maken over inkoop van verschillende vormen van zorg, inclusief de financiering op drie prioriteiten ouderenzorg, preventie en GGZ. Daarnaast draagt de samenwerking bij aan:

- o Inzicht in effectieve samenwerking (good practices) en dit verder op te schalen;
- o Duiden van rollen en verantwoordelijkheden;
- o Mogelijkheden verkennen voor betere verdeling van baten/lasten, de consequenties hiervan en onder welke condities dat wel/niet mogelijk is;
- o Verhelderen waar knelpunten zitten in de praktijk en wet- en regelgeving;
- o Verder staat het de regio's vrij om elk inhoudelijk onderwerp dat van belang is binnen de regionale setting uit te werken.

Uitgangspunt is dat de werkstructuur in oktober 2019 operationeel is. In januari 2020 zal een eerste meting (nulmeting) plaatsvinden voor het periodieke venster op het samenwerkingsproces. Zoals toegezegd tijdens het plenair debat Langer Thuis van 25 september, zal in januari ik uw Kamer informeren over de stand van zaken m.b.t. de regiovorming waar ZN-VNG initiatief toe hebben genomen.

Vraag 408

Is er sinds inwerkingtreding van de Wet van 23 januari 2019 tot wijziging van de Jeugdwet en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en de Zorgverzekeringswet in verband met het handhaven van de mogelijkheid om gemeenten in uitzonderingsgevallen tot samenwerking te verplichten en in verband met het verminderen van uitvoeringslasten, gebruikgebruikt van de delegatiegrondslag om gemeenten te dwingen tot samenwerking?

Antwoord:

Zowel bij de uitvoering van de Jeugdwet als de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 is er tot op heden geen gebruik gemaakt van deze

²⁴ kenmerk 1543060-192182-DMO.

grondslag. Op dit moment worden, bij de uitvoering van de Wmo2015, afspraken gemaakt tussen bijvoorbeeld gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars over samenwerking op regionaal niveau. Ook bij de uitvoering van de Jeugdwet wordt ingezet op het versterken van de regionale samenwerking.

Vraag 409

Hoe is de medezeggenschap van personeel en cliënten in de Zorg & Welzijn sector wettelijk geborgd?

Antwoord:

De medezeggenschap van het personeel in de zorg- en welzijnssector is wettelijk geborgd in de Wet op de ondernemingsraden (WOR). Volgens de WOR moeten instellingen die vijftig of meer werknemers hebben, verplicht een ondernemingsraad hebben. Kleinere instellingen kunnen vrijwillig een personeelsvertegenwoordiging instellen. Als een meerderheid van de werknemers erom vraagt, zijn instellingen verplicht deze in te stellen. Kleine instellingen die geen personeelsvertegenwoordiging hebben, zijn verplicht personeelsvergaderingen te houden. De medezeggenschap van cliënten in de zorg is wettelijk geborgd in de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz). Deze wet is onlangs ingrijpend gewijzigd (Wmcz 2018) en het voornemen is om de nieuwe wet per 1 juli 2020 in werking te laten treden. Volgens de Wmcz 2018 moet iedere instelling die in de regel met meer dan tien natuurlijke personen zorg verleent, een cliëntenraad instellen die de gemeenschappelijke belangen van de betrokken cliënten behartigt. Voor een aantal aangewezen categorieën instellingen is de drempel gelegd bij vijftwintig natuurlijke personen. Kleinere instellingen kunnen vrijwillig een cliëntenraad instellen.

De medezeggenschap van cliënten in de welzijnssector is wettelijk geborgd in de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO 2015). Volgens de WMO 2015 moet iedere gemeenteraad bij verordening bepalen ten aanzien van welke voorzieningen een regeling voor medezeggenschap van cliënten over voorgenomen besluiten van de aanbieder die voor de gebruikers van belang zijn, vereist is.

Vraag 410

Wat wordt specifiek verstaan onder de governance in het zorgstelsel?

Antwoord:

Het geheel van taken, verantwoordelijkheden en rollen in het stelsel.

Vraag 411

Hoe is de ondersteuning van de verschillende regio's geregeld bij het formuleren van de verschillende behoeften met als doel input voor de contourennota?

Antwoord:

Komende tijd wordt gekeken of en wat er in elke regio aan ondersteuning nodig is, waarbij zoveel mogelijk wordt gekeken naar maatwerk per regio. In de contourennota wordt hier verder op ingegaan.

Vraag 412

Wat wordt bedoeld met «mogelijkheden om vanuit langdurige zorg te investeren in het sociale domein»?

Antwoord:

Bij domeinoverstijgend werken gaat het vaak niet om extra budget maar om de totale beschikbare middelen anders te verdelen, zodat zwaardere en duurdere zorg voorkomen kan worden. Hierbij valt te denken aan

budget dat vanuit de Wlz wordt ingezet in het sociaal domein om zwaardere zorg te voorkomen. Om te stimuleren dat partijen meer domeinoverstijgend gaan experimenteren ga ik verkennen of een wetswijziging nodig is. Ik verwacht de uitkomsten van deze verkenning eind 2019 af te ronden.

Vraag 413

Hoe wordt er bij het maken van de regiobeelden rekening gehouden met de wens om de huidige zorgplicht breder in te vullen?

Antwoord:

De regiobeelden zorgen dat in kaart wordt gebracht wat er in de regio's geregeld is en waar mogelijksterwijs aanvullende afspraken nodig zijn om de domeinoverstijgende zorg te verbeteren. Daarmee worden de verschillende zorgplichten (Zvw, Wlz, Wmo, Jeugdwet en preventie) directer tegen elkaar aangelegd.

Vraag 414

Op welke andere wijze gaat het ministerie na hoe wet- en regelgeving kan bijdragen aan een betere organiseerbaarheid en betaalbaarheid van de zorg?

Antwoord:

Er zijn diverse programma's van het Ministerie van VWS die tot doel hebben de organiseerbaarheid en betaalbaarheid te verbeteren. Daar waar die programma's knelpunten in wet- en regelgeving constateren, worden die aangepakt.

Vraag 415

Hoeveel mensen werken er op dit moment in de zorg, uitgesplitst naar de wetten Wlz, Wmo, Zvw en de Jeugdwet?

Antwoord:

Er zijn geen gegevens beschikbaar over de werkgelegenheid in de zorg, uitgesplitst naar wetten. Wel is het aantal werknemers per branche binnen de zorg bekend. Zie hiervoor het antwoord op vraag 881.

Vraag 416

Wat zijn de meest recente cijfers over de uitstroom van mensen die in de zorg werken? En de (zij-)instroom?

Antwoord:

In het eerste kwartaal van 2019 zijn 112.970 mensen de zorg uitgestroomd ten opzichte van een jaar eerder. De instroom bedroeg in diezelfde periode 150.570.

Het meest recente cijfer voor wat betreft zij-instroom betreft het jaarcijfer over 2018. In 2018 waren er 38.790 zij-instromers in de zorg²⁵.

Vraag 417

Wat is de mening van de verschillende betrokken beroepsgroepen bij taakherschikkingen? Zijn er ook tegenstanders? Zo ja, wie?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 285.

Vraag 418

Welke partijen zitten in de aangehaalde regio's waar de Regionale Actieplannen Aanpak Tekorten (RAAT's) worden opgesteld per regio aan

²⁵ Bron: CBS, AZW-statline.

tafel, te denken valt hierbij aan onderwijsinstelling x, werkgeverorganisatie y en beroepsgroep z?

Antwoord:

In het kader van het actieprogramma *Werken in de Zorg* werken in iedere regio partijen samen via een Regionaal Actieplan Aanpak tekorten (RAAT). De precieze samenstelling van de partijen die aan tafel zitten, hangt af van de gekozen aanpak in een regio en kan daarmee dus verschillen. Uitgangspunt is een brede betrokkenheid: vanuit individuele zorgorganisaties, onderwijsinstellingen, medewerkers, gemeenten en UWV. Voor meer informatie over welke partijen betrokken zijn bij de RAATs verwijzen we u naar www.regioplus.nl.

Vraag 419

Is er ooit intern of extern onderzoek verricht naar de relatie van marktwerking in de zorg en toegenomen administratie en werkdruk? Zo ja, kunt u de resultaten van dit onderzoek met de Kamer delen?

Antwoord:

Een dergelijk onderzoek is mij niet bekend.

Vraag 420

Hoeveel verdient de gemiddelde tandarts bruto op jaarbasis met tien jaar werkervaring in loondienst en als zelfstandige?

Antwoord:

Het is mij niet bekend wat de gemiddelde tandarts bruto op jaarbasis met tien jaar werkervaring in loondienst of als zelfstandige verdient. In de mondzorg gelden maximumtarieven voor de handelingen die in rekening mogen worden gebracht. De NZa stelt deze maximumtarieven vast. Bij het berekenen van deze tarieven wordt uitgegaan van een norminkomen. In 2018 was het inkomensbestanddeel dat gehanteerd werd in de tarieven voor de tandheelkundige zorg € 133.257,-. De tarieven worden jaarlijks geïndexeerd.

Vraag 421

Op welke manier zijn de overbodige administratielasten teruggedrongen? Hoeveel tijd is een zorgmedewerker gemiddeld kwijt aan administratieve lasten?

Antwoord:

Ik heb uw Kamer hierover recent geïnformeerd met de voortgangsbrief bij het programma (Ont)Regel de Zorg (Kamerstukken II, 2018/19, 29 515, nr. 441). Zoals blijkt uit de onderzoeken waar ik in die brief naar verwijs, varieert de (ingeschatte) tijdsbesteding aan administratieve lasten per beroepsgroep van 27 tot 42% van hun werkweek.

Vraag 422

Hoeveel van de 77.000 ontslagen zorgmedewerkers zijn benaderd met het verzoek terug te keren in de zorgsector? Zijn er zorgmedewerkers benaderd met dit verzoek? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Ik beschik niet over gegevens over het aantal ontslagen zorgmedewerkers dat is benaderd, door bijvoorbeeld een werkgever, met het verzoek tot terugkeer. Wel starten we een pilot met Pensioenfonds Zorg en Welzijn om een kleine groep oud-zorgmedewerkers van ongeveer 3.000 mensen te benaderen om ze te enthousiasmeren om weer aan de slag te gaan in de zorg. Mocht deze pilot succesvol blijken, dan zullen we deze uitbreiden naar een veel grotere groep.

Vraag 423

Hoe verhoudt het Actieprogramma Werken in de zorg – met het doel om de tekorten in de zorg terug te dringen – zich tot het besluit om de opleidingscapaciteit voor geneeskundestudenten te verminderen (zie de begroting van het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, pagina 71)?

Antwoord:

Er is geen sprake van een tekort aan basisartsen. Anno 2016 bedroeg dit reservoir 5.102 artsen. Het Actieprogramma «Werken in de zorg» is daar niet op gericht. Het besluit om de opleidingscapaciteit voor geneeskundestudenten te verminderen waardoor het reservoir aan basisartsen afneemt, heeft geen relatie met het Actieprogramma.

Vraag 424

Waarop is het voornemen gebaseerd om het aantal opleidingsplekken voor geneeskundepatiënten te verminderen? Welk probleem wordt met dit besluit opgelost?

Antwoord:

Het Capaciteitsorgaan adviseert periodiek over de instroom in de erkende vervolgopleidingen tot geneeskundig specialist en in samenhang daarmee over de instroom in de initiële opleiding geneeskunde. Dit laatste advies is gericht aan de Minister van OCW en bepaalt de omvang van het reservoir aan basisartsen. Deze bedroeg 5.102 basisartsen in 2016, terwijl de helft van dit aantal volgens het Capaciteitsorgaan destijds volstond voor de wenselijke instroom in de vervolgopleidingen. In lijn hiermee en gelet op de toenemende werkloosheid onder basisartsen is de numerus fixus door de Minister van OCW verlaagd.

Vraag 425

Wat is het effect van de capaciteitsvermindering van opleidingsplekken Geneeskunde op het personeelstekort in de zorg op korte en lange termijn? En wat zijn de effecten op het zorgaanbod van deze maatregel op de korte en lange termijn?

Antwoord:

Capaciteitsvermindering van de initiële opleiding geneeskunde heeft geen direct effect op het personeelstekort in de zorg en het zorgaanbod op korte en lange termijn. Capaciteitsvermindering heeft wel direct effect op het reservoir aan basisartsen. Over de wenselijke omvang van dit reservoir zal geactualiseerd inzicht bestaan op basis van het komende integrale ramingsadvies, dat in december van dit jaar wordt verwacht. Zie ook de antwoorden op vragen 423 en 424.

Vraag 426

Constaterende dat het actieprogramma Werken in de Zorg wordt geïntensiveerd; wat gaat u doen om de mensen die al in de zorg werken te stimuleren om in de zorg te blijven werken?

Antwoord:

Om de mensen die in de zorg werken te stimuleren om in de zorg te blijven werken (behoud van personeel) gaan we concreet:

- Het nieuwe Regioteam vragen om in elke regio expliciet aandacht voor het voorkomen van uitstroom te hebben.
- Steunen we een programma van VenVN en CNV gericht op het beter betrekken van medewerkers binnen organisaties en in de regio.
- Delen we goede voorbeelden en organiseren diverse bijeenkomsten via het actie leer netwerk.
- Zetten we verder in op de aanpak van regeldruk via schrapsessies.

- Monitort de Commissie Werken in de Zorg in de gesprekken die zij voert met alle regio's of het behoud van medewerkers in de regio's goed wordt opgepakt, ook samen met de medewerkers.
- Zijn er extra middelen (€ 50 miljoen) toegevoegd aan het budget voor SectorplanPlus (nu in totaal 420 miljoen in deze kabinetsperiode) en bovendien kunnen die middelen worden ingezet voor behoud.

Vraag 427

Kunt u specificeren hoe het actieprogramma Werken in de Zorg is geïntensiveerd?

Antwoord:

In de brief van 11 maart 2019²⁶ is beschreven wat we onder de intensivering verstaan en welke concrete acties we daartoe ondernemen. Zo gaan we meer inzetten op meer betrokkenheid van werknemers. Hiervoor steunen we een programma van VenVN en CNV om dit te realiseren. Ook wordt een «menukaart» als handig middel voor werkgevers en regio's ontwikkeld om te kunnen zien wat voor goede manieren er zijn om medewerkers te betrekken. En binnenkort start het nieuwe Regioteam dat tot doel heeft kwantitatieve en kwalitatieve versnelling in het land te bevorderen. En voor het vierde tijdvak van SectorplanPlus wordt € 50 miljoen extra beschikbaar gesteld. Hiermee komt het totale bedrag dat deze kabinetsperiode via SectorplanPlus kan worden ingezet op € 420 miljoen. Bovendien stellen we met het oog op de noodzakelijke focus op behoud van medewerkers SectorplanPlus met ingang van tijdvak vier ook open voor trajecten gericht op het behoud van medewerkers.

Vraag 428

Hoeveel kosten besparen we indien het preventieakkoord wordt nageleefd?

Antwoord:

Verschillende maatschappelijke kosten-batenanalyses geven inzicht in de maatschappelijke kosten van roken en alcohol. In deze analyses zijn in het geval van roken verschillende maatregelen doorgerekend, maar niet alle maatregelen zoals die in het akkoord staan.

Voor roken heeft het RIVM ook een kosten-batenanalyse gedaan (<https://www.trimbos.nl/docs/754f91b5-ff36-4452-85cb-2e00933ff970.pdf>). Hierbij gaat het om een scenariostudie waarbij is uitgegaan van een rookvrije samenleving in 2050, dan wel een samenleving waarin jongeren vanaf 2017 niet meer beginnen met roken. Hieruit blijkt dat binnen de doorgerekende scenario's de maatschappelijke baten hoger zijn dan de kosten, zie verder ook het antwoord op vraag 439.

Voor alcohol heeft het RIVM eerder dit jaar een maatschappelijke kosten-batenanalyse gepubliceerd waarbij de huidige situatie in kaart is gebracht (<https://www.rivm.nl/publicaties/maatschappelijke-kosten-baten-analyse-van-beleidsmaatregelen-om-alcoholgebruik-te>). Daaruit blijkt dat als alle materiële kosten en baten van alcohol worden opgeteld, de netto kosten in 2013 ongeveer 2,3 tot 4,2 miljard euro waren. Indien ook private kosten worden meegenomen, zoals de kosten van voortijdige sterfte en verlies aan kwaliteit van leven, dan waren de netto kosten in 2013 4,2 tot 6,1 miljard euro. In deze kostenschattingen is het welzijn dat mensen bij het drinken van alcohol kunnen ervaren niet meegenomen, omdat het moeilijk is om dit in maat en getal uit te drukken.

Voor overgewicht zijn voor de Nederlandse context geen maatschappelijke kosten-batenanalyses gedaan. Wel brengt de OECD op 10 oktober een omvangrijk rapport uit over de economische kosten van overgewicht. Uit

²⁶ <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/kamervragen/detail?id=2019Z04706&did=2019D09882>

de VTV 2018 (zie <https://www.vtv2018.nl/leefstijl-en-omgeving>, gebaseerd op de situatie in 2015) blijkt dat ongezonde voeding € 6,0 miljard bijdraagt aan de zorguitgaven en weinig bewegen € 2,7 miljard.

Vraag 429

Wat zou naast roken nog meer de oorzaak kunnen zijn van het hoge incidentie- en prevalentiepercentage van longkanker in Nederland?

Antwoord:

Roken is in 85% van de gevallen de oorzaak van sterfte door longkanker. Naast roken spelen ook omgevingsfactoren en genetische factoren een rol in het ontstaan van longkanker. Zie (<https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/longkanker/cijfers-context/oorzaken-en-gevolgen#node-risicoverhogende-factoren>).

Vraag 430

Kunt u het actuele personeelstekort in de hele zorg van 80.000 specificeren per beroepsgroep?

Antwoord:

Hieronder vindt u een uitsplitsing van het verwachte personeelstekort van 80 duizend in 2022 naar kwalificatie²⁷.

Verwachte tekorten per kwalificatie in 2022 (afgerond op honderdtallen)

Culturele en maatschappelijke vorming (niveau 6)	400
Doktersassistenten (niveau 4)	600
Helpende (niveau 2)	4.300
Medewerker maatschappelijke zorg (niveau 4)	1.000
Pedagogisch medewerker (niveau 4)	400
Mbo-verpleegkundige	27.700
HBO-verpleegkundige	24.500
Verzorgende (niveau 3)	21.200
Totaal	80.100

Bron: Prismant, model zorggebruik

Vraag 431

Hoeveel verpleegkundigen komen er nu precies tekort?

Antwoord:

Het verwachte tekort aan verpleegkundigen in 2022 bedraagt circa 52,2 duizend.

Vraag 432

Erkent u de rol van een groene omgeving in het gevoel van welzijn, en in de preventie van ziekte(kosten)? Zo ja, waarom komt dit niet terug in de begroting voor 2020?

Antwoord:

Groen kan helpen bij het bevorderen en beschermen van de gezondheid. Tegelijkertijd kan groen ook risico's opleveren, bijvoorbeeld als het gaat om de overdracht van infectieziekten door teken en ratten.

In de Landelijke Nota gezondheidsbeleid werkt de Staatssecretaris van VWS samen met het Bestuurlijk Overleg Publieke Gezondheid aan ambities en handelingsperspectief op zowel gezondheidsbescherming als

²⁷ Niet alle kwalificaties binnen zorg en welzijn zijn opgenomen in het model zorggebruik. De kwalificaties die wel zijn meegenomen omvatten circa 60% van alle werknemers in de zorg.

-bevordering via de leefomgeving. Ook is VWS betrokken bij de Nationale Omgevingsvisie (NOVI) en het uitvoeringsprogramma daarvan.

Op de begroting van VWS voor 2020 komt de gezonde leefomgeving terug via het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) alsook via het Dutch Wildlife Health Center en de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA). Voor het overige geldt dat de beleidsverantwoordelijkheid voor het ontwikkelen van de gezonde fysieke leefomgeving bij andere departementen en decentrale overheden ligt.

Vraag 433

Hoeveel vierkante meter groen was er in Nederlandse steden en dorpen gemiddeld beschikbaar per bewoner, in de jaren 2008, 2013 en in 2018?

Antwoord:

VWS heeft geen zicht op de hoeveelheid groen in steden en dorpen. De beleidsverantwoordelijkheid hiervoor ligt bij andere departementen en decentrale overheden.

Vraag 434

Welke regio's hebben relatief veel en welke weinig vierkante meter groen per bewoner?

Antwoord:

Zie vraag 433.

Vraag 435

Hoeveel groene schoolpleinen waren er in de jaren 2008, in 2013 en in 2018? Wat was het totaal aantal schoolpleinen?

Antwoord:

Zie vraag 433. Ook voor schoolpleinen geldt dat VWS hier geen zicht op heeft en dat de beleidsverantwoordelijkheid elders belegd is.

Vraag 436

Hoeveel natuurspeelplekken waren er in de jaren 2008, 2013 en in 2018? Wat was het totaal aantal speelplekken?

Antwoord:

Zie vraag 433. Ook voor natuurspeelplekken geldt dat VWS hier geen zicht op heeft en dat de beleidsverantwoordelijkheid elders belegd ligt.

Vraag 437

Hoeveel overheidsgeld kan, volgens de laatste wetenschappelijke inzichten, bespaard worden als het ministerie stevig inzet op preventie met betrekking tot gezonde voeding, meer bewegen en een groenere omgeving?

Antwoord:

Voor een dergelijke berekening is een maatschappelijke kosten-baten analyse nodig. Voor zover mij bekend is een dergelijke analyse niet gemaakt voor gezonde voeding, meer bewegen en een groenere omgeving. Wel komt op 10 oktober een uitgebreid OECD-rapport uit waarin de economische effecten van obesitas in den brede zijn gekwantificeerd.

Vraag 438

Hoeveel zorgkosten besparen we in 2040 als jongeren niet meer starten met roken?

Antwoord:

De direct aan roken toe te rekenen zorgkosten bedroegen in 2015 2,4 miljard euro (<https://www.vtv2018.nl/synthese-vtv-2018-een-gezond-voorzicht>). Als jongeren niet meer starten met roken zullen deze kosten uiteindelijk 0 euro bedragen, maar per wanneer dit effect in werking treedt is niet bekend. Dit hangt er immers ook vanaf hoe medische zorg zich in de toekomst ontwikkelt. De afname van de direct door roken veroorzaakte zorgkosten betekent echter niet dat de totale zorgkosten evenredig zullen dalen. Door preventie van roken ontstaan op langere termijn namelijk «vervangende ziekten» die niet hadden ontstaan als mensen vroegtijdig overlijden aan de gevolgen van roken. Overigens ontstaan er door stoppen met roken op andere gebieden juist baten (zie antwoord op vraag 439).

Vraag 439

Hoeveel geld loopt de overheid mis als jongeren in 2040 niet meer starten met roken (denk aan accijns)?

Antwoord:

Specifiek ten aanzien van jongeren bestaat een dergelijke berekening niet. Het CPB heeft in 2013 onderzoek gedaan naar de effecten van gezondheid op de overheidsfinanciën (<https://www.cpb.nl/publicatie/toekomst-voor-de-zorg>). Daarbij is berekend wat de totale baten voor de overheid zijn als een individu een jaar langer leeft door een gezondere leefstijl (bijvoorbeeld door niet te roken). Hieruit blijkt dat het voor de overheidsfinanciën vooral van belang is hoe dit extra gezonde levensjaar worden ingevuld. Als in dat extra jaar niet extra wordt gewerkt of geleerd, speelt de overheid ongeveer quitte. Als door de extra gezondheid echter langer en meer wordt gewerkt, en meer wordt geleerd (waardoor de loonsom stijgt), dan stijgen de overheidsinkomsten. Daarentegen zullen de accijnsinkomsten dalen. De tabaksaccijnsinkomsten over 2018 bedragen 2634 miljoen euro. In 2040 zal dit bedrag een stuk lager liggen omdat dan naar verwachting veel minder mensen roken.

Vraag 440

Hoeveel zorgkosten besparen we als we het overgewicht in 2040 terugbrengen naar het niveau van 22 jaar geleden?

Antwoord:

In 2015 bedroegen de direct aan overgewicht toe te schrijven zorgkosten 1,5 miljard euro. Daarnaast is 6 miljard euro toe te schrijven aan ongezonde voeding, en 2,7 miljard euro aan weinig beweging (beide belangrijke risicofactoren van overgewicht). Hoewel deze getallen niet bij elkaar op te tellen zijn doordat in achterliggende studies niet altijd duidelijk is waarvoor is gecorrigeerd, geven deze cijfers aan dat ongezonde voeding, weinig bewegen en overgewicht leidt tot aanzienlijke zorgkosten. Het is echter niet bekend hoeveel de zorgkosten zullen dalen als het aantal mensen met overgewicht in 2040 daalt naar het niveau van 22 jaar geleden.

Vraag 441

Hoeveel geld is de overheid in totaal kwijt om de doelstelling voor het terugdringen van overgewicht te laten slagen?

Antwoord:

In de begroting 2020 staat € 23,8 miljoen voor Gezonde leefstijl en gezond gewicht gereserveerd. Dit bedrag is hoger dan andere jaren door de impuls vanuit het Preventie akkoord. Een aantal voorbeelden van programma's die hieruit worden gefinancierd zijn: Gezonde School en Gezonde Kinderopvang. Daarnaast wordt ook via andere maatregelen,

zoals bijvoorbeeld de Gecombineerde Leefstijlinterventie en de buurt-sportcoaches, ingezet op vermindering van overgewicht en obesitas.

Vraag 442

Is er ooit op het ministerie gesproken over het mogelijk invoeren van een suikertaks- of frisdranktaks? Zo ja, welke beleidsopties en maatregelen zijn overwogen? Kunt u uiteenzetten welke beleidskeuzes globaal gemaakt kunnen worden betreffende het invoeren van een suikertaks? Welke doelstellingen kunnen met een dergelijke taks gehaald worden om het aandeel mensen met overgewicht en obesitas terug te dringen?

Antwoord:

In de aanloop naar het Nationaal Preventieakkoord is gesproken over mogelijke invoer van een suiker- of frisdranktaks. Daarbij zijn drie opties ter sprake geweest: waters vrijstellen van de huidige verbruiksbelasting op niet-alcoholische dranken, alle calorieloze frisdranken vrijstellen van de huidige verbruiksbelasting op niet-alcoholische dranken (in beide gevallen te financieren door compensatie in het tarief voor de overige niet-alcoholische dranken) en een optie met een getrapte belasting met verschillende tarieven, afhankelijk van het suikergehalte (vergelijkbaar met de suikerbelasting in onder andere het Verenigd Koninkrijk). In alle gevallen is gekeken naar een optie om een productgroep te belasten, niet de grondstof suiker. Dat laatste is lastiger uitvoerbaar omdat suiker in zeer veel producten verwerkt is.

Frisdrankbelastingen zijn bewezen effectief bevonden om de consumptie van suikerhoudende dranken te verlagen. Zo blijkt uit onderzoek naar de effecten van dergelijke belastingen in andere landen en Amerikaanse steden, dat een prijsstijging van 10% de consumptie van suikerhoudende dranken met gemiddeld 10% verlaagt (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/obr.12868>). Er bestaat ook onderzoek waaruit blijkt dat deze belastingen kosteneffectief zijn om gezondheidswinst te bereiken, onder andere doordat ze de prevalentie van overgewicht verlagen (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749379715000963>). Dergelijk onderzoek is echter nog niet naar de Nederlandse context vertaald.

Vraag 443

Kunt u toelichten waarom de verhoging van het btw-tarief van 6% naar 9% het voor mensen makkelijker maakt om gezonde producten als groente en fruit te consumeren?

Antwoord:

De BTW op alle levensmiddelen is verhoogd, niet specifiek die op groente en fruit. Het is wat dat betreft dus relatief net zo aantrekkelijk als vóór de tariefaanpassing om een gezonde keuze te maken. Deze maatregel is geen onderdeel van mijn beleid om het makkelijker te maken gezonde producten als groente en fruit te consumeren.

Vraag 444

Welke stappen neemt u om de consumptie van gezonde voeding (met name groente-inname) onder gezinnen met lage inkomens te stimuleren, waar problemen met gezonde eetgewoontes het grootst zijn?

Antwoord:

Voor mensen met lage inkomens geldt vaak dat gedragsverandering via alleen informatieoverdracht en voorlichting niet succesvol is. Daarom zetten we bijvoorbeeld in het Nationaal Preventieakkoord met name in op het gezonder maken van de dagelijkse (voedsel)omgeving om de gezonde keuze makkelijker te maken. De inzet van lokale programma's op het gebied van voeding en overgewicht is met name gericht op de groepen waar de problemen het grootst zijn. Scholen in wijken met veel gezinnen

met lage inkomens krijgen bijvoorbeeld voorrang bij het ondersteuningsaanbod Gezonde School.

Vraag 445

Welke subsidies worden er verleend om een goede keuze te stimuleren in omgevingen zoals de supermarkt, de kantine op school, bij de sportclub en in het ziekenhuis? Wat is de hoogte van deze subsidies?

Antwoord:

Binnen de subsidies voor het Voedingscentrum, JOGG en Gezonde school is een gedeelte voor de inzet voor gezonde omgevingen. Zo werkt JOGG onder andere aan een gezondere sportomgeving. Via het preventieakkoord wordt komend jaar € 3 mln. extra geïnvesteerd in de programma's die omgevingen gezonder maken. Zo werken we onder andere extra aan gezondere kinderopvang, buurten, tankstations, werkomgevingen, schoolkantines, ziekenhuizen en dag attracties. Hierdoor wordt op vele plekken de gezonde keuze gemakkelijker en vanzelfsprekender.

Vraag 446

Hoe groot is het draagvlak onder de Nederlandse bevolking dat jongeren onder de 18 jaar geen alcohol drinken? Waaruit blijkt dit? Bent u bereid dit te onderzoeken? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

56 procent van de Nederlandse bevolking ouder dan 18 jaar is van mening dat het normaal is niet te drinken onder de 18 jaar. Bij jongeren ligt dat percentage rond de 50 procent. Dit blijkt uit het jaarlijkse campagne-effectonderzoek van de NIX18 campagne van juni 2019.

Vraag 447

Hoe worden zorgprofessionals gestimuleerd tot gesprekken over stoppen met roken?

Antwoord:

Voor zorgprofessionals is er een multidisciplinaire richtlijn en een zorgstandaard over de behandeling van een tabaksverslaving. Om de implementatie te bevorderen wordt een e-learning voor huisartsen en andere zorgprofessionals ontwikkeld. Voor zorgprofessionals in de geboortezorg en de jeugdgezondheidszorg is er al een e-learning ontwikkeld door de Taskforce Rookvrije Start, deze biedt praktische handvatten voor het voeren van gesprekken. Tevens wordt er een campagne ontwikkeld gericht op stoppen met roken; deze campagne wordt in samenwerking met zorgprofessionals ontwikkeld en zal ook inspelen op de handelingsmogelijkheden van zorgprofessionals. Tot slot verwacht ik dat de afspraak dat zorgverzekeraars geen eigen risico meer in rekening brengen bij stoppen-met-rokenprogramma's ook een stimulans zal zijn voor zorgprofessionals om stoppers te begeleiden dan wel door te verwijzen.

Vraag 448

Hoe worden gemeenten die een rookvrije generatie nastreven ondersteund?

Antwoord:

De kracht van de Rookvrije Generatie is de positieve insteek en het daarmee verbonden brede maatschappelijke draagvlak om te komen tot rookvrije omgevingen waar kinderen opgroeien, spelen, sporten en naar school gaan. Verschillende gemeenten hebben zich hieraan gecommitteerd. In het preventieakkoord is afgesproken dat gemeenten financieel en inhoudelijk ondersteund worden bij het maken van beleid voor de

Rookvrije Generatie. Voor de ondersteuning van gemeenten gaat er in 2020 € 1,2 miljoen naar de Vereniging voor Nederlandse Gemeenten en de GGD GHOR Nederland.

Vraag 449

Wat zijn directe resultaten van de Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG)-gemeenten?

Antwoord:

In 28 JOGG-gemeenten is een daling van het BMI bij jongeren gemeten. Eind december werden potentieel 1.060.406 kinderen bereikt. Zo zijn er 931 Gezonde Scholen in JOGG-gemeenten. Voor Gezonde Kinderopvang zijn er 262 coaches in JOGG-gemeenten. Het Akkoord Gezonde Voeding op Scholen heeft 688 scholen bereikt. Er zijn 1.548 sportkantines aangesloten bij Team:Fit. Op 369 scholen lopen 26.169 kinderen The Daily Mile. Aan het initiatief Gezond Uit werken 15 dagattracties mee. Het Convenant Gezonde Sportevenementen is ondertekend door 5 gemeenten, 4 sport-marketingbureau's, JOGG en NOC*NSF.

Vraag 450

Welke interventies van JOGG-gemeenten zijn het meest succesvol?

Antwoord:

De meest succesvolle interventie is dat alle JOGG-gemeenten werken volgens de integrale aanpak. Dat is het grootste succes van de JOGG-aanpak. In 2018 zette 93 procent van de JOGG-gemeente het thema DrinkWater in. DrinkWater wordt in vergelijking met de andere thema's het vaakst door JOGG-gemeenten ingezet. Het thema Gratis Bewegen, gewoon doen! werd in het afgelopen jaar door bijna de helft van de JOGG-gemeenten ingezet en op 369 scholen lopen 26.169 kinderen The Daily Mile.

Vraag 451

Met welke nieuwe effectieve interventies worden zorgprofessionals en scholen ondersteund als het gaat om problematisch alcoholgebruik?

Antwoord:

Het ondersteunen van scholen als het gaat om problematisch alcoholgebruik gebeurt vooral met de Gezonde School-aanpak die uitgebreid zal worden met nieuwe interventies die in de interventiedatabase van het Centrum Gezond Leven (CGL) staan beschreven. De nadruk bij het ontwikkelen van deze nieuwe interventies ligt op selectieve en geïndiceerde alcoholpreventie, waarbij ik vooral inzet op kwetsbare groepen binnen het Praktijkonderwijs en het voorgezet speciaal onderwijs. Hieronder valt bijvoorbeeld het (door)ontwikkelen van veelbelovende interventies zoals «Take it Personal» en «Moti-4» tot erkende interventies. Deze interventies zullen naar verwachting in 2021 geïmplementeerd zijn. In het kader van vroegsignalering van alcoholproblematiek ontwikkelen partijen een landelijke e-health keten om ervoor te zorgen dat er landelijk één kwalitatief goede standaard is voor zorgprofessionals en publiek. Deze landelijke keten wordt vrij toegankelijk voor publiek, en zorgprofessionals kunnen ernaar verwijzen of gebruik maken van de aangeboden hulprogramma's. Hieronder valt ook het (door)ontwikkelen van bestaande interventies tot kwalitatief erkende interventies voor specifieke doelgroepen, zoals ouderen en zwangeren.

Vraag 452

Kunt u aangeven welke concrete maatregelen u tot op heden genomen heeft om de consumptie van vlees te ontmoedigen?

Antwoord:

Mijn voedingsbeleid is gebaseerd op de Schijf van Vijf. Voor de gemiddelde Nederlander betekent meer volgens de Schijf gaan eten, minder vlees eten dan hij of zij momenteel doet. Om mensen te stimuleren meer volgens de Schijf te eten, zet ik in op het makkelijker maken van de gezonde keuze via het aanpassen van de eetomgeving rond bijvoorbeeld school- en sportkantines en ziekenhuizen. Het Voedingscentrum heeft richtlijnen gezonde eetomgeving ontwikkeld die door elke voedselaanbieder benut kunnen worden om de eigen winkel, kiosk, kantine etcetera gezonder in te richten.

Vraag 453

Zijn er andere landen die actief sturen op het verminderen van de consumptie van vlees en op welke wijze?

Antwoord:

Mij is niet bekend dat er landen zijn die heel specifiek sturen op het verminderen van de consumptie van vlees. Mijn verwachting is dat in verschillende landen advies over de hoeveelheid vleesconsumptie wel onderdeel is van het advies over een gezond voedingspatroon, zoals het in Nederland onderdeel is van de Schijf van Vijf.

Vraag 454

Welke indicatoren hanteert u om te meten hoe gezond en duurzaam een voedselomgeving is?

Antwoord:

Een voedselomgeving kan gezonder worden ingericht aan de hand van richtlijnen zoals de Richtlijnen Gezondere Kantines (RGK) en ook de Richtlijn Gezondere Eetomgevingen (RGE). Dit zijn geen harde indicatoren maar ze zijn bedoeld als handvatten voor aanbieders om hun eetomgeving zó in te richten dat de gezonde keuze makkelijker wordt. De Richtlijnen zijn gebaseerd op de Richtlijnen Schijf van Vijf. Als het aanbod in de voedselomgeving opschuift richting producten binnen de Schijf van Vijf betekent dit dat het aanbod ook duurzamer is.

Vraag 455

Welke positieve en negatieve ervaringen hebben decentrale overheden tot op heden ervaren in het gezonder en duurzamer maken van de voedselomgeving?

Antwoord:

De positieve ervaringen zijn dat veel gemeenten op diverse manieren bezig zijn met het gezonder maken van de omgeving van kinderen. JOGG zorgt op landelijk niveau voor de randvoorwaarden -zoals diverse akkoorden, informatie- en kennisverschaffing en samenwerkingen- zodat op lokaal niveau er sneller en makkelijker beleid op gemaakt kan worden dat in de praktijk kan worden toegepast. Een negatieve ervaring die ik hoor is dat het voor gemeenten niet altijd mogelijk is om de voedselomgeving voor kinderen gezonder te maken.

Vraag 456

Welke concrete resultaten zijn er uit de Citydeal Voedsel gekomen?

Antwoord:

Deze City Deal Voedsel beoogt kennis en ervaring te delen om versnelling aan te brengen in de transitie naar integraal voedselbeleid. In 2018 hebben de samenwerkende gemeenten een receptenboek met praktijkvoorbeelden van stedelijk voedselbeleid uitgebracht: <https://agendastad.nl/city-deal-voedsel-lancert-online-receptenboek-met->

praktijkvoorbeelden-stedelijk-voedselbeleid/. Daarnaast is een overzicht gemaakt van Agri-food labs om startende (kleine) ondernemers te helpen bij het testen, optimaliseren en innoveren van hun product: <https://citydealvoedsel.nl/agrifoodlabs-in-kaart/>. Eind 2019 is een evaluatie van de City Deal gereed.

Vraag 457

Kunt u aangeven welke wetenschappelijke onderzoeken er lopen of gaan komen op het gezonder en duurzamer maken van de voedselomgeving?

Antwoord:

Deze vraag is moeilijk uitputtend te beantwoorden, wel kan een impressie worden gegeven:

- De VU doet via ZONMW onderzoek over het gezonder maken van de eetomgeving op het werk van mensen met een lage sociaaleconomische positie (SEP) (<https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/preventie/werk/programmas/project-detail/preventie-5-deelprogramma-3-werken-is-gezond/smartsizework-a-combination-of-a-weight-management-program-and-nudging-in-the-company-cafeteria/>).
- De Gezonde schoollunch, gefinancierd door LNV (<https://www.wur.nl/nl/Onderzoek-Resultaten/Onderzoeksprojecten-LNV/Expertisegebieden/kennisonline/Gezonde-schoollunch.htm>).
- Supreme Nudge, onderzoek vanuit de Hartstichting en ZonMw.
- HINTS, ook nudging van voedselkeuzes. Van Emely de Vet, WUR (Wageningen). Psychologische mechanismen achter nudges in de eetomgeving.
- Er komt een groot onderzoek met supermarkten aan vanuit RUG (Groningen) en WUR. Het onderzoek wordt gefinancierd door TKI, de topsector Agri & Food, met bijdragen van de betrokken retailers.
- De UU en Sodexo gaan onderzoek doen in «the Future Food lab» naar gezondheid en duurzaamheid in hun eigen bedrijfsrestaurant op de campus daar.
- Onderzoek van Utrecht van Healthy Urban living en Future food Utrecht naar de invloed van de voedselomgeving op consumptie.
- Onderzoek naar restaurants van morgen met de Foodvalley regio.

Vraag 458

Kunt u een opsomming geven van de pilots/initiatieven die er de laatste vijf jaar zijn geweest op het gezonder en duurzamer maken van de voedselomgeving in publieke ruimtes; respectievelijk uitgewerkt naar zorg- en welzijnsinstellingen, onderwijs, buurthuizen, sportaccommodaties, overheidsgebouwen, supermarkten, horeca, pretparken en op centrale plekken rondom het openbaar vervoer/stations?

Antwoord:

Nee, hier kan ik geen overzicht van geven. Mijn opsomming zal nooit volledig zijn omdat het merendeel van deze locaties niet onder mijn verantwoordelijkheid valt en omdat er enorm veel partijen bij betrokken zijn. Ik kan wel aangeven dat er zowel maatschappelijke als private organisaties bij betrokken zijn, variërend van internationale ondernemingen tot kleine lokale partijen. Hierover zijn ook afspraken gemaakt in het kader van het Nationaal Preventieakkoord en zullen onderdeel uitmaken van de monitor.

Vraag 459

Kunt u een overzicht geven van stakeholders die zich de laatste vijf jaar hebben ingezet op het gezonder en duurzamer maken van de voedselomgeving in publieke ruimtes; respectievelijk uitgewerkt naar zorg- en welzijnsinstellingen, onderwijs, buurthuizen, sportaccommo-

daties, overheidsgebouwen, supermarkten, horeca, pretparken en op centrale plekken rondom het openbaar vervoer/stations?

Antwoord:

Nee, hier kan ik helaas geen overzicht van geven. Mijn opsomming zal nooit volledig kunnen zijn, omdat het merendeel van deze locaties niet onder mijn verantwoordelijkheid valt en omdat er enorm veel partijen bij betrokken zijn.

Ik kan wel aangeven dat er zowel maatschappelijke als private organisaties bij betrokken zijn, variërend van internationale ondernemingen tot kleine lokale partijen. Een groot aantal partijen is via het Nationaal Preventieakkoord betrokken bij het gezonder maken van de omgevingen.

Vraag 460

Hoeveel overheidsgelden zijn er de laatste vijf jaar besteed aan het gezonder en duurzamer maken van de voedselomgeving in publieke ruimtes; respectievelijk uitgewerkt naar zorg- en welzijnsinstellingen, onderwijs, buurthuizen, sportaccommodaties, overheidsgebouwen, supermarkten, horeca, pretparken en op centrale plekken rondom het openbaar vervoer/stations?

Antwoord:

Over een dergelijk groot en gedetailleerd overzicht beschik ik niet.

Vraag 461

Hoeveel budget is er voor 2020 gereserveerd voor het gezonder en duurzamer maken van de voedselomgeving in publieke ruimtes; respectievelijk uitgewerkt naar zorg- en welzijnsinstellingen, onderwijs, buurthuizen, sportaccommodaties, overheidsgebouwen, supermarkten, horeca, pretparken en op centrale plekken rondom het openbaar vervoer/stations?

Antwoord:

Zie antwoord op vraag 445.

Vraag 462

Wat is de stand van zaken rondom het Nationaal Eiwitplan?

Antwoord:

De Nationale Eiwitstrategie wordt opgesteld onder primaire verantwoordelijkheid van de Minister van LNV. Het proces om tot deze strategie te komen, wordt momenteel uitgestippeld. De Nationale Eiwitstrategie wordt naar verwachting in 2020 gepubliceerd.

Vraag 463

Welke criteria stelt u aan een gezonde en duurzame voedselomgeving?

Antwoord:

Voor het antwoord verwijs ik u naar het antwoord op vraag 454.

Vraag 464

Welke indicatoren gebruikt u bij het meten van de voortgang op een gezonde en duurzame voedselomgeving?

Antwoord:

Dit maakt onderdeel uit van het Nationaal Preventieakkoord. Alle afspraken daarin worden gemonitord door het RIVM. Hierover wordt u voor de zomer geïnformeerd.

Vraag 465

Welke stakeholders zijn er betrokken bij het opstellen van het Nationaal Eiwitplan?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 462.

Vraag 466

Welke wetenschappelijke onderbouwing ligt er onder het beleid ten aanzien van het gezonder maken van de voedselomgeving?

Antwoord:

Er is een aantoonbaar verband tussen de hoeveelheid ongezond eten in de omgeving van mensen en de prevalentie van overgewicht. Door aanpassingen in de verhouding gezondere versus ongezondere opties in het totale voedingsaanbod en de presentatie ervan (nudging) kunnen consumenten gestimuleerd en ondersteund worden om gezondere keuzes te maken. De Richtlijn Gezondere Eetomgevingen (RGE) is gebaseerd op (nudging-) strategieën die bewezen effectief zijn (zie o.a. factsheet van het Voedingscentrum «Invloed van fysieke eetomgeving»²⁸)

Vraag 467

Hoeveel budget is er in de begroting gealloceerd aan het gezonder maken van de voedselomgeving?

Antwoord:

Zie antwoord op vraag 445.

Vraag 468

Hoeveel budget is er in de begroting gealloceerd aan het meten en/of sturen van voedselveerdigheden van de consument?

Antwoord:

Mijn beleid is erop gericht om de consument te voorzien van objectieve, wetenschappelijk onderbouwde informatie en praktische handvatten zodat de consument zelf een gezonde en veilige voedselkeuze kan maken. Het Voedingscentrum voorziet hierin. De financiering die het Voedingscentrum hiervoor ontvangt is niet specifiek toe te schrijven aan voedselveerdigheden en wordt niet als zodanig gemeten.

Vraag 469

Wat zijn de uitkomsten van het verzoek van de Amsterdamse wethouder Kukenheim aan de Staatssecretaris om een gezonde cirkel rondom scholen in te stellen?

Antwoord:

Meerdere wethouders hebben de wens om de omgeving rond scholen gezonder te maken en deze wens deel ik. Per 2021 wordt de nieuwe Omgevingswet van kracht. Vooruitlopend hierop heeft het Rijk haar visie op de leefomgeving gegeven in de Nationale Omgevingsvisie (www.ontwerp-novi.nl). Het ontwikkelen van de gezonde leefomgeving is een belangrijk doel van de nieuwe Omgevingswet. Op basis van de NOVI werken gemeenten en provincies hun lokale en regionale omgevingsvisies en -plannen uit. Hiermee ontstaat veel meer ruimte voor ambitie op een leefomgeving die de gezondheid van mensen bevordert (preventie) en beschermt (ziektelast vermindert). Denk bijvoorbeeld aan meer ruimte

²⁸ <https://www.voedingscentrum.nl/Assets/Uploads/voedingscentrum/Documents/Professionals/Pers/Factsheets/Factsheet%20Invloed%20van%20de%20omgeving%20op%20fysieke%20eetgedrag.pdf>.

voor bewegen (sporten, spelen, fietsen, wandelen), ontspannen en het ontmoeten van de medemens. Ook een gezond voedselaanbod is een belangrijk thema hierin.

Vraag 470

Hoeveel vestigingen van fastfoodketens telde Nederland in 1998, in 2008 en in 2018?

Antwoord:

Daar heb ik geen informatie over.

Vraag 471

Heeft u een maximum gesteld aan het aantal fastfood-restaurants dat zich in een bepaalde omgeving kan vestigen?

Antwoord:

Nee, hier is geen maximum aan gesteld.

Vraag 472

Worden er ook onderzoeken gedaan om de marketing van ongezond voedsel beter te reguleren? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Nee, op dit moment wordt daar geen onderzoek naar gedaan vanuit VWS. Ik heb afspraken met het bedrijfsleven over de marketing van ongezonde producten gericht op kinderen, deze afspraken monitor ik.

Daarnaast is er vanuit het Nationaal Preventieakkoord een Convenant Gezonde Sportevenementen gesloten met als doelstelling om sport meer te associëren met een gezonde leefstijl. In het convenant committeren de initiatief nemende gemeenten, JOGG en NOC*NSF zich onder andere aan het verbod op reclame gericht op kinderen onder de 13 jaar voor producten die niet in de Schijf van Vijf passen. Ook heeft de rijksoverheid met betrokken partijen een convenant over sponsoring op scholen.

Afspraken om een gezonde leefstijl in het onderwijs te faciliteren zijn hier onderdeel van. Dit convenant wordt dit jaar geëvalueerd. Op basis van de evaluatie worden zo nodig en in goed onderling overleg de convenantafspraken aangescherpt.

Vraag 473

Kunt u een lijst overleggen met daarin alle concrete maatregelen die u neemt om de consumptie van groente en fruit te stimuleren?

Antwoord:

De consumptie van groente en fruit stimuleer ik door inzet om consumenten meer volgens de Schijf van Vijf te laten eten. Dit komt bijvoorbeeld tot uitvoer in de diverse acties uit het Nationaal Preventieakkoord onderdeel overgewicht: op pagina 39 (1 t/m 6), pagina 40 (8), pagina 41 (16) en pagina 42 (19, 20, 22, 23, 24). Om de groente- en fruitconsumptie te stimuleren hebben we alle betrokken partijen hard nodig. Bedrijfsleven, maatschappelijke organisaties en overheid werken in het Nationaal Actieplan Groenten en Fruit (NAGF) samen aan het stimuleren van de consumptie van groente en fruit in Nederland. In deze brede coalitie worden bestaande initiatieven om de groente- en fruitconsumptie te verhogen gebundeld en versterkt. Het NAGF heeft sinds de start in maart 2017 onder het motto «Ga voor Kleur» ruim vijf miljoen mensen aangespoord om meer groenten en fruit te eten.

Om de consumptie van groente en fruit te bevorderen zijn er ook diverse EU-instrumenten beschikbaar, waaronder algemene Europese promotiemiddelen en het schoolfruitprogramma.

Vraag 474

Hoeveel mensen sterven er jaarlijks aan de gevolgen van drugsgebruik? Hoeveel hiervan zijn jongeren onder de 18 jaar en jongeren onder de 23 jaar?

Antwoord:

Sinds 2015 overlijden jaarlijks ruim 200 mensen aan de primaire of secundaire gevolgen van drugsgebruik. In 2018 betrof het 3 jongeren van 15–19 jaar en 10 jongeren van 20–24 jaar.

Vraag 475

Op welke manier zal het harddrugspreventiebeleid worden versterkt?

Antwoord:

De Staatssecretaris wil het harddrugs preventiebeleid verder versterken, om het gebruik van harddrugs en normalisering van gebruik tijdens het uitgaan tegen te gaan. Hiertoe worden – bovenop de huidige inspanningen – extra interventies ingezet. In de beleidsvisie drugspreventie van 2019 heeft de Staatssecretaris vijf nieuwe maatregelen aangekondigd²⁹:

- Het ontwikkelen van innovatieve interventies waarmee voorkomen wordt dat jongeren beginnen met drugsgebruik;
- Het starten van een platform met experts en stakeholders van onder andere preventiemedewerkers, kennisinstituten, studentenverenigingen etc. gericht op het tegengaan van stijging van drugsgebruik;
- Een wetswijziging waarmee we in één keer veel gevaarlijke Nieuwe Psychoactieve Stoffen (designerdrugs) kunnen verbieden;
- Meer inzetten op samenwerking met gemeenten, zodat preventieve interventies en materialen de doelgroepen beter bereiken;
- Specifieke maatregelen gericht op het tegengaan van gebruik van een aantal middelen.

Naast deze vijf nieuwe maatregelen zal de ondersteuning van ouders worden uitgebreid en zullen de effecten van maatregelen beter worden gemonitord en zo nodig wordt het beleid aangepast, als dat de effectiviteit ten goede komt.

Vraag 476

Kunt u een overzicht geven van het aantal deelnemers aan alle bevolkingsonderzoeken van dit jaar en voorgaande jaren?

Antwoord:

In onderstaande tabel is het aantal deelnemers opgenomen aan de bevolkingsonderzoeken baarmoederhalskanker, borstkanker en darmkanker. De cijfers voor het jaar 2018 zijn nog voorlopig. De cijfers over 2019 zijn nog niet bekend.

Bevolkingsonderzoek	Jaar				
	2014	2015	2016	2017	2018
Baarmoederhals-kanker	487.479	483.141	451.583	470.449	460.518
Borstkanker	995.708	1.023.091	1.020.983	1.028.656	976.032
Darmkanker	529.056	850.156	1.063.651	1.411.998	1.589.322
PSIE (bloedonderzoek zwangeren)	174.236	175.933	172.414	170.212	-
Counseling prenatale screening	140.503	145.419	147.710	149.937	-
Combinatietest	54.200	56.685	59.226	21.509	-
Structureel echoscopisch onderzoek (SEO)	144.086	145.681	143.489	142.292	-
Neonatale hielprik	175.323	171.124	172.754	169.883	168.565

²⁹ TK 2018–2019, 24 077, nr. 426.

De monitoringsgegevens voor 2018 over de prenatale screeningen komen begin 2020 beschikbaar. Dit heeft verband met het feit dat met de monitoring ook naar de zwangerschapsuitkomst wordt gekeken.

Vraag 477

Aan wie wordt het geld ter ondersteuning aan ouders van verslaafde jongeren gegeven?

Antwoord:

Het woord *verslaafde* is per abuis in deze zin opgenomen. De zin die hier had moeten staan is als volgt:
Tegelijkertijd wil ik de ondersteuning aan ouders van jongeren uitbreiden, effecten van maatregelen beter monitoren en de maatregelen aanpassen als dat de effectiviteit ten goede komt.

Het kabinet zet in op de ondersteuning van alle ouders om hen goed toe te rusten zodat zij het gesprek met hun kinderen kunnen voeren. Het gaat daarbij om interventies van gesprekstechnieken, maar ook om informatievoorziening over drugs zodat ouders weten waar ze over spreken. De website drugsinfo.nl voorziet ouders van informatie, Trimbos leidt preventieprofessionals op om ouderavonden te geven. Trimbos zal aankomend jaar bekijken of ze nog meer ouders kunnen bereiken door hen via scholen te benaderen.

Vraag 478

Wat zijn de concrete doelen en wat is hierbij de Ausgangssituation, gezien u schrijft dat de afgelopen jaren hard is gewerkt om de medische zorg in Caribisch Nederland te verbeteren, en dat men nu aan de slag gaat met jeugdhulp, welzijn en sport?

Antwoord:

Met de openbare lichamen ben ik in gesprek om per eiland concrete afspraken te maken op het gebied van jeugdhulp, welzijn en sport. Met Bonaire werken we de gestelde doelen verder uit in een uitvoeringsagenda zoals afgesproken in de recent door mij ondertekende samenwerkingsovereenkomst «Bonaire gezond en wel». Ik zal u begin 2020 hierover nader informeren.

Voor Saba zijn de afspraken neergelegd in de zogenoemde Saba Package met als uitgangspunt de inzet op het gebied van jeugdhulp, welzijn en sport. Uw Kamer is hier eerder over geïnformeerd (Tweede Kamer, vergaderjaar 2018–2019, 35 000 IV, nr. 66).

Met Sint Eustatius ben ik nog in gesprek om afspraken te maken over de versterking van de jeugdhulp en de invulling van maatschappelijke ondersteuning. Daarnaast wordt gewerkt aan de uitvoering van het Sport- en Preventieakkoord, waarover uw Kamer eerder is geïnformeerd (Tweede Kamer, vergaderjaar 2018–2019, 35 000 XVI, nr. 132).

Vraag 479

Wat is de stand van zaken ten aanzien van de bekostiging en het landelijk beschikbaar maken van de Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI)?

Antwoord:

Met ingang van 1 januari 2019 heeft de NZa tarieven en prestaties voor de GLI vastgesteld, waardoor de GLI vanuit het basispakket vergoed kan worden. Om diverse redenen zijn nog niet in alle regio's in het land voldoende GLI programma's beschikbaar zijn. Ik zet mij daarom in voor een forse versnelling van de implementatie van de GLI. Zie voor de concrete acties mijn brief van 5 juli jl. (TK 32 793, nr. 403).

Vraag 480

Is er voldoende budget beschikbaar om de GLI in 2020 in het hele land beschikbaar te krijgen voor iedereen die hier aanspraak op maakt?

Antwoord:

De GLI maakt onderdeel uit van het basispakket van de zorgverzekering. In 2020 (en de jaren daarna) is hier € 10,9 miljoen voor beschikbaar. Ik ga er vooralsnog van uit dat dit voldoende is.

Vraag 481

In hoeverre is de beoogde demedicalisering al te zien in de resultaten van de GLI tot nu toe?

Antwoord:

In opdracht van VWS wordt de GLI door het RIVM gemonitord. Het RIVM kijkt hierbij het bereik, aanbod, de budgetimpact en (kosten)effectiviteit van de GLI. De eerste resultaten worden eind van dit jaar verwacht.

Vraag 482

Wat is het percentage baby's dat op dit moment bij de geboorte geen hielprik krijgt?

Antwoord:

De neonatale hielprikscreening in Nederland kent een zeer hoge deelnamegraad. Van de ongeveer 170.000 pasgeborenen in 2018 nam 99,1 procent deel aan de hielprikscreening.

vraag 483

Is er een concreet doel vastgesteld voor een hogere vaccinatiegraad? Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Uit het RIVM rapport «Vaccinatiegraad en jaarverslag Rijksvaccinatieprogramma Nederland 2017» bleek dat de vaccinatiegraad drie achtereenvolgende jaren licht gedaald was. Het concrete doel is deze trend te stoppen en de vaccinatiegraad weer te doen stijgen. Op dit moment is de vaccinatiegraad stabiliserend of is er zelfs een voorzichtige groei. Het gebruik van een streefcijfer, bijvoorbeeld 95%, voor de vaccinatiegraad heeft voordelen, het is helder en duidelijk. Maar we moeten niet vergeten dat dit streefcijfer voor verschillende ziekten een verschillende betekenis heeft. Streefcijfers zijn vooral relevant als uitroeiing van een infectieziekte het doel is van vaccinatie, zoals voor mazelen, rodehond, polio en hepatitis B. Voor andere Rijksvaccinatieprogramma-ziektes, zoals meningokokkenziekte en infecties met *Haemophilus influenzae* type is groepsbescherming van groot belang. Voor weer andere ziekten, met een zeer ernstig verloop en handicap en sterfte als gevolg, zoals tetanus, is het streven naar een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad gericht op een zoveel mogelijk individuele gezondheidswinst. In alle gevallen kan 95% als streefcijfer gebruikt worden, maar het belang varieert in de verschillende situaties.

Vraag 484

Welke acties worden er nog meer genomen om de vaccinatiegraad te verhogen?

Antwoord:

In mijn brief «Verder met vaccineren» (TK 32 793 nr. 338) van november vorig jaar heb ik alle acties die wij ondernemen om de vaccinatiegraad te verhogen uiteengezet. Ik zet mij in op de volgende actielijnen:

1. Beter aansluiten met onderzoek, voorlichting en communicatie

2. Actief tegengaan van onjuiste informatie
3. Rol van professionals verder versterken
4. Mogelijkheden bieden om vaccinaties in te halen
5. Meer aandacht voor vaccinatie tegen door HPV veroorzaakte kanker
6. Onderzoek naar oplossingsrichtingen met betrekking tot de kinderopvang

In mijn kamerbrief van afgelopen juni over de voortgang van «Verder met vaccineren» (TK 32 793 nr. 392) heb ik u geïnformeerd over de voortgang op de diverse acties. Ik heb daarbij aandacht besteed aan de vaccinatiealliantie, die door de Europese Commissie als best practice is benoemd, op communicatie en de aanpak van onjuiste informatie, op de ondersteuning van professionals met wetenschappelijk onderzoek naar gesprekstechnieken en op aanvullende contactmomenten, zoals de extra oproep dit najaar voor 16- en 17-jarige meisjes die nog geen HPV-vaccinatie hebben gehad.

Over Vaccinatie in de kinderopvang en de inventarisatie van de ondergrens van afzonderlijke vaccinaties uit het Rijksvaccinatieprogramma zal ik u, samen met de Staatssecretaris van SZW, zo snel mogelijk onze beleidsreactie doen toekomen.

Daarnaast verwacht ik dit jaar nog adviezen over de mogelijkheid en wenselijkheid van het verplicht stellen van griepvaccinatie onder zorgwerkers en het onderzoek naar aanvullende maatregelen om de vaccinatiegraad verder te verhogen n.a.v. motie Veldman c.s. Ik zal voor het einde van het jaar rapporteren over de status van de maatregelen uit de vaccinatiebrief en over de toezeggingen en moties uit het plenaire debat over vaccinatie en het AO medische preventie.

Vraag 485

Wat voor acties vanuit het Europese programma Joint action on vaccination kunnen we in Nederland verwachten?

Antwoord:

Het programma «Joint action on vaccination» is vooral gericht op het delen van ervaringen en maatregelen om de aankoop van vaccins en de registratie van vaccinaties te verbeteren. Daarnaast wordt in deze Joint Action ook aandacht besteed aan de mogelijkheden om de vaccinatiegraad te verhogen. De eerste rapporten worden nu opgeleverd, daarna kunnen we kijken welke aanbevelingen voor Nederland bruikbaar zijn.

Vraag 486

Van hoeveel bacteriën is bekend dat zij resistent zijn tegen antibiotica? Welke zijn dit? Hoeveel bacteriën waren dat tien jaar geleden?

Antwoord:

Uit cijfers van het Europese Centrum voor Infectieziektebestrijding³⁰ blijkt dat de resistentiecijfers in Nederland voor de belangrijkste resistente bacteriën laag zijn in vergelijking met andere Europese landen. Echter, bij sommige bacteriesoorten neemt de resistentie tegen sommige antibiotica wel langzaam toe. NethMap/MARAN³¹, de jaarlijkse uitgave van het RIVM en de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid, geeft een overzicht van het voorkomen van resistentie in de gezondheidszorg. Zo komt een bepaald type resistentie, ESBL genaamd, bij ongeveer 5% van de bevolking voor. Dat percentage was 10 jaar geleden aanzienlijk lager. En bij Klebsiella

³⁰ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/354434/WHO_CAESAR_AnnualReport_2017.pdf?ua=1.

³¹ <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2019-0038.pdf>.

pneumoniae, een veel voorkomende darmbacterie, werken de laatste 5 jaar meerdere antibiotica steeds vaker minder goed, terwijl 10 jaar geleden bij deze bacterie nauwelijks resistentie voorkwam.

Vraag 487

In hoeverre wordt er samengewerkt met de vee-industrie als het gaat om de bestrijding van antibioticaresistentie?

Antwoord:

Op het gebied van antibioticaresistentie werken LNV en VWS al jarenlang nauw samen met de veehouderijsectoren. LNV en VWS trekken in dit beleid samen op, omdat antibioticaresistentie een bedreiging is voor de gezondheid van mens en dier.

In de veehouderij heeft het beleid zijn vruchten afgeworpen. De voortgang en de verdere aanpak van de veehouderijsectoren hebben we aan u gemeld in Kamerstukken 2018–2019 29 683, nr. 249.

Vraag 488

Hoeveel geld geeft Nederland in 2019 uit aan het tegengaan van antibioticaresistentie?

Antwoord:

In 2019 is in totaal ongeveer € 27 miljoen gereserveerd voor de bestrijding van antibioticaresistentie. Dit bedrag betreft onder andere investeringen in de ontwikkeling van nieuwe antibiotica en andere innovaties, onderzoek en surveillance, zorgnetwerken antibioticaresistentie, en de aanpak van resistentie in verpleeghuizen.

Vraag 489

Hoeveel mindervalide sporters in georganiseerd verband zijn er in Nederland? Hoeveel senior sporters in georganiseerd verband zijn er in Nederland?

Antwoord:

Dit is niet regio afhankelijk. Buurtsportcoaches krijgen een opdracht mee vanuit de gemeenten. Door gemeenten worden buurtsportcoaches ingezet daar waar het nodig is of de inzet gewenst is.

Vraag 490

Hoe meet u de effecten van de lokale sportakkoorden?

Antwoord:

Het Nationaal Sportakkoord kent een uitgebreide monitor. In deze monitor worden inspanningen, ontwikkelingen en daar waar mogelijk de effecten van de lokale akkoorden in kaart gebracht. Daarbij dient opgemerkt te worden dat sommige effecten zich pas op de (middel)lange termijn zullen tonen. De eerste integrale monitor wordt in het voorjaar van 2020 opgeleverd.

Vraag 491

Welke sanctiemogelijkheden heeft u als een lokaal sportakkoord te weinig effect heeft?

Antwoord:

Wanneer een lokaal sportakkoord gesloten is, komt de lokale coalitie in aanmerking voor uitvoeringsbudget. De VSG bekijkt het akkoord en brengt samen met de monitoringspartijen in kaart waarover afspraken gemaakt zijn. In de jaren die daarop volgen wordt steekproefsgewijs gemonitord in hoeverre de gemaakte afspraken gerealiseerd worden. De effecten van de inspanningen zullen pas op de (middel)lange termijn zich

tonen. Als VWS kunnen we echter aan deze decentralisatie uitkering geen sancties verbinden als het lokale sportakkoord te weinig effect blijkt te hebben.

Vraag 492

Welke bedrag ontvangen gemeenten samen voor jeugdhulp van het Rijk, en hoeveel geven zij er samen aan uit?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 217.

In december 2019 komen de rekeningcijfers 2018 vanuit het IV3-systeem beschikbaar. Deze zullen inzicht bieden in de uitgaven van gemeenten. Het is dan bekend wat de uitgaven zijn voor Wmo/jeugd samen. Deze uitgaven zijn dus niet één op één te vergelijken met het jeugdhulpbudget dat gemeenten ontvangen.

Vraag 493

Welke vormen van jeugdhulp worden in 2020 landelijk georganiseerd?

Antwoord:

De VNG heeft via landelijke inkoop raamcontracten afgesloten met landelijke aanbieders met een specialistische functie. Binnen de landelijke inkoop rekenen gemeenten naar gebruik af. Om welke vormen van jeugdhulp het gaat, staat op de website van de VNG: <https://vng.nl/onderwerpenindex/jeugd/jeugdhulp/landelijke-inkoop-jeugdzorg>.

Vraag 494

Welke vormen van jeugdhulp worden in 2020 regionaal georganiseerd?

Antwoord:

Gemeenten hebben een wettelijke jeugdhulpplicht. Dat betekent dat zij moeten zorgen voor een kwalitatief en kwantitatief toereikend jeugdhulp-aanbod voor de kinderen en gezinnen in hun gemeente. Waar dit kan, gebeurt dit zo dicht mogelijk bij huis: lokaal. Denk bijvoorbeeld aan algemene vormen van opvoed- en gezinsondersteuning, doorlopende ondersteuning bij duurzame problematiek, inzet lokaal gezondheids- en preventiedomein, onderwijs, integratie, kinderopvang. Gemeenten werken met elkaar samen, indien dat voor een doeltreffende en doelmatige uitvoering van de Jeugdwet aangewezen is. Dat betekent dat gemeenten voor sommige vormen van jeugdhulp regionaal inkopen. Denk bijvoorbeeld aan pleegzorg, gezinsvervangend, spoedzorg overdag, behandeling en hulp aan jongeren met een beperking, logeervoorzieningen. Voor andere vormen van jeugdhulp stemmen gemeenten periodiek bovenregionaal af. Denk bijvoorbeeld aan vormen van jeugdzorg+, jeugdbescherming en jeugdreclassering en Veilig Thuis. Elke bovenregionaal werkende jeugdhulpaanbieder heeft een accounthoudende gemeente (<https://vng.nl/onderwerpenindex/jeugd/jeugdhulp/nieuws/lijst-accounthoudende-regios-jeugdhulp-openbaar>).

Vraag 495

Welke vormen van jeugdhulp worden in 2020 bovenregionaal georganiseerd?

Antwoord:

Zie antwoord op vraag 494

Vraag 496

Welke vormen van jeugdhulp worden in 2020 lokaal georganiseerd?

Antwoord:
Zie antwoord op vraag 494

Vraag 497

Wanneer komt het onderzoek naar de Kamer over waaraan gemeenten het geld besteden dat ze voor jeugdhulp ontvangen?

Antwoord:

Eind dit jaar wordt het onderzoek «inzicht in besteding jeugdzorgmiddelen» afgerond. Na afronding van het onderzoek zal ik uw Kamer informeren over de uitkomsten van dit onderzoek.

Vraag 498

Hoeveel geld kregen de grote vier gemeenten in 2018 voor jeugdzorg, opgesplitst naar gemeente?

Antwoord:

Hieronder zijn de middelen opgenomen die de G4 in 2018 ontvingen uit de Integratie-uitkering Sociaal domein, onderdeel Jeugd. Het betreft de middelen voor de taak die per 2015 is gedecentraliseerd naar gemeenten en waarvoor het budget per 2019 is overgeheveld naar de algemene uitkering.

Amsterdam	€ 192.728.520
Rotterdam	€ 172.578.856
's-Gravenhage	€ 129.439.340
Utrecht	€ 68.671.669

Bron: meicirculaire Gemeentefonds 2018

Vraag 499

Hoeveel geld gaven de grote vier gemeenten in 2018 uit aan jeugdzorg, opgesplitst naar gemeente?

Antwoord:

In december 2019 komen de rekeningcijfers 2018 vanuit het IV3-systeem beschikbaar. Deze zullen inzicht bieden in de totale uitgaven van gemeenten. Het is dan mogelijk om inzicht te bieden in de totale uitgaven voor Wmo/jeugd samen. Het is binnen de IV3 niet mogelijk de uitgaven voor Wmo en Jeugd apart in beeld te brengen.

Vraag 500

Is bekend wat de tevredenheid is over de jeugdzorg? Zo ja, hoe tevreden zijn ouders en cliënten?

Antwoord:

Jaarlijks zijn gemeenten verplicht om een cliëntervaringsonderzoek te verrichten. Voor het programma Zorg voor de Jeugd heeft het NJi een uitvraag gedaan bij de grootste onderzoeksbureaus voor het antwoord op een aantal vragen. Hier zat geen cliënttevredenheid bij, maar wel vragen die enig inzicht geven. Op basis hiervan zijn onderstaande data verkregen (gebaseerd op 96 gemeenten en circa 14.000 cliënten). Deze tabel is ook opgenomen in de factsheet van actielijn 1 van de voortgangsrapportage van het programma Zorg voor de Jeugd:

Percentage van cliënten die antwoorden met vaak of altijd:

	2015	2016	2017
Ik ben snel geholpen	61%	63%	65%
Beslissingen over de hulp worden samen met mij genomen	67%	69%	72%
Ik weet waar ik terecht kan als ik hulp nodig heb	78%	77%	87%

Bron: cliëntervaringsonderzoeken van BMC, I&O research en ZorgFocuz bewerkt door NJi

Vraag 501

Hoeveel geld zijn gemeenten kwijt aan administratieve lasten in de jeugdzorg?

Antwoord:

Er is geen eenduidig beeld beschikbaar over de administratieve lasten in de jeugdzorg doordat verschillende begrippen en definities worden gebruikt. De daadwerkelijke administratieve last verschilt echter per uitvoeringsvariant waarbinnen de zorg wordt ingekocht (bijvoorbeeld op basis van declaraties of via een lumpsumfinanciering) en de afspraken die gemeenten, regio's binnen die varianten met veldpartijen over de verantwoording hebben gemaakt. Momenteel wordt het onderzoek «inzicht in besteding jeugdzorgmiddelen» uitgevoerd, waarna ik een beter beeld krijg van de kosten en mogelijk de mate waarmee deze samenhangen met administratieve lasten.

Vraag 502

Welk percentage buurtsportcoaches heeft specifieke aandacht voor de vergrijzing?

Antwoord:

In 77% van de gemeenten wordt de buurtsportcoach ingezet voor de doelgroep ouderen. (bron: voortgangsrapportagesporten en bewegen in de buurt, 2018. Mulier instituut).

Vraag 503

Welke aandachtsgebieden heeft een buurtsportcoach?

Antwoord:

Een buurtsportcoach heeft diverse aandachtsgebieden: Sport (31%), basisonderwijs (29%), maar ook de overige sectoren zoals Welzijn, Ouderenzorg, Jeugdhulp, etc zijn aandachtsgebieden voor de buurtsportcoaches (Bron: Samenvatting Monitor Brede Impuls Combinatiefuncties 2018 (over 2018), BMC).

Vraag 504

Zijn er regio's in Nederland waar een buurtsportcoach niet kan voldoen aan de vraag?

Antwoord:

Dit is niet regio-afhankelijk. Buurtsportcoaches krijgen een opdracht mee vanuit de gemeenten. Door gemeenten worden buurtsportcoaches ingezet daar waar het nodig is of inzet gewenst is.

Vraag 505

Wat is het doel (in percentage) voor het aandeel van de bevolking dat sport en voldoet aan de beweegrichtlijnen?

Antwoord:

Het doel is dat iedereen met plezier moet kunnen sporten en bewegen in Nederland. Deze ambitie is niet specifiek in streefcijfers vastgelegd in het Sportakkoord.

Van de personen van 12 jaar en ouder sport 57% minstens eenmaal per week in 2018. In 2018 voldoet 46,8% van de volwassenen aan de beweegrichtlijn. Voor kinderen van 4 t/m 11 jaar is dit 55,4% en voor de jeugd van 12 t/m 17 jaar 34%³².

Vraag 506

Hoeveel pleeggezinnen (ouders) zijn er?

Antwoord:

Jeugdzorg Nederland verzamelt jaarlijks feiten en cijfers omtrent pleegzorg. De factsheet pleegzorg³³ 2018 geeft aan dat in 2018 16.534 pleeggezinnen waren. Voor een uitgebreider overzicht van alle cijfers verwijs ik u naar de factsheet van Jeugdzorg Nederland.

Vraag 507

Hoeveel gezinshuizen waren er in respectievelijk de jaren 2017, 2018 en op dit moment? Hoeveel pleeggezinnen zijn gewijzigd naar gezinshuis?

Antwoord:

Gezinspiratieplein verzamelt op regelmatige basis cijfers omtrent gezinshuizen³⁴. Volgens de cijfers van gezinspiratieplein waren er in 2018 937 gezinshuizen, waar dit er in 2016 nog 764 waren. Er zijn geen cijfers bekend van het aantal gezinshuizen in 2017 of momenteel in 2019. Ook wordt niet geregistreerd of gezinshuisouders eerder pleegouder zijn geweest.

Vraag 508

Hoeveel jeugdigen krijgen op dit moment niet tijdig de zorg die ze nodig hebben?

Antwoord:

Hier zijn geen cijfers over bekend.

Vraag 509

Hoeveel kinderen wonen er volgens de meest recente cijfers in een pleeggezin of gezinshuis?

Antwoord:

Volgens de (voorlopige) cijfers van het CBS³⁵ verbleven er in 2018 20.740 jongeren in pleegzorg en 6.080 jongeren in gezinsgerichte vormen van jeugdhulp. Deze laatste categorie omvat gezinshuizen en ook andere vormen van gezinsgerichte jeugdhulp zoals bijvoorbeeld logeerhuizen of zorgboerderijen. De factsheet genoemd in het antwoord op vraag 507 specificeert dat in 2018 3.113 jeugdigen in gezinshuizen woonden.

Vraag 510

Wat is de reden dat in het jaar 2017 31% van de jeugdzorgmedewerkers binnen de jeugdzorg niet tevreden was?

³² <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/beweeggedrag-beweegrichtlijnen>.

³³ <https://pleegzorg.nl/wp-content/uploads/2019/07/Factsheet-pleegzorg-2018-DEF.pdf>.

³⁴ <https://www.gezinspiratieplein.nl/lezen-weten/lijst-met-alle-publicaties/116-factsheet-gezinshuizen-2018/file>.

³⁵ <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84134NED/table?ts=1569829427733>.

Antwoord:

Uit de arbeidsmarktverkenning jeugdzorg (Prismant, 30 november 2018) komt naar voren dat de belangrijkste mogelijkheden om de aantrekkelijkheid van het werken in de jeugdzorg te verbeteren het verminderen van de administratieve lasten, het verlagen van de werkdruk en zorgen voor meer professionele autonomie zijn.

Vraag 511

Hoeveel kinderen maken naar verwachting in het jaar 2019 gebruik van Veilig Thuis, verdeeld naar de verschillende Veilig Thuis-regio's?

Antwoord:

Eind oktober publiceert het Centraal Bureau voor de Statistiek de beleidsinformatie van Veilig Thuis over het eerste half jaar van 2019. Hierin is opgenomen hoeveel meldingen over kindermishandeling zijn gedaan en hoeveel adviesvragen over kindermishandeling zijn gesteld.

Vraag 512

Hoeveel kinderen maken naar verwachting in het jaar 2020 gebruik van Veilig Thuis, verdeeld naar de verschillende Veilig Thuis-regio's?

Antwoord:

Er zijn nog geen cijfers over het verwachte gebruik van Veilig Thuis. Twee keer per jaar verschijnt de beleidsinformatie Veilig Thuis waarin het aantal meldingen bij kindermishandeling en huiselijk geweld en het aantal adviesvragen aan Veilig Thuis zijn opgenomen.

Vraag 513

Hoeveel kinderen maken naar verwachting in het jaar 2019 voor een tweede keer gebruik van Veilig Thuis, verdeeld naar de verschillende Veilig Thuis-regio's?

Antwoord:

Deze informatie wordt niet in de beleidsinformatie over Veilig Thuis bijgehouden.

Vraag 514

Hoeveel kinderen maken naar verwachting in het jaar 2020 voor een tweede keer gebruik van Veilig Thuis, verdeeld naar de verschillende Veilig Thuis-regio's?

Antwoord:

Zie vragen 512 en 513.

Vraag 515

Hoeveel geld wordt in het jaar 2019 besteed aan het programma Veilig Thuis?

Antwoord:

Voor het meerjarenprogramma Veilig Thuis dat het Landelijk netwerk Veilig Thuis ondersteunt voor de doorontwikkeling van de Veilig Thuis-organisaties is in 2019 € 1,5 miljoen beschikbaar gesteld.

Vraag 516

Hoeveel geld wordt in het jaar 2020 besteed aan het programma Veilig Thuis?

Antwoord:

Het is nog niet bekend of en in welke mate ondersteuning van de verdere ontwikkeling van de Veilig Thuis-organisaties met een subsidie aan het Landelijk netwerk Veilig Thuis noodzakelijk is.

Vraag 517

Hoeveel geld wordt in het jaar 2020 besteed aan suïcidepreventie?

Antwoord:

Voor suïcidepreventie is in 2020 in totaal € 8,2 mln beschikbaar. Dit bedrag is opgebouwd uit de instellingssubsidie aan 113Zelfmoordpreventie ter hoogte van € 5.563.177, een projectsubsidie ten behoeve van Supranet en uitvoering van de Landelijke agenda suïcidepreventie ter hoogte van € 1.292.792 en intensiveringsmiddelen die worden meegenomen in de subsidies aan 113Zelfmoordpreventie ter hoogte van € 1.311.595.

Vraag 518

Hoeveel geld wordt in het jaar 2019 besteed aan suïcidepreventie?

Antwoord:

In 2019 wordt in totaal € 8,1 mln besteed aan suïcidepreventie. Dit bedrag is opgebouwd uit € 6,8 mln ten behoeve van de instellingssubsidie van 113Zelfmoordpreventie, € 0,35 mln ten behoeve van de landelijke agenda suïcidepreventie en € 0,94 mln ten behoeve van project Supranet.

Vraag 519

Hoeveel gemeenten hebben op dit moment nog geen aanpak om geweld en kindermishandeling tegen te gaan?

Antwoord:

Elke gemeente draagt bij aan de aanpak van kindermishandeling en huiselijk geweld. De aard van de inspanningen verschilt echter. In het najaar van 2019 worden 28 regio's bevestigd over de voortgang van de aanpak huiselijk geweld en kindermishandeling. Het gaat om de regio's die onder andere met een projectleider ondersteuning krijgen van het programma Geweld hoort nergens thuis. In de voortgangsrapportage die de Tweede Kamer in december ontvangt, zal ik u informeren over de stand van zaken in de regio's.

Vraag 520

Welke drie programma's vallen er onder Waardig ouder worden?

Antwoord:

Onder het Pact voor de Ouderenzorg vallen de programma's Langer Thuis, Een tegen Eenzaamheid en Thuis in het Verpleeghuis.

Vraag 521

Welke concrete doelen hangen er aan de programma's Pact voor de ouderenzorg en Waardig ouder worden?

Antwoord:

- Het Pact voor de ouderenzorg kent drie programma's: Langer Thuis, Een tegen Eenzaamheid en Thuis in het Verpleeghuis. Elk programma kent concrete doelen en resultaten, waarover in de voortgangsrapportages – die naar Uw Kamer zijn gezonden – is gerapporteerd.
- Het Pact richt zich daarnaast op een beweging voor het verder verbeteren van de ouderenzorg. Met name ook op die partijen die niet vanzelfsprekend betrokken zijn.

- In het kader van het Pact komt er een campagne rond «beeldvorming ouderen». Deze is voorzien voor begin 2020.

Vraag 522

Hoe worden de programma's Pact voor de ouderenzorg en Waardig ouder gemonitord en/of geëvalueerd?

Antwoord:

Het Pact voor de ouderenzorg kent drie programma's: Langer Thuis, Een tegen Eenzaamheid en Thuis in het verpleeghuis. De resultaten van de programma's worden per programma gemonitord. Uw Kamer heeft bij de voortgangsrapportages de indicatoren ontvangen waarmee de resultaten worden beoordeeld.

Vraag 523

Waarom is op de website www.beteroud.nl de samenstelling van de Raad van de ouderen niet te vinden?

Antwoord:

De samenstelling van de raad van ouderen is te vinden op de website van beter Oud via de volgende link: <https://www.beteroud.nl/raad-van-ouderen.html>

Vraag 524

Wanneer is de nulmeting voor het programma Langer Thuis uitgevoerd?

Antwoord:

De monitor van het programma Langer Thuis is toegevoegd bij de voortgangsrapportage van het programma Langer Thuis (Kamerstuknummer: 31 765, nr. 425). De nulmeting bestaat uit 30 uitkomst- en procesindicatoren. Elke indicator heeft een andere bron. Er is telkens gekozen voor een zo recent mogelijke meting. De monitor wordt in de zomers van 2020 en 2021 herhaald waardoor de indicatoren in de tijd betekenis krijgen.

Vraag 525

Wat zijn de ervaringen van cliënten in de ouderenzorg tot nu toe met de verschillende programma's die de laatste paar jaar van start zijn gegaan? Wat merkt een oudere ervan?

Antwoord:

- Het programma Eén tegen eenzaamheid heeft met een bewustwordingscampagne veel los gemaakt, zo blijkt uit het campagne-effect onderzoek van 8 feb 2019 (<https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2019/02/08/campagne-effectonderzoek-een-tegen-eenzaamheid/Rapport+Een+tegen+eenzaamheid.pdf>). Deze campagne gaat verder door om eenzaamheid bespreekbaar te maken en mensen te activeren. Wat ouderen daar uiteindelijk van merken en of dat ook leidt tot minder eenzaamheid zal voor het eerst blijken uit de cijfers van de gezondheidsmonitor die in 2020 wordt uitgevoerd en medio 2021 wordt uitgebracht.
- Het Programma Langer Thuis is op 18 juni 2018 gelanceerd en op 1 november 2018 is het Plan van Aanpak samen met 21 landelijke koepelorganisaties vastgesteld. Op 2 juli jl. heb ik u de Voortgangsrapportage samen met de programmamonitor toegestuurd. Hierin is voor de indicatoren waarin de cliëntervaring centraal staat een nulmeting opgenomen, zodat hun ervaringen sinds de start van het programma nog niet zijn verwerkt. Daarnaast bevat de monitor ervaringsverhalen van cliënten over de ondersteuning en zorg die zij thuis ontvangen.

- Het programma «Thuis in het verpleeghuis» is in april 2018 gepresenteerd. De hoofddoelstelling van «Thuis in het verpleeghuis» is dat alle locaties die verpleeghuiszorg leveren, gaan voldoen aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Om mogelijk te maken dat alle bewoners de tijd en de aandacht krijgen die zij nodig hebben, wordt daartoe een bedrag oplopend tot € 2,1 miljard in 2021 geïnvesteerd. Concreet is het aantal werknemers in verpleeghuizen in 2018 met ruim 18.500 (circa 9.000 fte) gestegen ten opzichte van 2016. Dat betekent dat er op een gemiddelde verpleeghuislocatie in 2018 gemiddeld 8 werknemers extra zijn ingezet per locatie. Op 21 mei 2019 heeft de Tweede Kamer de jongste voorgangrapportage ontvangen (TK2018–2019, 31 765, nr. 41). In de genoemde voortgangsrapportage is aangegeven dat door alle partijen, de zorgaanbieders voorop, hard wordt gewerkt aan het realiseren van het kwaliteitskader. Verder verwijs ik naar de website www.waardigheidentrots.nl waar wekelijks ervaringsverhalen van bewoners, familieleden, zorgverleners en zorgkantoren worden gepubliceerd.

Vraag 526

Uit welk onderzoek blijkt dat ouderen en hun naasten behoefte hebben aan levensbegeleiding? Welke opleiding hebben de geestelijk verzorgers genoten? Is er sprake van een religieuze invulling van deze functie?

Antwoord:

In het rapport «Geestelijke verzorging, een inventariserend onderzoek naar de huidige situatie omtrent bereikbaarheid en financiering» (Zorgvuldig Advies, oktober 2018) wordt geconcludeerd dat «...veel mensen geconfronteerd worden met levensvragen met betrekking tot bijvoorbeeld eenzaamheid, verlies, schuld en spijt. De begeleiding van deze levensvragen kan veel verschillende vormen aannemen.» Het rapport geeft verder aan dat «de bereikbaarheid van geestelijke verzorging niet optimaal is, hetgeen blijkt uit literatuur en wordt bevestigd door gesprekspartners» (zie ook bronnenlijst in bijlage 2 van het rapport). In het Regeerakkoord is daarom besloten tot een aanvullende impuls. Er zijn verschillende opleidingen voor geestelijke verzorgers (zie <http://www.skgv-register.nl/opleiderssupervisors/lijst-erkende-opleidingen/>). Geestelijke verzorgers werken vanuit verschillende levensbeschouwingen (zowel religieus als niet religieus) en sluiten daarbij aan op de levensbeschouwing van de cliënt. Meer informatie over geestelijke verzorging is sinds kort te vinden op www.geestelijkeverzorging.nl

Vraag 527

Hoeveel mensen met een beperking krijgen zorg uit respectievelijk de Zvw, Wmo, Jeugdwet en Wlz?

Antwoord:

Ongeveer een derde van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder die zelfstandig woont (4,6 miljoen personen), geeft zelf aan een lichamelijke beperking, een psychische beperking of geheugenklachten te hebben. Lichamelijke beperkingen komen, met 12% van de volwassenen, het vaakst voor, gevolgd door psychische beperkingen met 9,6% [Bron StaatVenZ, 2016]. Mensen met lichamelijke beperkingen hebben moeite met mobiliteit, huishoudelijke activiteiten of persoonlijke verzorging. Bij psychische beperkingen gaat het om een globale indicator: er is mensen gevraagd of ze zich zenuwachtig, uitgeput, somber, niet kalm en/of niet gelukkig voelden. Bovendien gaat het om zelfrapportages, niet om diagnoses van een huisarts.

Niet iedereen die beperkingen heeft, maakt gebruik van zorg of ondersteuning. In het SCP-rapport «Veranderde zorg en ondersteuning voor

mensen met een beperking» staat dat van de 4,6 miljoen mensen met een beperking die zelfstandig wonen er circa 2 miljoen zorg en ondersteuning gebruiken. De ernst van de beperking maakt daarin verschil: ongeveer een derde deel van de mensen met een lichte beperking krijgt zorg of ondersteuning en circa 80% van de mensen met een ernstige beperking. Dat kan professionele, publiek gefinancierde hulp zijn (zoals Wmo-hulp of wijkverpleging, inclusief hulp via een pgb), particuliere hulp (uit eigen middelen) of informele hulp. Van deze 2 miljoen mensen gebruiken 850.000 mensen publiek gefinancierde zorg en ondersteuning waarvan het overgrote deel WMO-zorg en 505.000 mensen ook wijkverpleging krijgen. Mensen met een lichte beperking krijgen in minder dan 10% van de gevallen publiek gefinancierde hulp. Degenen met een ernstige beperking krijgen in bijna 55% van de gevallen publiek gefinancierde hulp. Al deze cijfers zijn afkomstig uit enquêtes en gaat over zorg voor personen ouder dan 18 jaar: de jeugdhulp is daarmee niet in beeld gebracht. Exacte cijfers en cijfers over jeugdhulp bij kinderen met een beperking zijn, voor zover ik weet, niet bekend.

Mensen met een beperking kunnen ook in een instelling wonen in plaats van zelfstandig. Er wonen in oktober 2017 ongeveer 200.000 mensen met een beperking in een instelling, van wie circa 118.000 in de sector verzorging en verpleging (vooral ouderen), 66.000 in een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking, 12.000 in een instelling voor mensen met een lichamelijke handicap en ongeveer 6.000 in een ggz-instelling.

Vraag 528

Wie is programmahouder van het programma Onbeperkt Meedoen!?

Antwoord:

De Minister van VWS is coördinerend bewindspersoon voor de uitvoering van het VN-verdrag handicap. Vanuit die rol heeft de Minister het programma «Onbeperkt Meedoen!», mede namens de andere leden van het kabinet, aan de Kamer aangeboden. Elke bewindspersoon is op zijn eigen thema's verantwoordelijk voor de implementatie van het Verdrag. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport coördineert door de overkoepelende ambitie van het kabinet te volgen en door het bundelen en verbinden van alle inhoudelijke resultaten.

Bij «Onbeperkt Meedoen!» zijn de volgende departementen en partners inhoudelijk betrokken: het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, het Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat, de Vereniging Nederlandse Gemeenten, VNO-NCW en MKB-Nederland en een Alliantie van partijen die de belangen van mensen met een beperking vertegenwoordigen (Ieder(in), Coalitie voor Inclusie, MIND, LFB en Per Saldo). Daarnaast wordt er in het programma op onderdelen met vele maatschappelijke partners samengewerkt.

Vraag 529

Wat waren de resultaten van de nulmeting van het programma Onbeperkt Meedoen!?

Antwoord:

Op 6 juni 2019 heeft u de eerste voortgangsrapportage van het programma «Onbeperkt Meedoen!» ontvangen. In deze rapportage is een tussenstand van de ontwikkeling van de indicatoren opgenomen. In deze rapportage is toegelicht dat er nu een traject lopende is met kennisinstellingen en alle betrokkenen binnen het programma om de indicatoren

verder uit te werken. Bij de bespreking van de rapportage in het AO gehandicaptenbeleid van 13 juni 2019 is aan u toegezegd dat u voorafgaand aan het debat over het VN-verdrag rond de Internationale Dag voor de Rechten van Mensen met een Beperking (3 december 2019) inzicht krijgt in de indicatoren om de voortgang te meten. De nulmeting maakt hier onderdeel van uit.

Vraag 530

Hoeveel cliënten met een complexe langdurige zorgvraag verbleven volgens de meest recente cijfers noodgedwongen bij ouders of familie?

Antwoord:

Dit aantal is op dit moment niet bekend. Enerzijds omdat de grens tussen complexe langdurige zorgvragen en andere zorgvragen (nog) niet gedefinieerd is, anderzijds omdat deze gegevens bij mijn weten niet worden geregistreerd.

In het kader van het programma Volwaardig leven werken zorgkantoren er nu aan om meer zicht op de groep cliënten met complexe zorgvragen te krijgen. In regionale taskforces worden dit najaar zorgvraag, zorgvragers en het beschikbare aanbod in de complexe zorg in kaart gebracht. Die gegevens worden vervolgens gebruikt om het tekort aan passende plekken in de complexe zorg in kaart te brengen en vervolgens op te lossen. Uiterlijk voorjaar 2020 zijn deze gegevens en de plannen van zorgkantoren en zorgaanbieders om de tekorten in de complexe zorg gericht aan te pakken bekend. Ik zal de Kamer op dat moment nader informeren over deze plannen.

Vraag 531

Wat is de definitie van een complexe langdurige zorgvraag?

Antwoord:

Een geheel vastomlijnde definitie van het begrip complexe langdurige zorgvraag is er nog niet. Wel is er een vrij uitgebreide omschrijving van de groep cliënten met een complexe langdurige zorgvraag opgesteld vanuit het door VWS geïnitieerde programma OPaZ (ondersteuning passend zorgaanbod) in overleg met veldpartijen. Die omschrijving wordt o.a. gebruikt in het VWS-programma Volwaardig Leven en in het zorginkoopkader 2020 van de zorgkantoren.

Kortweg betreft het de groep cliënten met een langdurige zorgvraag waarbij sprake is van een mix van knelpunten en problemen. Vaak leidt die mix ertoe dat het voor deze cliënten heel moeilijk is om (tijdig) een passende zorgplek te vinden. Veelal is er sprake van (combinaties van) gedragsproblematiek, een (licht) verstandelijke beperking, niet-aangeboren hersenletsel, autisme of andere psychische of lichamelijke beperkingen.

Vraag 532

Wat zijn de meest recente cijfers van patiënten met psychische problemen die niet de juiste zorg krijgen?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar van patiënten met psychische problemen die niet de juiste zorg krijgen. In het kader van het hoofdlijnenakkoord ggz wordt met de partijen in het veld ingezet op het ontwikkelen van mogelijkheden om mensen met een complexe hulpvraag tijdig passende zorg te geven.

Vraag 533

Hoeveel patiënten met psychische problemen worden er behandeld in respectievelijk de Jeugdwet, Wlz, Zvw of Wmo of een combinatie hiervan?

Antwoord:

Hieronder geef ik u een inzicht in de beschikbare cijfers voor de Jeugdwet, de Wlz en de Zvw. Het aantal cliënten met psychische problemen dat een beroep doet op de Wmo 2015 wordt niet specifiek bijgehouden. Ik kan u hierover daarom ook geen cijfers geven.

Jeugdwet

Jeugdhulp omvat jeugd- en opvoedhulp, kinderen met een aandoening in de geestelijke gezondheidszorg of met een licht verstandelijke beperking. Omdat het onderscheid niet goed te maken was, zijn al die vormen in één budget ondergebracht in de Jeugdwet en worden geen afzonderlijke gegevens verzameld over doelgroepen, maar wel over jeugdhulp met en zonder verblijf, jeugdbescherming en jeugdreclassering³⁶. De groei van jeugdhulp (zorg in natura en pgb, exclusief jeugdbescherming en jeugdreclassering) is van 363.000 in 2015, naar 390.000 in 2016, 407.000 in 2017 tot 415.000 in 2018. Inclusief jeugdbescherming en jeugdreclassering waren er in 2018 428.000 jongeren in hulp. De stijging in de jaren 2016 en 2017 waren vooral het gevolg van betere registratie van ambulante jeugdhulp geleverd door de wijkteams.

Wlz

In 2015 bedroeg het aantal patiënten met psychische problemen dat in de Wlz wordt behandeld 6.475. In 2016 waren dit er 5.615 en in 2017 maakten 5.155 cliënten met psychische problemen gebruik van zorg op grond van de Wlz (het zogenaamde voortgezet verblijf, ggz-B) (bron: CBS, monitor langdurige zorg).

Zvw

Voor het aantal patiënten met psychische problemen dat onder de Zvw wordt behandeld moet ik voor de meest actuele data gebruik maken van de «monitor ambulantisering ggz 2018» van het Trimbos-insituut. Deze monitor maakt gebruik van de cijfers van Vektis over 2015 en 2016.

	2015	2016	Mutatie 2015–2016 (%)
POH-GGZ	427.649	470.393	10,0
Generalistische basis GGZ	207.730	221.379	6,6
Specialistische GGZ zonder verblijf	510.946	510.831	0,0
Specialistische GGZ met verblijf (eerste opnamejaar)	46.786	45.143	– 3,5
Langdurige GGZ (SGGZ tweede en derde opnamejaar)	1.307	2.307	76,5*

Vraag 534

Hoeveel patiënten met psychische problemen hebben daarnaast ook problemen met schulden?

Antwoord:

Er is geen landelijk beeld beschikbaar van het aantal mensen met psychische problemen dat kampt met schulden. Uit onderzoek van Federatie Opvang³⁷ blijkt dat 60% van de mensen in beschermd wonen schulden heeft.

Vraag 535

Hoeveel patiënten met psychische problemen zijn daarnaast ook dakloos?

³⁶ Jeugdbescherming en jeugdreclassering is volgens de jeugdwet geen jeugdhulp.

³⁷ Schulden in de opvang en beschermd wonen, literatuuronderzoek en quick scan, Federatie Opvang, 2019.

Antwoord:

In het onderzoek «Inzicht in dakloosheid» geeft CBS aan dat in 2016 39% van de daklozen in de drie jaar voorafgaand aan hun registratie geconfronteerd werden met GGZ-problematiek. Op basis van 30.500 daklozen in 2016, bedraagt dit bijna 12.000 personen (bron: CBS statline).

Vraag 536

Hoeveel geld krijgen gemeenten om de ambities uit het Hoofdlijnenakkoord te realiseren?

Antwoord:

Zoals brief van 27 mei 2019 aan uw Kamer is gemeld (Kamerstukken 2018–2019, 31 839 nr. 657), stelt het kabinet de gemeenten voor het realiseren van de ambities uit het hoofdlijnenakkoord ggz financiële middelen beschikbaar. De reeks loopt op van € 50 miljoen in 2019 tot € 95 miljoen 2022 en wordt daarna structureel ingeboekt.

Vraag 537

In hoeverre wordt er de komende jaren gemonitord hoeveel geld gemeenten uitgeven om de ambities uit het hoofdlijnenakkoord te realiseren?

Antwoord:

Met gemeenten zijn afspraken gemaakt over inhoudelijke doelen die moeten worden gerealiseerd. Daarop zal worden gemonitord. Het is aan gemeenten om de juiste hoeveelheid middelen hiervoor beschikbaar te stellen. Dat kan per gemeente verschillen.

Vraag 538

Wat kosten de persoonsgebonden budgetten jaarlijks, in totaal en uitgesplitst per wet?

Antwoord:

In onderstaande tabel zijn de (geraamde) uitgaven voor de persoonsgebonden budgetten opgenomen voor de jaren 2015–2020 in totaal en per wet.

Tabel Uitgaven voor persoonsgebonden budgetten in de jaren 2015 t/m 2020 uitgesplitst naar wet.

Uitgaven (bedragen x € 1 miljoen)	Wlz	Wmo ¹	Jeugdwet ¹	Zvw ²
2015	1.285	673	297	297
2016	1.463	591	286	307
2017	1.756	447	189	328
2018	1.895	424	182	344
2019	2.085 ³			
2020	2.171 ³			

¹ Op basis van SVB-gegevens over de toekenningen in de Wmo en Jeugdwet. Voorts geldt ook voor de Wmo en Jeugdwet dat vooraf geen afzonderlijk budgettair kader wordt vastgesteld voor het pgb en er dus voor 2019 en 2020 nog geen gegevens beschikbaar zijn.

² In de Zvw wordt binnen het kader voor de wijkverpleegkundige zorg vooraf geen afzonderlijk kader voor het pgb vastgesteld. Na afloop van 2019 zal derhalve pas bekend zijn wat is uitgegeven aan het pgb in dat jaar.

³ Het betreft hier de geraamde pgb-uitgaven (zie voor bedrag 2020, tabel 18 van het Financieel Beeld Zorg in de VWS ontwerp-begroting 2020).

Vraag 539

Hoeveel persoonsgebonden budgetten worden jaarlijks afgegeven per zorgdoelgroep en sector?

Antwoord:

Op 30 september 2019 waren er 46.580 WLZ-budgetten, 20.449 Jeugdwet-budgetten, en 62.114 Wmo-budgetten. Ultimo 2018 waren er 41.305 WLZ-budgetten, 24.243 Jeugdwet-budgetten en 69.972 Wmo-budgetten.

De aantallen voor het Zvw-pgb over 2019 worden bekend in de eerste helft van 2019 wanneer de gegevens over de uitvoering van het Zvw-pgb in 2018 beschikbaar zijn. In 2018 is het aantal budgethouders op 1 januari 2018 18.411 en dat is vrijwel gelijk gebleven met 18.656 budgethouders op 31 december 2018.

Wlz

Op 30 september 2019 waren er 46.580 Wlz-budgetten en ultimo 2018 waren dit er 41.305.

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

- Verpleging en verzorging: 23%
- Verstandelijke beperking: 64%
- Lichamelijke beperking: 12%
- Zintuiglijke beperking: 1%

Wmo en Jeugdwet

Op 30 september 2019 waren er 20.449 Jeugdwet budgetten en 62.114 Wmo budgetten. Ultimo 2018 waren dit 24.243 Jeugdwet budgetten en 69.972 Wmo budgetten.

Zvw

De aantallen voor het Zvw-pgb over 2019 worden bekend in de eerste helft van 2019 wanneer de gegevens over de uitvoering van het Zvw-pgb in 2018 beschikbaar zijn. In 2018 is het aantal budgethouders op 1 januari 2018 18.411 en dat is vrijwel gelijk gebleven met 18.656 budgethouders op 31 december 2018.

Vraag 540

Hoeveel indicaties Begeleiding hebben een pgb-financiering?

Antwoord:

Op 30 september 2019 waren er 37.320 Wmo-BG-budgetten.

Naast deze groep die expliciet begeleiding geïndiceerd heeft gekregen, kan begeleiding ook ingekocht worden met een Jeugdwet-pgb en een Wlz-pgb.

Vraag 541

Hoeveel indicaties Persoonlijke verzorging hebben een pgb-financiering?

Antwoord:

Op 30 september 2019 waren er 53 Wlz-budgetten met (onder meer) een zorgfunctie m.b.t. Persoonlijke verzorging. Voor de Jeugdwet waren dat er 882 en voor de Wmo 402.

Van Zvw-budgethouders die hun declaraties rechtstreeks indienen bij de eigen zorgverzekeraar geldt dat eind 2018 2.064 van hen formele verzorging en 8.101 informele verzorging inkochten. Eén budgethouder kan overigens zowel formele verzorging als informele verzorging inkopen.

Vraag 542

Hoeveel informele zorgverleners worden betaald uit het pgb?

Antwoord:

De SVB maakt geen onderscheid tussen «formele» en «informele» zorgverleners. De SVB registreert het type zorgovereenkomst (arbeids-overeenkomst, of overeenkomst van opdracht).

Het is niet bekend hoeveel informele zorgverleners er worden betaald vanuit het Zvw-pgb. Wel weten we hoeveel budgethouders informele zorg inkopen. Van Zvw-budgethouders die hun declaraties rechtstreeks indienen bij de eigen zorgverzekeraar geldt dat eind 2018 2.541 van hen informele verpleging en 8.101 informele verzorging inkochten. Eén budgethouder kan overigens zowel informele verpleging als informele verzorging inkopen.

Vraag 543

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

Antwoord:

Op landelijk niveau zijn geen gegevens bekend van hoeveel mensen jaarlijks hun zorg omzetten van zorg in natura naar pgb.

Vraag 544

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

Antwoord:

Het hoogste pgb-bedrag dat bij de SVB geregistreerd staat is een JW-budget en is € 199.897. Het laagste pgb-bedrag dat bij de SVB geregistreerd staat betreft een Wmo-HH budget en is € 4,29.

Vraag 545

Hoeveel klachten heeft de SVB de afgelopen twee jaar binnengekregen?

Antwoord:

In 2018 heeft de SVB 2.632 klachten binnengekregen. In 2019 heeft de SVB tot en met 19 september 824 klachten binnengekregen.

Vraag 546

Kunt u een overzicht geven van alle plussen en minnen uit de begroting 2020 met betrekking tot het pgb?

Antwoord:

Voor 2020 geldt dat in de begroting ruim 86 miljoen meer beschikbaar is dan in 2019. Zie hiervoor tabel 18 van de verdiepingsbijlage. Voor de Zvw, Wmo 2015 en de Jeugdwet wordt vooraf geen specifiek pgb-kader begroot en is pas achteraf vast te stellen hoeveel in de betreffende domeinen aan pgb's is uitgegeven. Daarnaast is aan artikel 3 voor 2019 € 26,1 miljoen toegevoegd voor de uitvoeringskosten van pgb's voor de Wmo en de jeugdwet vanuit het systeem van trekkingsrecht door de SVB (verdiepingshoofdstuk p. 267).

Vraag 547

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. Tot en met 30 september 2019 is per maand gemiddeld 97,21% van de declaraties direct goedgekeurd. De overige 2,79% 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 548

Hoeveel pgb's zijn in het jaar 2019 afgegeven, uitgesplitst naar maand, indicatie en zorgsector? Hoeveel was dit in het jaar 2018?

Antwoord:

In onderstaande tabellen is voor 2018 en 2019 het aantal pgb's opgenomen per wet.

2018 (ultimo per maand)	Wlz	Jeugdwet	Wmo	Zvw
januari	39.266	15.602	55.899	18.411
februari	39.498	16.273	56.749	18.554
maart	39.730	16.638	57.192	18.761
april	39.736 ¹	16.687	56.715	18.833
mei	39.979 ¹	16.466	56.179	18.900
juni	40.208	16.488	55.697	18.955
juli	40.999	16.158	55.535	19.040
augustus	41.178	15.740	55.332	19.004
september	41.320	15.690	55.161	19.068
oktober	41.603	15.634	54.936	19.065
november	41.864	15.662	54.711	18.977
december	42.016	15.856	58.846	18.656

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.

Bron Wlz: Vektis (voorlopige gegevens)

Bron Wmo en Jeugdwet: SVB

In 2018 zijn 13.905 nieuwe Zvw-pgb's afgegeven.

2019 (ultimo per maand)	Wlz	Jeugdwet	Wmo
januari	42.360	16.037	54.567
februari	43.053	16.610	55.738
maart	43.748	17.265	56.839
april	44.466	17.902	58.009
mei	45.156	18.518	59.091
juni	45.725	19.017	59.947
juli	46.254	19.524	60.881
augustus	46.466	19.955	61.560
september	46.560	20.393	62.021

De aantallen Zvw-pgb over 2019 worden bekend in de eerste helft van 2020 wanneer de gegevens over de uitvoering van het Zvw-pgb in 2019 beschikbaar zijn.

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 2019 een persoonsgebonden budget heeft. Ik beschik niet over een vergelijkbare verdeling in 2018 en in de overige maanden van 2019.

ZZP	Aantal budgethouders
ZZP VV 1–3	2
ZZP VV 4–10	9.767
ZZP LVG 1–5	59
ZZP VG 1–2	108
ZZP VG 3–8	26.700
ZZP LG 1,3	32
ZZP LG 2, 4–7	5.148
ZZP ZG 1	0
ZZP ZG 2–5	536
ZZP GGZB	0
Functies en klassen	44
Totaal	42.396

Vraag 549

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

Antwoord:

Op grond van de Wmo 2015 zijn 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. Onbekend is welke gemeenten dit zijn.

Vraag 550

Hoeveel pgb-aanvragen zijn in de jaren 2018 en 2019 geweigerd?

Antwoord:

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

In 2018 zijn 15.803 aanvragen gedaan voor een Zvw-rgb, 1.898 werden er geweigerd. De aantallen aanvragen Zvw-rgb over 2019 worden bekend in de eerste helft van 2019 wanneer de gegevens over de uitvoering van het Zvw-rgb in 2018 beschikbaar zijn.

Vraag 551

Hoeveel geld is netto extra beschikbaar gesteld voor het realiseren van de gemeentelijke ambities uit het hoofdlijnenakkoord? Hoeveel is dit gemiddeld per gemeente?

Antwoord:

Voor het bedrag dat het kabinet de gemeenten beschikbaar stelt voor het realiseren van de ambities uit het hoofdlijnenakkoord ggz verwijs ik u naar het antwoord op vraag 536. Van het beschikbaar gestelde bedrag is € 38 miljoen in 2019 tot structureel € 73 miljoen vanaf 2022 verwerkt in de integratie-uitkering Beschermd wonen. De overige middelen € 12 miljoen in 2019 tot structureel € 22 miljoen vanaf 2022 zijn toegevoegd aan het subcluster Wmo 2015 van de algemene uitkering. De middelen worden vervolgens via verdeelmodellen aan individuele gemeenten beschikbaar gesteld. Zie voor meer informatie de Septembercirculaire 2019: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/circulaires/2019/09/17/septembercirculaire-gemeentefonds-2019>.

Vraag 552

Hoe is de second opinion op het PGB2.0-systeem uitgevallen? Hoe ziet het budgettair plaatje van het PGB2.0-systeem er precies uit? Wat is de mening van de Nederlandse gemeenten over het PGB2.0-systeem? Heeft

er een pilot plaatsgevonden met dit systeem in een ander gebied dan het Westland?

Hebben er vervolgdiscussies plaatsgevonden met het Bureau ICT-toetsing (BIT)? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wat is daarvan de conclusie?

Antwoord:

De ADR stelt in haar second opinion dat de bruikbaarheid van de software is getoetst en de doorontwikkeling grotendeels in kaart is gebracht. De landelijke invoering is op hoofdlijnen uitgewerkt. En dat VWS procedureel en inhoudelijk richting geeft en de ketensamenwerking als constructief wordt ervaren.

De gemeenten zijn nauw betrokken bij de ketenbrede governance die toeziet op de doorontwikkeling en invoering van PGB2.0. Vanaf juni 2018 is een pilot met een eerste versie van het PGB2.0-systeem van start gegaan bij de gemeente Westland, hierbij zijn 1.200 budgethouders en 5.000 zorgverleners betrokken. Andere gemeenten zullen ofwel als voorloper of in een later stadium aansluiten op PGB2.0.

Dit najaar vindt een evaluatiegesprek met het BIT plaats. Zie voor een budgettair overzicht het antwoord op vraag 872.

Vraag 553

In welke vijf gemeenten zijn er op dit moment de langste wachttijden?

Antwoord:

Er is geen landelijk beeld beschikbaar van de wachttijden per gemeente.

Vraag 554

In hoeverre is er nu al verbetering te zien in wachttijden naar aanleiding van de afspraken in de regionale taskforces?

Antwoord:

Met mijn brief van 10 juli jl. (Kamerstukken 25 424, nr. 481) heb ik uw Kamer de informatiekaart wachttijden ggz van de NZa aangeboden. Deze bevat de meest recente wachttijdencijfers in de generalistische basis-ggz en in de specialistische ggz, uitgesplitst naar hoofddiagnosegroep.

Uit die informatiekaart blijkt dat als we de cijfers van mei 2019 vergelijken met november 2018, we bij zeven van de veertien hoofddiagnosegroepen een daling van de totale gemiddeld wachttijd zien. Daar tegenover staat dat we bij vijf hoofddiagnosegroepen een stijging zien. Bij twee hoofddiagnosegroepen en de generalistische basis-ggz zien we geen verandering. De daling en stijgingen gaan veelal om een verschil van één of twee weken. Het is niet eenvoudig die schommelingen precies te duiden omdat wachttijden van meer factoren afhankelijk zijn.

Om beter inzicht te krijgen in de regionale situatie, werkt de NZa er samen met het RIVM aan om de wachttijden op regionaal niveau maandelijks te ontsluiten via de website van het RIVM (www.volksgezondheidenzorg.info) en de website De Staat van Volksgezondheid en Zorg.

Vraag 555

Zijn er op dit moment goede voorbeelden bekend van gemeenten die succesvol zijn gebleken in het terugdringen van wachttijden binnen de ggz? Zo ja, welke zijn dat?

Antwoord:

Het is primair aan de zorgaanbieders om de wachttijden binnen de curatieve GGZ terug te dringen.

Vraag 556

In hoeverre zijn er gemeenten die geen wachttijden aanleveren voor de ggz?

Antwoord:

Het is aan ggz-aanbieders om informatie over hun wachttijden aan te leveren. De informatie over wachttijden wordt onder andere gepubliceerd op www.kiezenindeggz.nl, waar patiënten en verwijzers snel kunnen zien waar de wachttijd het kortst is.

Vraag 557

Hoe vaak hebben gemeenten in het jaar 2018 ggz-patiënten moeten bemiddelen naar een andere zorgaanbieder?

Antwoord:

Het is aan ggz-aanbieders om patiënten eventueel door te verwijzen naar een andere ggz-instelling.

Vraag 558

Kan er een indicatie worden gegeven van hoeveel daklozen er zijn en hoeveel daklozen gebruikmaken van maatschappelijke opvangvoorzieningen?

Antwoord:

Het CBS schat op basis van de meest recente meting dat er in 2018 39.300 daklozen in Nederland waren. Er is geen landelijk beeld beschikbaar van het aantal daklozen dat gebruik maakt van een maatschappelijke opvangvoorziening.

Vraag 559

Hoeveel maatschappelijke opvanglocaties zijn er op dit moment en hoeveel verschilt dit ten opzichte van vorig jaar?

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 opvanglocaties of 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.

Vraag 560

Constaterende dat doorstroom uit beschermd wonen prioriteit heeft: hoeveel mensen stromen door en binnen welke tijd?

Antwoord:

Er is geen landelijk beeld beschikbaar van de doorstroom uit beschermd wonen. Samen met VNG Realisatie en zes 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 561

Zijn er wachtlijsten voor maatschappelijke opvangcentra? Zo ja, hoe lang zijn deze? Verschilt dit per regio?

Antwoord:

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

Vraag 562

Zijn er gevallen bekend waarbij kinderen onder de 18 jaar dak- of thuisloos zijn, gezien er een actieprogramma Dak- en Thuisloze Jongeren 2019–2021 is, dat zich richt op jongeren vanaf 18 jaar? Zo ja, hoeveel?

Antwoord:

Het CBS schat dat op 1 januari 2018 ongeveer 9.400 jongeren van 18–27 jaar in Nederland dak- of thuisloos waren. Er is geen landelijk beeld van het aantal dak- en thuisloze jongeren onder de 18 jaar.

Vraag 563

Hoeveel jongeren vallen onder het actieprogramma Dak- en Thuisloze Jongeren 2019–2021?

Antwoord:

Het actieprogramma richt zich specifiek op het voorkomen en oplossen van dak- en thuisloosheid in de leeftijdscategorie 18 tot 27 jaar. Het CBS schat dat op 1 januari 2018 ongeveer 9.400 jongeren van 18–27 jaar in Nederland dak- of thuisloos waren.

Vraag 564

Wat wordt bedoeld met het doel om een «forse vermindering» van het aantal dak- en thuisloze jongeren te bewerkstelligen? Wat is de definitie van een forse vermindering?

Antwoord:

Met het actieprogramma streef ik ernaar dat elke jongere in Nederland op een passende manier ondersteund wordt, op alle benodigde levensgebieden. Met de 14 pilotgemeenten streef ik ernaar het aantal dak- en thuisloze jongeren in die gemeenten met 100% terug te dringen voor eind 2021. Wanneer (crisis)opvang voor een jongere toch noodzakelijk is, is mijn doel de duur hiervan maximaal 3 maanden te laten zijn – binnen die termijn moet een eigen woonplek met passende (ambulante) begeleiding worden gerealiseerd.

Vraag 565

Wanneer zijn de eerste resultaten van het programma Dak- en Thuisloze Jongeren 2019–2021 bekend?

Antwoord:

De eerste resultaten heb ik in mijn voortgangsrapportage beschermd wonen en maatschappelijke opvang van 4 juli jl. (2018/19, 29 325, nr. 99) met Uw Kamer gedeeld. De pilots zijn van start gegaan in de 14 gemeenten. Een eerste inhoudelijk resultaat is het meldpunt dat bij de Rijksdienst voor Identiteitsgegevens is ingericht, waar maatschappelijke organisaties problemen met inschrijvingen in de BRP kunnen melden. In de eerstvolgende voortgangsrapportage – die ik in december van dit jaar met Uw Kamer deel – informeer ik uw Kamer nader over de resultaten in de tweede helft van 2019.

Vraag 566

Hoe kan het dat bij veel zorgaanbieders op kiezenindeggz.nl geen gegevens van wachttijden beschikbaar zijn?

Antwoord:

Op grond van de Transparantieregeling zorgaanbieders ggz van de NZa leveren aanbieders in de volwassen-ggz hun gegevens over de wachttijden aan bij Vektis. Vektis stelt de aangeleverde wachttijden beschikbaar aan kiezenindegz.nl, zodat deze gegevens gepubliceerd kunnen worden.

Er kunnen verschillende redenen zijn waarom er niet altijd wachttijdinformatie beschikbaar is op kiezenindegz.nl. Zo zijn er bijvoorbeeld aanbieders die zich op een specifieke diagnosegroep richten, zij leveren geen wachttijden aan voor andere diagnosegroepen. Deels is het ontbreken van cijfers ook te wijten aan het feit dat een aantal aanbieders zich niet aan de Transparantieregeling hield.

Zoals de NZa in haar aanbiedingsbrief bij de laatste informatiekaart wachttijden ggz (bijlage bij Kamerstuk 25 424 nr. 481) heeft laten weten, leeft de meerderheid van de ggz-aanbieders (verantwoordelijk voor ongeveer 90% van de totale omzet) de Transparantieregeling na. Als aanbieders geen wachttijden aanleveren, dan treedt de NZa op. De wijze waarop bepaalt de NZa aan de hand van de verwachte effectiviteit. Formele handhaving is hiervan een belangrijk onderdeel en zal in beginsel worden toegepast op structurele niet-aanlevertaars.

In dezelfde brief meldde de NZa dat de Transparantieregeling in de eerste helft van dit jaar is geëvalueerd. Met name kleine aanbieders hadden moeite met de eisen en voorwaarden in deze regeling. Inmiddels is de regeling aangepast. De verwachting is dat hiermee de voornaamste hobbels voor het aanleveren van data zijn geslecht.

Vraag 567

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

Antwoord:

Zie hiervoor het antwoord op vraag 562 en 559.

Vraag 568

Hoeveel opvangplekken zijn de afgelopen jaren gesloten?

Antwoord:

Zie hiervoor het antwoord op vraag 559.

Vraag 569

Hoeveel opvangplekken zijn er voor gezinnen en is dit voldoende?

Antwoord:

Zie hiervoor het antwoord op vraag 559.

Vraag 570

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

Antwoord:

Hierover is geen landelijk beeld beschikbaar. 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 ook verantwoordelijk voor de aansluitingsmogelijkheden naar werk, wonen en zorg. Zowel in de meerjarenagenda beschermd wonen en maatschappelijke opvang als in het Actieprogramma Dak- en Thuisloze Jongeren vormt dit een belangrijk uitgangspunt en ondersteunt ik gemeenten bij de realisatie hiervan.

Vraag 571

Wat is de voortgang van het programma Dak- en Thuisloze Jongeren 2019–2021?

Antwoord:

Op 4 juli zond ik uw Kamer de voortgangsrapportage beschermd wonen en maatschappelijke opvang (2018/19, 29 325, nr. 99), waarmee ik uw Kamer over de voortgang heb geïnformeerd. Belangrijke mijlpalen zijn de start van de 100% ambitie pilots in 14 gemeenten en het meldpunt dat bij de Rijksdienst voor Identiteitsgegevens is ingericht, waar maatschappelijke organisaties problemen met inschrijvingen in de BRP kunnen melden.

Vraag 572

Hoeveel dak- en thuisloze jongeren zijn er al geholpen als gevolg van het programma Dak- en Thuisloze Jongeren 2019–2021?

Antwoord:

Er is geen landelijk beeld van het aantal dak- en thuisloze jongeren dat direct geholpen is als gevolg van het actieprogramma. In het kader van de «100% ambitie pilots» volg ik de voortgang in de 14 deelnemende gemeenten. Zodra de eerste resultaten bekend zijn, informeer ik Uw Kamer hierover via de voortgangsrapportage beschermd wonen en maatschappelijke opvang. De eerstvolgende voortgangsrapportage deel ik in december van dit jaar met Uw Kamer.

Vraag 573

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

Antwoord:

In het Actieprogramma Dak- en Thuisloze Jongeren dat ik 14 maart jl. aan uw Kamer heb gestuurd, heb ik aangegeven dat ik in afstemming met het Programma Zorg voor de Jeugd, de partijen van Aanpak 16–27 en gemeenten toewerk naar een toekomstplan voor iedere jongere in de Jeugdzorg, afgestemd op de persoonlijke behoefte van de jongere. Het toekomstplan wordt geen afvinkdocument, maar een middel om met elkaar in gesprek te blijven over de te bewandelen weg naar een (zo) zelfstandig (mogelijk) volwassen leven. Bij het verlaten van de Jeugdzorg of de maatschappelijke opvang dienen de basisvoorzieningen voor de jongeren op orde te zijn.

Vraag 574

Hoeveel maatschappelijke opvanglocaties zijn er in Nederland?

Antwoord:

Zie hiervoor het antwoord op vraag 559.

Vraag 575

Hoeveel vrouwelijke opvanglocaties 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 de slachtoffers, indien nodig, directe en veilige opvang en hulp bij herstel krijgen, 7 maal 24 uur. Alle 35 centrumgemeenten hebben opvangvoorzieningen. Die wordt geboden door 21 rechtspersonen. Hun aanbod varieert van crisisbedden en safe houses (bij ernstige bedreiging) tot ambulante hulpverlening.

Vraag 576

Hoeveel opvanglocaties zijn er totaal in Nederland?

Antwoord:

Zie hiervoor het antwoord op vraag 559.

Vraag 577

Hoeveel maatschappelijke opvanglocaties en vrouwencentra hebben te maken met wachtlijsten? Hoe lang zijn deze wachtlijsten?

Antwoord:

Er worden geen wachtlijsten voor maatschappelijke opvang en vrouwen-centra bijgehouden op landelijk niveau.

Vraag 578

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

Antwoord:

Zie hiervoor het antwoord op vraag 559.

Vraag 579

Kan er een indicatie worden gegeven van hoeveel daklozen er zijn en gebruikmaken van maatschappelijke opvangvoorzieningen?

Antwoord:

Het CBS schat op basis van de meest recente meting dat er in 2018 39.300 daklozen in Nederland waren. Er is geen landelijk beeld beschikbaar van het aantal daklozen dat gebruik maakt van een maatschappelijke opvangvoorziening.

Vraag 580

Hoeveel maatschappelijke opvanglocaties zijn er op dit moment en hoeveel verschilt dit ten opzichte van vorig jaar?

Antwoord:

Zie hiervoor het antwoord op vraag 559.

Vraag 581

Hoeveel mensen stromen door uit beschermd wonen? Binnen welke tijd vindt dit plaats, gezien dit prioriteit is?

Antwoord:

Zie hiervoor het antwoord op vraag 560.

Vraag 582

Zijn er wachtlijsten voor maatschappelijke opvangcentra? Zo ja, hoe lang zijn deze? Verschilt dit per regio?

Antwoord:

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

Vraag 583

Waarom worden wel ambities geformuleerd om de wachttijden terug te dringen in de ggz maar geen kwantitatieve doelen? Bent u van plan om nog met SMART-geformuleerde doelen te komen?

Antwoord:

Ik zie de Treeknormen als het kwantitatieve doel voor het terugdringen van de wachttijden. Ik zet mij samen met alle betrokken partijen in het veld in om de wachttijden in de ggz zo snel mogelijk onder die Treeknormen te brengen.

Onze ambitie is niet een tijdelijke daling, maar een structurele oplossing. Dat is een forse ambitie, waar alle partijen van het hoofdlijnenakkoord ggz zich aan hebben gecommitteerd.

Vraag 584

Wat zijn de resultaten van de publiekscampagne Hey het is oké tot nu toe?

Antwoord:

Voorafgaand aan elke overheidscampagne wordt een meting gedaan. Inmiddels is het resultaat van de campagne in het voorjaar over angst en paniek gemeten door bureau Kantar. De resultaten zijn positief: bijna 400 on- en offline publicaties (free publicity) en ruim 53.000 websitebezoeken in april. De samenwerking met Sanoma, LINDA en social influencers heeft voor aanvullend bereik gezorgd.

De campagne-effectmeting (voormeting 4 t/m 18 maart 2019, nameting 17 t/m 28 april) liet een flinke afname (ten opzichte van benchmark van publiekscampagnes) zien in het gepercipieerde zelfstigma onder mensen met een psychische aandoening. Dit werd gemeten door middel van het voorleggen van diverse stellingen, zoals «Ik ben een zwak persoon omdat ik een psychische aandoening heb», «Iedereen kan duidelijk zien dat ik raar ben omdat ik een psychische aandoening heb». Gemiddeld daalde het negatieve zelfbeeld met 11,5%. Dit is geen concreet campagnedoel, maar wel een belangrijk beleidsdoel van VWS en een van de redenen voor de campagne.

Vraag 585

Hoe en wanneer wordt het doel van de campagne Hey het is oké gemeten?

Antwoord:

Aan het begin en aan het einde van elke «flight» van de campagne wordt een meting gedaan. Dat doet het bureau Kantar op basis van panelonderzoek waarbij de vraag is of het (zelf)stigma wordt verminderd en de bespreekbaarheid van psychische aandoeningen wordt vergroot.

Vraag 586

Wat zijn de kosten en baten van het mogelijk maken van de toegang van cliënten met psychische stoornissen tot de Wlz?

Antwoord:

Mensen die hun leven lang intensieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) nodig hebben, kunnen vanaf 2021 toegang krijgen tot de Wet langdurige zorg (Wlz). Het gaat hierbij naar verwachting om 9.250 cliënten die permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben en nu zorg en ondersteuning krijgen vanuit de Wet maatschappelijk ondersteuning 2015 (Wmo 2015) of de Zorgverzekeringswet (Zvw). De raming van de meerkosten die kunnen ontstaan door een gewijzigde aanspraak en een aangepast Wlz-tarief loopt op van € 30 miljoen in 2021 tot structureel € 68 miljoen vanaf 2026. De ontvangsten uit eigen bijdragen in de Wlz zullen door de vervroegde instroom van cliënten vanuit de Zvw in de Wlz daarnaast met circa € 3 miljoen toenemen. Tegenover de stijging van de eigen bijdrage opbrengsten in de Wlz door de instroom van cliënten vanuit de Wmo2015 staat naar verwachting een even grote daling van de eigen bijdrage opbrengsten in de Wmo2015.

De uitvoeringskosten zullen zich voornamelijk voordoen bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Dat verwacht vooral eenmalige kosten in 2019 en 2020, respectievelijk € 11 en € 10 miljoen, omdat tijdelijk personeel moet worden geworven en opgeleid om het herbeoordelingsproces in 2020 uit te kunnen voeren. De uitvoeringskosten van bijvoorbeeld de VNG, IGJ en ZN worden gemonitord en per jaar wordt bezien of financiële compensatie noodzakelijk is.

Vraag 587

Welke concrete beleidsmaatregelen zijn tot stand gekomen betreffende suïcidepreventie van lesbische vrouwen, homoseksuele mannen, biseksuelen, transgenders en intersekse personen (LHBTI'ers) op basis van de voornoemde gesprekken?

Antwoord:

Movisie werkt in nauwe afstemming en samenwerking met 113Zelfmoordpreventie en verschillende LHBTI-jongerenorganisaties in opdracht van VWS aan een on- en offline campagne ten behoeve van deze kwetsbare groep jongeren. Op 11 oktober, de Coming Out Day, zullen specifieke filmportretten die de worsteling en zoektocht van de verschillende jongeren goed weergeven, worden vertoond en verspreid via verschillende media. De nieuwe online campagne voor de jongeren zal worden gelanceerd en de vernieuwde website voor de jongeren zal vanaf die dag beschikbaar zijn.

Daarnaast heeft 113Zelfmoordpreventie een specifieke kwartiermaker aangesteld die in de Supranet-community regio's lokale actienetwerken opricht ter behoeve van samenwerking rond bewustwording en zichtbaarheid van suïcidepreventie voor LHBTI'ers. Onderdeel van de aanpak is het organiseren van trainingen en het ontwikkelen van een campagne met een foto-expositie waar lokale LHBTI'ers vertellen over de periodes dat zij dachten aan zelfmoord en hoe zij daar op terugkijken. In Friesland en Groningen droeg de expositie de titel «Jong&Gay», in Brabant en Zeeland is deze getiteld «QUEER!». Rond de exposities worden evenementen georganiseerd gericht op het verspreiden van relevante kennis. Op deze manier wordt gewerkt aan een netwerk van lokale en regionale contactpersonen, vrijwilligers en activisten die zich richten op zelfmoordpreventie en nauwe contacten onderhouden met 113Zelfmoordpreventie.

Vraag 588

Welke onderzoeken lopen er op dit moment nog in het kader van de medisch ethische agenda van dit kabinet, gezien de zin «In 2020 verwacht het kabinet de resultaten van diverse in 2018 en 2019 ingezette onderzoeken en maatschappelijke dialogen»? Kan per onderzoek aangegeven worden welke precieze vraagstelling of opdracht, op welke datum en aan welk instituut of persoon is meegegeven? Kan daarnaast van ieder onderzoek aangegeven worden wanneer de verwachte opleveringsdatum is? Welke evenementen zijn er, wanneer en met welke bezoekersaantallen, gehouden voor welke subonderdeel van de medisch ethische agenda van dit kabinet in het kader van de maatschappelijke discussies? Welke (financiële) bijdrage is er vanuit welk begrotingsartikel precies geleverd aan het faciliteren van deze brede maatschappelijke discussie?

Antwoord:

U vraagt mij om een uitgebreide toelichting op de lopende onderzoeken en maatschappelijke dialogen in het kader van de medisch-ethische agenda. Hieronder zet ik dit per onderwerp uiteen.

Afbreking zwangerschap

- De evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap (Waz) is door ZonMw in het najaar van 2018 toegekend aan een onderzoeksteam met als hoofdaanvrager mr. dr. M.C. Ploem (UvA / Amsterdam UMC). De precieze vraagstelling in de opdrachtbrief heb ik u toegestuurd met de nota medische ethiek d.d. 6 juli 2018 (TK 2017/18, 34 990, nr. 1). Het onderzoek is gestart in januari 2019 en ik verwacht de resultaten in het eerste kwartaal van 2020.

Ondersteuning donorkinderen

- Via ZonMw heb ik onderzoek uitgezet naar het contact tussen donor en donorkind: de beweegredenen en de ondersteuning. De centrale vraag is hoe de ondersteuning rondom het contact van donorkinderen en donoren optimaal kan worden ingericht. Het onderzoek kent een conceptueel ethische vraagstelling, namelijk welke waarde kennis over een genetische band heeft voor het ontwikkelen van de eigen identiteit en wat dit betekent voor de overwegingen om tot een ontmoeting te komen. Het onderzoek kent ook een empirisch deel, waarbij de vraag centraal staat wat de behoefte is van zowel donorkinderen als donoren rondom het moment van contact en hoe het psychologisch welbevinden van donorkinderen is. Het onderzoek wordt uitgevoerd door het Amsterdam UMC en de Universiteit Maastricht. Ik verwacht de resultaten uiterlijk in juni 2020.
- In de kabinetsreactie op de evaluatie van de Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting (Wdkb; TK 2019/20, 30 486, nr. 24) heb ik u laten weten via ZonMw onderzoek uit te zetten naar de leeftijdsgrenzen in de Wdkb en hoe deze zich verhouden tot de wilsbekwaamheid van kinderen om een dergelijke beslissing te nemen. De precieze vraagstelling en de looptijd van het onderzoek zijn in dit stadium nog niet bekend.

Handelingen met embryo's

- In juli heeft de Gezondheidsraad zijn advies over het reguleren van mens-diercombinaties, waaronder cybriden en iPS-chimaeren, uitgebracht. Daarop heb ik – zoals aangekondigd in de nota medische ethiek – de Raad van State om voorlichting gevraagd. Ik verwacht de voorlichting van de Raad van State eind dit jaar. Ik heb u eerder toegezegd dat ik uw Kamer in het najaar zou informeren hoe het kabinet verder gaat met het reguleren van deze entiteiten. Het ziet er naar uit dat ik dit pas begin 2020 kan doen.
- Onder de naam DNAdialoog is een consortium met als penvoerder het Erfocentrum per 1 januari dit jaar aan de slag gegaan met het stimuleren van de maatschappelijke dialoog over kiembaanmodificatie. Het project loopt tot en met 31 december 2020 en heeft een totaalbudget van bijna € 8 ton. De eerste grote bijeenkomst vond plaats op 9 oktober en was geheel volgeboekt met een maximum aantal deelnemers van 145. Er volgen nog diverse kleinere en grotere bijeenkomsten, waaronder een grote publieksbijeenkomst op 15 maart 2020 in NEMO Science Museum te Amsterdam. Het project wordt afgerond met een grote publieksbijeenkomst eind 2020. Actuele informatie over deze dialoog is te vinden op www.dnadialoog.nl.
- Het Adviesbureau Schuttelaar & Partners is vanaf medio juni aan de slag met het stimuleren van de maatschappelijke dialoog over speciaal voor onderzoek kweken van embryo's. Het project heeft een looptijd tot 1 maart 2020 en een budget van ongeveer € 85.000. De fase van focusgroepen is afgerond. Op 15 november staat een grote publieksbijeenkomst, een zogenaamd maatschappelijk café, gepland waarvoor de werving binnenkort start. De verwachting is dat zich hiervoor 100–150 deelnemers melden.

- De maatschappelijke dialoog over de aanvaardbaarheid van geslachtskeuze bij het risico op dragerschap van een ernstige erfelijke aandoening zal worden gevoerd met als startpunt een essay waarin dit onderwerp vanuit twee perspectieven wordt belicht: het liberale en conservatieve perspectief. In overleg met de essayisten is helder geworden dat dit vraagstuk eigenlijk in algemene zin embryoselectie bij het risico op dragerschap van een ernstige erfelijke aandoening betreft. Zij zullen dit belichten in hun essay en daarom zal ook de dialoog in bredere zin gevoerd gaan worden. Het essay zal naar verwachting begin november gereed zijn, waarna de maatschappelijke dialoog van start kan gaan met een doorlooptijd van 9 maanden. Momenteel loopt de procedure nog voor het selecteren van een bureau dat de dialoog faciliteert.
- De opdrachtverlening voor de maatschappelijke dialoog over het kweken van menselijke organen in dieren zal begin 2020 in gang gezet worden.
- De opdrachtverlening voor de maatschappelijke dialoog over kunstmatige embryo's zal begin 2021 in gang gezet worden.
- Voor de evaluatie van de Embryowet vindt momenteel de selectieprocedure plaats door ZonMw. De precieze vraagstelling in de opdrachtbrief heb ik u toegestuurd met de nota medische ethiek (TK 2017/18, 34 990, nr. 1). De toekenning van het onderzoek heeft vertraging opgelopen doordat er in eerste instantie geen projectvoorstellen zijn ingediend. Ik verwacht dat het evaluatieonderzoek in oktober kan starten en doorloopt tot november 2020.

Medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen

- Vanaf mei 2019 is Stichting Het Nederlands Kanker Instituut – Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis op mijn verzoek bezig met een verkenning met als doel in kaart te brengen welke categorieën onderzoek er zijn die niet onder de Wet medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) vallen, zogenaamd niet-WMO-onderzoek. Daarbij wordt tevens in kaart gebracht welke toetsingskaders daarbij eventueel al gehanteerd worden en hoe deze categorieën van onderzoek, indien noodzakelijk, proportioneel getoetst kunnen worden. Ik verwacht de resultaten in december 2019.

Levensseinde

- De maatschappelijke dialoog over de laatste levensfase wordt uitgevoerd door Bureau & Maes en loopt van 2 augustus 2019 t/m 29 juli 2020 met een budget van ruim € 1 ton. Er zullen in verschillende regio's tegelijkertijd kleinschalige huiskamerbijeenkomsten worden georganiseerd, waarna de aanwezigen bij elkaar komen voor een buurtgesprek met een informatiemarkt. In juni 2020 vindt naar verwachting een slotbijeenkomst plaats met een verwacht bezoekersaantal tussen 200 en 500 personen.
- ZonMw heeft begin dit jaar de Universiteit voor Humanistiek en het Julius Centrum geselecteerd voor het uitvoeren van het onderzoek naar de omvang en omstandigheden van de groep mensen met een stervenswens die hun leven als voltooid beschouwen. Het onderzoek heeft een looptijd van 20 december 2018 tot en met 30 januari 2020. De precieze vraagstelling heb ik u meegestuurd met de nota medische ethiek (TK 2017/18, 34 990, nr. 1).
- Aan het Expertisecentrum Euthanasie (voorheen de Stichting Levensseindekliniek) is de opdracht verstrekt tot een onderzoek naar de bij hen binnengekomen euthanasieverzoeken van de groep patiënten met een psychiatrische aandoening, in de jaren 2012–2018. Het betreft een retrospectieve dossierstudie, waarin zowel afgewezen als gehonoreerde verzoeken worden meegenomen. Er wordt een groot aantal factoren in kaart gebracht, zoals diagnose, leeftijd, voorafgaand

behandeltraject, positie van de behandelend psychiater en/of huisarts ten opzichte van het euthanasieverzoek, duur van het traject en de uitkomst. Het onderzoek heeft een looptijd van 18 februari 2019 tot en met 31 december 2019.

Alle genoemde activiteiten in het kader van de medisch-ethische agenda, worden gefinancierd vanuit artikel 1 Volksgezondheid van de begroting.

Vraag 589

Wat zijn de gemiddelde wachttijden voor specialistische ggz?

Antwoord:

Bij brief van 10 juli 2019 (Kamerstukken 25 424, nr. 481) heb ik uw Kamer de informatiekaart wachttijden ggz van de NZa aangeboden. Deze bevat de meest recente wachttijdencijfers in de specialistische ggz, uitgesplitst naar hoofddiagnosegroep.

Vraag 590

Hoe wil u het Expertisecentrum Euthanasie als kenniscentrum ondersteunen?

Antwoord:

Vanuit de basisverzekering wordt euthanasie vergoed. Dit betreft ook euthanasie door het Expertisecentrum Euthanasie. Het Ministerie van VWS biedt voor de overige werkzaamheden, zoals het verspreiden van kennis door bijvoorbeeld scholing en advies, geen financiële ondersteuning aan het Expertisecentrum Euthanasie, omdat deze activiteiten primair een verantwoordelijkheid van de beroepsgroep zijn.

Vraag 591

Is er een verklaring voor het achterblijven van de aanvragen gezien er in de begroting wordt gesteld: «op basis van de huidige aanvragen worden de uitgaven voor de Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT) neerwaarts bijgesteld»? Waarom fluctueert deze negatieve bijstelling over de jaren met als hoogtepunt een negatieve bijstelling van € 7,2 miljoen in het 2022? Welke stappen worden gezet om de NIPT-subsidie wel volledig benut te laten worden?

Antwoord:

Zoals aangegeven in de brief van 23 december 2016 is voor de berekening van het bedrag dat voor de Subsidieregeling werd gereserveerd (€ 26 miljoen per jaar) rekening gehouden met een verwachte deelname van ongeveer 90.000 zwangeren, wat neerkomt op 50% van alle zwangeren. Als rekeneenheid werd voor de prijs per NIPT € 460,- gehanteerd. Rekeninghoudend met de eigen betaling van de vrouw van € 175,- gold als rekenmodel voor de subsidieregeling dus: $(90.000) \times (\text{€ } 460 - \text{€ } 175) = \text{ca. € } 26 \text{ miljoen}$.

De gerealiseerde deelname aan de NIPT als eerste test is lager dan verwacht; in het eerste jaar waren er minder zwangeren dan verwacht en hiervan heeft geen 50% maar 42% in Nederland de NIPT laten doen. Het lagere deelnemingspercentage wordt meegenomen in het onderzoek naar de NIPT als eerste test. Daarnaast is de kostprijs inmiddels gedaald. Dat de uitgaven voor de NIPT neerwaarts worden bijgesteld, heeft met deze twee factoren te maken en betekent dus niet dat de subsidieregeling NIPT niet volledig wordt benut.

Vraag 592

Hoe verhoudt de bijstelling zich tot de maatschappelijke ambitie om de dalende vaccinatiegraad een halt toe te roepen, gezien wordt gesteld «op

basis van de uitgaven in de laatste jaren zijn de ramingen voor een aantal programma's die worden uitgevoerd door het RIVM (RVP, PSIE, NHS en NPG) aangepast en meer in lijn gebracht met de beoogde uitgaven van het RIVM»?

Antwoord:

De laatste jaren waren de ramingen van het RIVM voor deze programma's gemiddeld 5% te hoog, waardoor we teveel bevoorschotten. Dit leidde tot flinke terugbetalingen door het RIVM bij de afrekening ervan. Daarom wordt er vanaf 2019 95% bevoorschot, vanzelfsprekend is indien nodig wel 100% beschikbaar. Deze oplossing voor een financieringsvraagstuk staat los van onze ambitie om de dalende vaccinatiegraad een halt toe te roepen.

Vraag 593

Kunnen er al resultaten van het onderzoek naar aanleiding van motie Agema gedeeld worden (Kamerstuk 32 279, nummer 146), over redenen waarom vrouwen geen NIPT wensen

Antwoord:

In lijn met de motie Agema wordt dit onderzocht binnen het onderzoek naar de NIPT als eerste test (TRIDENT-2). De definitieve uitkomsten hiervan worden begin 2021 verwacht, maar in de loop van 2020 zullen de eerste resultaten bekend worden.

Vraag 594

Wat is de reden voor het verlagen van de uitgaven van de NIPT?

Antwoord:

Zie antwoord op vraag 591.

Vraag 595

Hoe is het gereserveerde bedrag van € 15,3 miljoen tot stand gekomen aangezien op advies van de Gezondheidsraad vanaf 2020 wordt gestart met het aanbieden van de vaccinatie aan ouderen tegen pneumokokken?

Antwoord:

Deze kosten bestaan voornamelijk uit de kosten van de inkoop van het vaccin en de kosten van het toedienen van het vaccin door de huisarts. De overige kosten bestaan uit diverse posten, zoals implementatiekosten voor het ontwikkelen van voorlichtingsproducten, het aanpassen van IT-systemen en het maken van handleidingen.

Vraag 596

Kunt u alle nieuwe beleidsvoorstellen onderbouwen conform Comptabiliteitswet artikel 3.1?

Antwoord:

Nieuwe beleidsvoorstellen worden zoveel mogelijk onderbouwd conform Comptabiliteitswet artikel 3.1 (CW3.1). Het verbeteren van de toepassing van CW3.1 is een leerproces met als uiteindelijk doel om de beleidsvoorbereiding, de doeltreffendheid, doelmatigheid en de evaluatie van beleid verder te verbeteren. Zo wordt het inzicht in de toegevoegde waarde van beleid vergroot. Deze doelstelling sluit ook aan bij de pilot Lerend evalueren waarbij het doel is werkendeweg het inzicht in doeltreffendheid en doelmatigheid van het beleid te vergroten.

Waar de onderbouwing van een beleidsvoorstel precies is te vinden verschilt en hangt vaak samen met het gekozen instrumentarium. Zo is de

toelichting op bijvoorbeeld (concept)wetgeving doorgaans in de memorie van toelichting (MvT) te vinden, of in de Nota van toelichting bij een AmvB.

Vraag 597

Wat is de oorzaak dat steeds meer zorgverleners gebruikmaken van de subsidieregeling Onverzekerde Personen?

Antwoord:

De Subsidieregeling voor medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden is vanaf maart 2018 opengesteld voor spoedeisende zorg aan onverzekerde niet-verzekeringplichtigen en in maart 2019 (met terugwerkende kracht tot 1 maart 2018) ook voor niet-spoedeisende zorg.

Het vervallen van de verzekeringsplicht, alsmede de grotere bekendheid van de subsidiemogelijkheid voor de groep niet-verzekeringplichtigen, heeft ertoe bijgedragen dat zorgverleners meer gebruik zijn gaan maken van de regeling.

Vraag 598

Wanneer is de Stimuleringsregeling eHealth Thuis (SET) precies opengesteld, waarover in de begroting het volgende staat: «Aan de Stimuleringsregeling eHealth Thuis (SET) wordt in 2019 minder besteed dan verwacht. Het aantal aanvragen in 2019 blijft achter bij de verwachtingen doordat: (1) de regeling later is opengesteld, (2) de regeling nog bekendheid moest genereren binnen het veld en (3) het aanvraag- en beoordelingsproces tijd vraagt. De toename in de aanvraagstroom wijst erop dat de regeling nu aansluiting heeft binnen het veld en de middelen in latere jaren wel tot besteding komen.»? Op welke wijze is bekend gemaakt dat deze regeling is opengesteld? Hoe lang duurt het beoordelingsproces gemiddeld genomen van aanvraag tot toewijzing? Wat is de maximale bijdrage waarop iemand kan rekenen met een aanvraag op de SET? Hoeveel aanvragen zijn er paar maand binnen gekomen, sinds de openstelling van de SET? Hoeveel van deze aanvragen zijn goedgekeurd?

Antwoord:

- Vanaf januari 2019, tijdens de e-healthweek, is gestart met de communicatie over de openstelling van de SET. Formeel is de regeling opengesteld per 1 maart 2019. Het bericht over de openstelling van de regeling is verspreid via de communicatiekanalen van VWS en programma Langer Thuis. Ook betrokken partners bij het programma Langer Thuis, waaronder Actiz en VNG, hebben aandacht besteed aan de openstelling. Nieuwssites, waaronder Zorgvisie, ICTHealth en Zorgvoorinnoveren, hebben een nieuwsbericht geplaatst. Alle partijen die direct betrokken zijn geweest bij het ontwerpen van de regeling zijn apart geïnformeerd. Verder is op de sites van de uitvoerders van de SET (RVO, ZonMw en Vitavalley) de openstelling gecommuniceerd. De Tweede Kamer is per brief geïnformeerd. Verder zijn er diverse voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd door RVO/ZonMw en hebben circa 700 personen deze bezocht.
- Bij de SET is er sprake van een doorlopende indiening. De Minister wordt daarbij geadviseerd door een externe adviescommissie. Dit impliceert dat ook de behandelingstermijn afhankelijk is van de data van de adviescommissievergaderingen. Aanvragen worden zo spoedig mogelijk afgehandeld. Tot nu toe hebben aanvragers binnen 8 weken een indicatie of zij voor subsidie in aanmerking komen. Het totale beoordelingsproces van aanvraag tot toewijzing varieert qua termijnen en duurt maximaal 13 weken.
Om voor partijen de kans op een honorering te vergroten, is er voorafgaand aan het officiële beoordelingsproces bij RVO de mogelijkheid om een QuickScan in te dienen, waar advies gegeven wordt over

haalbaarheid en tips gegeven worden om de procedure te vergemakkelijken. 120 aanvragers hebben hier gebruik van gemaakt. Daarnaast dient RVO als vraagbaak, en treedt in nauw overleg met partijen om te komen tot een aanvraag die voldoet aan alle criteria om door de adviescommissie beoordeeld te kunnen worden.

- De maximale bijdrage is € 750.000 per aanvraag.
- Sinds de openstelling op 1 maart 2019 zijn 33 aanvragen ingediend. Hiervan zijn er 19 worden goedgekeurd, 1 is afgekeurd, 3 zijn ingetrokken en 10 die nog beoordeeld moeten worden.

Vraag 599

Hoe kan gegarandeerd worden dat het geld dat via de Stimuleringsregeling eHealth Thuis gereserveerd is, ook daadwerkelijk besteed wordt?

Antwoord:

Om te zorgen dat de gereserveerde middelen ook besteed worden is het belangrijk dat de regeling bekend is. Dit gebeurt via websites, nieuwsbrieven, social media en via algemene informatiebijeenkomsten en informatiebijeenkomsten op locatie bij belangrijke stakeholders zoals ZN en Actiz. Deze bijeenkomsten zijn door 700 mensen bezocht. Er wordt daarnaast ingespeeld op belemmeringen die het veld ervaart bij het doen van een aanvraag. Zo zijn FAQ's beschikbaar gesteld, geven de uitvoerders zoveel mogelijk ondersteuning bij het opstellen van een aanvraag (o.a. via gezamenlijke bijeenkomsten) en is de regeling op één punt aangepast. Tevens zie ik of de regeling met het oog op het verder vergroten van het mogelijk aantal aanvragen verdere aanpassing behoeft, zonder de oorspronkelijke doelstelling van de regeling uit het oog te verliezen.

Vraag 600

Wat houdt de bijstelling van de uitgavenraming Rijksbijdrage Wlz naar aanleiding van actuele ramingen van het Centraal Planbureau (CPB) in?

Antwoord:

Sinds 2019 is er een rijksbijdrage Wlz. Via deze rijksbijdrage wordt voorkomen dat er in het Fonds langdurige zorg (Flz) tekorten ontstaan. De rijksbijdrage is bijgesteld op grond van de actuele inzichten in de uitgaven en de overige ontvangsten van het Flz. Wijzigingen in de ramingen van het CPB zijn de belangrijkste oorzaak van deze bijstellingen. De raming van de Wlz uitgaven is bijgesteld op grond van de loon- en prijsontwikkeling van het CPB. De raming van de overige inkomsten (Wlz-premie en BIKK) is afhankelijk van CPB-ramingen van de ontwikkeling van de economie en de inkomsten uit heffingskortingen.

Vraag 601

Waar wordt de genoemde € 8.895.000 specifiek voor gebruikt?

Antwoord:

De middelen worden ingezet voor het vergroten van de inzet van e-health, zorgvernieuwing en opschaling. De middelen zijn bestemd voor zorg en ondersteuning in de (samenwerkende) domeinen en worden o.a. ingezet voor het vergroten van de kennis en (digi)vaardigheden bij patiënten en professionals via ZorgvanNu, de start van het gebruik van persoonlijke gezondheidsomgevingen en hulpmiddelen om mensen wegwijs te maken in de veelheid van meer dan 300.000 gezondheidsapps en te kiezen voor apps die echt werken.

Vraag 602

Waarom worden de middelen die in 2021 en 2022 voor Waardigheid en Trots beschikbaar zijn doorgeschoven naar 2019 en 2020? Heeft dat te maken met achterblijvende resultaten?

Antwoord:

«Waardigheid en Trots» is overgegaan in «Waardigheid en Trots op locatie». «Waardigheid en Trots op locatie» is in januari van dit jaar van start gegaan, en de benodigde middelen zijn met name in de latere jaren nodig. Dat wordt met het doorschuiven van deze middelen van 2021 en 2022 naar 2019 en 2020 gefaciliteerd.

Vraag 603

Wat houdt het «borgen» voor innovatie en zorgvernieuwing in?

Antwoord:

Met «borgen» wordt in dit verband bedoeld dat innovatieve, digitaal ondersteunde vormen van zorg een integraal en logisch onderdeel worden van zorg en ondersteuning. Om dat te bereiken is voor het vergroten van de inzet van e-health, zorgvernieuwing en opschaling bij VWS voor 2020 € 8.895 beschikbaar gesteld. Deze middelen zijn bestemd voor zorg en ondersteuning in de (samenwerkende) domeinen en worden o.a. ingezet voor het vergroten van de kennis en (digi)vaardigheden bij patiënten en professionals, de start van het gebruik van persoonlijke gezondheidsomgevingen en hulpmiddelen om mensen wegwijs te maken in de veelheid van meer dan 300.000 gezondheidsapps en te kiezen voor apps die echt werken.

Vraag 604

Waar gaat het geld voor het borgen van innovatie en zorgvernieuwing precies heen en hangt het samen met de SET?

Antwoord:

Voor het vergroten van de inzet van e-health en zorgvernieuwing is op artikel 4 voor 2020 € 27 mln beschikbaar. Deze middelen zijn bestemd voor zorg en ondersteuning in de (samenwerkende) domeinen en worden o.a. ingezet voor het vergroten van de kennis en (digi)vaardigheden bij patiënten en professionals, de start van het gebruik van persoonlijke gezondheidsomgevingen en de bundeling en de verkenning naar verbeterde bewegwijzering en ontsluiting van gezondheidsapps. Deze middelen staan los van de middelen die bestemd zijn voor de SET. De middelen zijn wel bestemd voor (deels) dezelfde doelgroep en over inzet vindt binnen het departement goede afstemming plaats.

Vraag 605

Kunt u het mutatie artikelnummer 04 betreffende € 8.895 miljoen nader specificeren?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 601.

Vraag 606

Van welke aanvullende post komt de overboeking van € 39.600.000 ten behoeve van Maatschappelijke diensttijd en waarom dit specifieke bedrag?

Antwoord:

Zie antwoord 607.

Vraag 607

Waarom vindt een overboeking plaats ten behoeve van de Maatschappelijke diensttijd?

Antwoord:

Alle middelen die via het regeerakkoord beschikbaar zijn gekomen staan op de zogenaamde aanvullende post bij het Ministerie van Financiën. Nadat een door het beleidsdepartement opgesteld bestedingsplan (bevat beleidsvoorstel met begroting van benodigde middelen) door Financiën is goedgekeurd, worden de middelen overgeboekt vanaf de aanvullende post bij Financiën naar het desbetreffende beleidsdepartement. In het bestedingsplan Maatschappelijke diensttijd 2020 is voor de in 2020 beschikbare € 75 miljoen een begroting opgesteld. Deze begroting volgt de financieringssystematiek van ZonMw die ook in 2020 de subsidies voor projecten Maatschappelijke diensttijd verstrekt. In deze systematiek wordt gewerkt met voorschotbedragen bij het begin en halverwege van projecten en met een afrekening. Omdat de projecten veelal over meerdere jaren lopen, is de begroting van € 75 miljoen over meerdere jaren gespreid. Uitgaande van voorschotten van 50% en een beperkt bedrag voor uitvoeringskosten, komt het bedrag voor 2020 uit op € 39,6 miljoen.

Vraag 608

Wat is de oorzaak dat substantiële posten met betrekking tot het preventieakkoord nog niet juridisch verplicht zijn? Wat is de totale omvang aan investeringen die zijn gemoeid met het preventieakkoord?

Antwoord:

Er zijn verschillende oorzaken waarom nog niet alle juridische verplichtingen zijn aangegaan. De maatregelen en acties uit het Nationaal Preventie Akkoord zijn eerst door de betrokken partijen uitgewerkt en afgestemd zodat sprake is van gedragen en doelgerichte projectplannen. Daarbij dienen de procedures om te komen tot opdrachten of subsidieverleningen zorgvuldig te zijn en te voldoen aan de geldende wet- en regelgeving, waaronder de voorwaarde dat bij een subsidietoekenning geen sprake is van staatssteun. In de beantwoording van de Kamervragen d.d. 26 april 2019 heb ik aangegeven dat er € 23 mln beschikbaar is voor het jaar 2019 en voor het jaar 2020 en € 10 mln voor het jaar 2021. Daarnaast is er in 2019 en 2020 € 6 mln beschikbaar voor onderzoek naar effectieve interventies die met het Preventie Akkoord samenhangen. U ontvangt voor de begrotingsbehandeling een brief waarin ik u nader informeer over de uitgaven van deze middelen voor het Preventie Akkoord.

Vraag 609

Waarom is er zowel € 14.500 als € 1.500 bestemd voor de uitvoering van het preventieakkoord? Waaruit bestaat dat verschil?

Antwoord:

Beide zijn bestemd voor de uitvoering van het nationaal preventieakkoord; € 14,5 mln. betreft subsidies en € 1,5 mln. betreft opdrachten.

Vraag 610

Kan voor beiden van deze juridisch niet verplichte uitgaven (23.364 Diverse voornemens van de verschillende programma's & 24.247 Diverse voornemens van de verschillende programma's) uitgesplitst worden waar deze gelden voor bedoeld zijn?

Antwoord:

Het gaat om opdrachten en subsidies in kader van de programma's onafhankelijke cliëntondersteuning, gratis VOG, dak- en thuisloze jongeren, onbeperkt meedoen en waardig ouder worden.

Vraag 611

Hoeveel geld wordt in het jaar 2020 besteed aan JeugdzorgPlus (JZ+) en hoeveel kinderen maken hier gebruik van?

Antwoord:

Het budget voor jeugdzorg is onderdeel van de algemene uitkering en valt onder de beleids- en bestedingsvrijheid van gemeenten. Daarom is niet te zeggen welk deel van het totale gemeentefonds door gemeenten besteed zal worden aan jeugdhulp. Uiteraard geldt voor gemeenten wel de plicht om te voldoen aan de wettelijk aanspraak op jeugdhulp van inwoners. In 2018 verbleven 2112 jongeren in een instelling voor gesloten jeugdhulp.

De jaarcijfers van het jeugdhulpgebruik over 2020 worden op 30 april 2021 bekend gemaakt.

Vraag 612

Hoeveel geld wordt in het jaar 2020 besteed aan Zorg voor Jeugd en hoeveel kinderen maken hier gebruik van?

Antwoord:

Voor het programma Zorg voor de Jeugd en het Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd is in 2020 ongeveer € 5 miljoen beschikbaar. Met deze middelen wordt beoogd dat jeugdigen tijdig de zorg en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben, zie ook het antwoord op vraag 961. Er is voor 2020 vooraf geen inschatting gemaakt hoeveel kinderen vanuit het actieprogramma in zorg zullen komen. In 2018 maakten ongeveer 428.000 kinderen gebruik van enige vorm van jeugdzorg (jeugdhulp, jeugdbescherming en/of jeugdreclassering). De jaarcijfers jeugdhulpgebruik 2020 worden op 30 april 2021 bekend gemaakt.

Vraag 613

Hoeveel geld wordt in het jaar 2020 besteed aan de aanpak van Kindermishandeling en hoeveel kinderen maken hier gebruik van?

Antwoord:

Gemeenten zijn primair verantwoordelijk voor de aanpak van kindermishandeling. Het Rijk ondersteunt de aanpak door middelen beschikbaar te stellen voor het aanstellen van een projectleider in elke regio.

Het totale beschikbare budget voor de post Kindermishandeling in 2020 is € 17,7 miljoen. In 2020 zijn voor de aanpak onder andere de volgende budgetten gereserveerd:

- € 10 miljoen voor het programma Geweld hoort nergens thuis. Met dit programma ondersteun ik namens de andere opdrachtgevers, de Minister voor Rechtsbescherming en de VNG, de gemeenten bij het verder ontwikkelen van de aanpak kindersmishandeling;
- Hiervan is € 2,5 miljoen gereserveerd voor de activiteiten van het onderzoeksprogramma onder leiding van een Adviescommissie. De commissie heeft de opdracht een kennisprogramma te ontwikkelen en een impact-monitor in te richten die 2020 verder wordt uitgebreid;
- € 2 miljoen voor het versterken van de forensisch medische expertise bij kindermishandeling onder andere voor het project versterken FMEK van de GGD GHOR;
- Voor de implementatie van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling is € 1,9 miljoen beschikbaar.

Hoeveel kinderen bereikt worden met de diverse onderdelen van de aanpak in 2020, is niet bekend. Ik heb een impactmonitor in ontwikkeling. In de voortgangsrapportages die ik naar uw Kamer stuur, rapporteer ik namens de andere opdrachtgevers van het programma, de tot dan toe beschikbare gegevens in deze monitor.

Vraag 615

Hoeveel geld wordt in het jaar 2019 besteed aan Zorg voor Jeugd en hoeveel kinderen maken hier gebruik van?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 612. Ook voor 2019 is vanuit het ondersteuningsteam € 5 miljoen beschikbaar.

Vraag 616

Hoeveel geld wordt in het jaar 2019 besteed aan de aanpak van Kindermishandeling en hoeveel kinderen maken hier gebruik van?

Antwoord:

Zoals ik op vraag 613 heb geantwoord zijn gemeenten primair verantwoordelijk voor de aanpak van kindermishandeling. In 2019 is door het Rijk € 4 miljoen beschikbaar gesteld voor het aanstellen van een projectleider in elke regio. Deze middelen zijn toegevoegd aan het gemeentefonds.

Voor de gehele post aanpak kindermishandeling is in 2019 totaal € 18,8 miljoen beschikbaar. In 2019 zijn onder andere de volgende budgetten gereserveerd:

- € 10,5 miljoen voor het programma Geweld hoort nergens thuis. Met dit programma ondersteun ik namens de andere opdrachtgevers, de Minister voor Rechtsbescherming en de VNG, de gemeenten bij het verder ontwikkelen van de aanpak kindersmishandeling;
- Hiervan is € 2,5 miljoen gereserveerd voor de activiteiten van het onderzoeksprogramma onder leiding van een Adviescommissie. De commissie heeft de opdracht een kennisprogramma te ontwikkelen en een impact-monitor in te richten;
- € 2 miljoen voor het versterken van de forensisch medische expertise bij kindermishandeling onder andere voor het project versterken FMEK van de GGD GHOR;
- Voor de implementatie van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling is in 2019 € 1,9 miljoen beschikbaar.
- Voor de versterking en doorontwikkeling van de Veilig Thuis is in 2019 € 1,5 miljoen beschikbaar

Hoeveel kinderen in 2019 zijn bereikt is niet bekend. Ik heb een impactmonitor in ontwikkeling. In de voortgangsrapportage die ik in december 2019 naar uw Kamer stuur, rapporteer ik namens de andere opdrachtgevers van het programma, de tot dan toe beschikbare gegevens in deze monitor. Over de exacte besteding van de middelen over 2019 wordt uw Kamer later geïnformeerd.

Vraag 617

Waaruit bestaan de «diverse voornemens van de verschillende programma's» op de langdurige zorg en ondersteuning?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 610

Vraag 618

Wanneer heeft de Gezondheidsraad voor het laatst een ongevraagd advies uitgebracht?

Antwoord:

De laatste keer dat de Gezondheidsraad een ongevraagd advies heeft uitgebracht was op 10 juli 2019, met het signalerend advies «Gezondheidsrisico's door lage concentraties koolmonoxide», gericht aan de Minister van BZK.

Vraag 619

Welk bedrag wordt jaarlijks uitgegeven aan prenatale screening bij zwangere vrouwen?

Antwoord:

Voor 2020 is in totaal € 39,1 miljoen begroot voor prenatale screening. Dit bedrag bestaat uit de subsidieregeling NIPT (€ 15,4 miljoen), de prenatale screening op infectieziekten en erytrocytenimmunisatie (€ 19,4 miljoen) en de subsidie aan de regionale centra prenatale screening (€ 4,3 miljoen). De counseling prenatale screening en het structureel echoscopisch onderzoek worden in 2020 gefinancierd via de zorgverzekering.

Vraag 620

Kunt u toelichten wanneer de voltooiing van de uitvoeringstoets van het RIVM gereed is, welke in verband staat met de subsidieregeling NIPT die wordt verlengd tot 1 april 2023?

Antwoord:

Het RIVM zal de uitvoeringstoets op 1 juli 2020 opleveren.

Vraag 621

Wat kost het terugdraaien van de btw-verhoging op groente en fruit?

Antwoord:

Voor een correct antwoord op deze vraag is het nodig te definiëren wat exact onder «groente en fruit» moet worden verstaan. Vallen daar bijvoorbeeld ook ingeblikte, diepvries, gedroogde en geperste groente en fruitsoorten onder? Is het verlaagde tarief ook van toepassing op maaltijden in restaurants waar groente en fruit in verwerkt zit? Bovendien staat niet vast dat een verandering van het btw-tarief ook leidt tot een (volledige) doorberekening daarvan in de consumentenprijs. Mogelijk is een supermarkt bereid om bananen altijd voor een bepaalde prijs te verkopen – dus onafhankelijk van het btw-tarief – om zo klanten te trekken. In het huidige aangiftesysteem is het overigens technisch ook niet mogelijk een dergelijk nieuw/extra tarief te introduceren. Een nieuw aangiftesysteem is in elk geval de komende drie jaar nog niet beschikbaar. Om desondanks enige indicatie te geven: uitgaande van de consumptiecijfers van het CBS, leidt een verlaging van de btw op groente en fruit (zowel in de supermarkt als in de horeca) naar 6% tot een budgettaire derving van circa € 350 miljoen. Een verschil in tarief tussen groente en fruit enerzijds en andere levensmiddelen anderzijds leidt tot administratieve lasten bij de sector en uitvoeringslasten en (zeer omvangrijke) uitvoeringsproblematiek bij de belastingdienst.

Vraag 622

Waarom voorziet de begroting vanaf het jaar 2021 op de post Gezonde leefstijl en gezond gewicht structureel een lager bedrag dan voorzien voor het jaar 2020? Hoe strookt dit met de ambitie om de consumptie van gezond voedsel te bevorderen?

Antwoord:

De extra investeringen vanuit het regeerakkoord voor het Nationaal Preventieakkoord en voor effectieve interventies zijn hoger in 2019 en 2020 dan in 2021. Voor 2019 en 2020 is jaarlijks € 23 miljoen en voor 2021 € 10 miljoen beschikbaar gesteld vanuit het regeerakkoord om acties uit het gehele Nationaal Preventieakkoord te stimuleren. Daarnaast is er voor 2019 en 2020 een budget van € 6 miljoen voor effectieve interventies.

Vraag 623

Welke bedragen zijn gemoeid met de preventie van schadelijk middelen-gebruik, onderverdeeld in alcohol, drugs en tabak? Waar wordt dit aan besteed?

Antwoord:

Zie antwoord op vraag 1038.

Vraag 624

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

Antwoord:

Zie antwoord op vraag 1038.

Vraag 625

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

Antwoord:

De cijfers voor 2018 zijn nog niet beschikbaar. In 2017 zijn 860 jongeren opgenomen op een alcoholpoli, waarvan 671 met een alcoholintoxicatie. Dit was een lichte toename ten opzichte van 2016 (574), maar lager dan in 2015 (713). De onderzoekers van het Nederlands Signaleringscentrum Kindergeneeskunde (NSCK) constateerden dat van een opnieuw fors stijgende trend geen sprake lijkt te zijn (zie Rapportage alcoholintoxicaties onder minderjarigen, bijlage 2 bij kamerbrief TK 2017/18, 27 565, nr. 171).

Vraag 626

Wat zijn de omzet- en winstcijfers van de alcoholbranche?

Antwoord:

Ik beschik niet over deze cijfers.

Vraag 627

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 eerstgenoemde groep daalde het aantal rokers. Jongens roken wat vaker dan meisjes.

Het volgende Peilstationsonderzoek naar middelengebruik onder scholieren komt naar verwachting eind 2019 uit. Dit onderzoek biedt

recente cijfers over hoeveel en hoe vaak scholieren roken. De Kamer zal worden geïnformeerd over de uitkomsten van dit onderzoek.

Vraag 628

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

Antwoord:

Aangezien de e-sigaret nog niet zo lang op de Nederlandse markt is, zijn er pas sinds 2015 cijfers bekend over het gebruik van de e-sigaret onder kinderen en jongeren. Uit de middelenmonitor van het Trimbos onder Nederlandse studenten (16 t/m 18 jaar) in het MBO en HBO, blijkt dat het gebruik van de e-sigaret tussen 2015 en 2017 is toegenomen van 8% tot 12%. In 2017 is het gebruik van de e-sigaret voor het eerst meegenomen in het vierjaarlijkse HBSC-onderzoek (Health Behaviour in School-aged Children), het rapport over het welzijn en de gezondheid van Nederlandse jongeren (11–16 jaar). In dit onderzoek gaf in het basisonderwijs (groep 8) 6% van de leerlingen aan wel eens met de e-sigaret geëxperimenteerd te hebben. Van de 12–16-jarige scholieren gaf 28% aan ooit in het leven een e-sigaret te hebben gebruikt. Meer jongens (33%) dan meisjes (22%) hebben ooit de e-sigaret gebruikt. Voor zowel de cijfers onder scholieren als onder studenten uit 2017 geldt dat maar weinig jongeren de e-sigaret met regelmaat gebruiken. Van de jongeren die wel eens een e-sigaret hebben gebruikt, gebruikt 2% de e-sigaret dagelijks en 3% wekelijks.

Vraag 629

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:

Ik beschik niet over data die aangeven op welke leeftijd mensen zijn begonnen met het gebruik van drugs. Data die betrekking hebben op het gebruik door de jongste leeftijdscategorie bevatten een indicatie voor het aantal kinderen en jongeren dat op jonge leeftijd drugs heeft gebruikt. Met de beschikbare data van de Nationale Drugs Monitor is het mogelijk deze indicatie te geven. Dat is hieronder voor verschillende soorten drugs gedaan. Gelet op definitieverschillen in de monitors door de jaren heen, verschillen peiljaar en leeftijdscategorieën hierbij enigszins. Voor wat betreft het gebruik van softdrugs zijn alleen data beschikbaar voor het gebruik van cannabis:

	2007	2017
Leeftijd 12–16 jaar	11,2%	7,9%
Leeftijd 15–24 jaar	16,1% (2009)	
Leeftijd 18–19 jaar		23,5%
Leeftijd 20–24 jaar		25,9%

Voor wat betreft harddrugs:

Cocaïne	2009	2015
12–18 jaar	1,2%	0,7%
18–19 jaar		1,5%
Heroïne	2007	2015
12–16 jaar		0,3%
12–18 jaar	0,4%	
XTC	2007	2017
12–18 jaar	1,7%	
12–16 jaar		0,8%
18–19 jaar		5,2%
Amfetamine	2007	2017
12–18 jaar	1,5%	
18–19 jaar		3,7%
20–24 jaar		6%
GHB	2011	2017
12–18 jaar	0,5%	
12–16 jaar		0,3%
18–19 jaar		0,9%
20–24 jaar		1,2%

Vraag 630

Welke vaccinaties voor kinderen en ouderen worden in 2019 vergoed?

Antwoord:

In Nederland worden voor kinderen vaccinaties aangeboden die beschermen tegen twaalf ernstige infectieziekten. Zowel de vaccins als de toediening zijn gratis.

De DKTP-Hib-HepB vaccinatie beschermt tegen difterie, kinkhoest, tetanus, polio, ziekten veroorzaakt door Hemophilus Influenza B en Hepatitis B. Kinderen krijgen deze vaccinatie in het eerste jaar vier maal. Kinderen krijgen met 4 jaar DKTP en met 9 jaar DTP vaccinatie aangeboden.

De pneumokokkenvaccinatie beschermt tegen 10 typen pneumokokken. De vaccinatie tegen pneumokokken wordt 3 keer gegeven in het eerste jaar.

De BMR Bof, mazelen, rodehond -vaccinatie beschermt tegen de bof, mazelen en rodehond. Kinderen krijgen twee keer de BMR-vaccinatie, met 14 maanden en als ze 9 jaar zijn.

Van de meningokokbacterie bestaan meerdere types. De vaccinatie in het Rijksvaccinatieprogramma beschermt tegen de typen A, C, W en Y.

Kinderen krijgen deze vaccinatie als ze 14 maanden en als ze 14 jaar zijn.

In 2019 zijn alle jongeren van 14 tot 18 jaar uitgenodigd voor een inhaalactie.

Meisjes krijgen in het jaar dat ze 13 worden de vaccinatie tegen HPV aangeboden. Meisjes van 14 jaar krijgen twee keer een vaccinatie. Tussen de twee vaccinaties zit een periode van een half jaar. Meisjes van 15 jaar en ouder die de vaccinatie willen, krijgen drie keer een vaccinatie. Dit wordt vergoed via het Rijksvaccinatieprogramma voor meisjes tot 18 jaar.

Ouderen en risicogroepen krijgen de vaccinatie tegen griep bij de huisarts gratis aangeboden.

Vraag 631

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:

De middelen die overgaan naar de gemeente m.b.t. de uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma in het Gemeentefonds zijn niet gelabeld. Het budget wordt verdeeld op basis van de maatstaf «jongeren». De gemeenten zijn op basis van de Wet Publieke Gezondheid verantwoordelijk voor de uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma en daarmee wordt de uitvoering van het landelijk vastgestelde programma inclusief het toedienen van de vaccinaties, gegarandeerd.

Vraag 632

Welke acties worden ondernomen om de sinds 2005 continue daling van het deelnamepercentage aan het Rijksvaccinatieprogramma te keren?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 484.

Vraag 633

Kunt u inzicht geven in de ontwikkeling van de sociaal economische 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:

Onderstaande tabel geeft de levensverwachting weer van de vijf inkomensgroepen die het CBS onderscheidt. Het meest recente cijfer hierover betreft het gemiddelde van 2011–2014; het gemiddelde van 2015–2018 verschijnt later dit jaar. Over de resultaten van de preventiecoalities heb ik uw Kamer in juli geïnformeerd, naar aanleiding van de tussenevaluatie van de maatregelen uit het beleidsprogramma preventie in het zorgstelsel door het RIVM (Kamerstuk 32 793, nr. 403).

Inkomensklasse		Laagste	Laag midden	Midden	Hoog midden	Hoogste	verschil hoogste-laagste inkomensklassen
Mannen	2004–2007	73,9	77,5	78,9	80,1	81,1	7,2
	2007–2010	74,4	78,6	80,5	81,8	82,5	8,1
	2011–2014	75,1	79,3	81,5	82,1	83,3	8,2
Vrouwen	2004–2007	78,8	84,1	84,5	84,2	85,5	6,7
	2007–2010	78,8	84,1	85,1	85,4	85,6	6,8
	2011–2014	78,9	84,3	85,3	86,2	85,6	6,7

Vraag 634

Kan concreet aangegeven worden wat het budget is voor de campagne Stoppen met roken?

Antwoord:

Voor het thema roken staan twee campagne-onderwerpen in het Preventieakkoord opgenomen. Het gaat om «stoppen met roken» en «rookvrij opgroeien». Het totale budget voor deze campagnes bedraagt € 5,2 miljoen inclusief BTW. De bedragen zijn als volgt verdeeld over de

jaren: € 2,0 miljoen voor 2019, € 2,8 miljoen voor 2020 en € 0,4 miljoen voor 2021. Voor de jaren na 2021 zijn nog geen middelen gereserveerd.

Vraag 635

Wat is het budget in 2020 voor de campagne Rookvrij opgroeien?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 634.

Vraag 636

Wat is het budget in de jaren na 2020 voor de twee campagnes Rookvrij opgroeien?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 634.

Vraag 637

Op welke manier wordt in de twee campagnes Rookvrij opgroeien en Stoppen met roken de schadelijkheid van (mee)roken meegenomen?

Antwoord:

Op dit moment vindt een eerste uitwerking van de campagne plaats door het geselecteerde reclamebureau. Het is daarom nog niet mogelijk aan te geven hoe schadelijkheid wordt meegenomen.

Vraag 638

Kan concreet aangegeven worden hoe en wanneer aan welke onderdelen van het preventieakkoord uitvoering wordt gegeven?

Antwoord:

De eerste voortgangsrapportage Nationaal Preventieakkoord verschijnt in mei 2020. Hierin zal de stand van zaken van de uitvoering van de afspraken worden weergegeven. Dit gebeurt vanuit de input van de partijen die betrokken zijn bij de thematafels roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik. Het RIVM maakt het overzicht.

Vraag 639

Waarom daalt het budget aan het agentschap RIVM?

Antwoord:

Door de nieuwe structuur van Artikel 1 Volksgezondheid lijkt het budget van het RIVM ten opzichte van eerdere jaren te dalen. Echter de budgetten die eerder bij subsidies RIVM: Regelingen publieke en seksuele gezondheid stonden opgenomen, zijn nu ondergebracht bij subsidies Bevolkingsonderzoeken, subsidies Vaccinaties en subsidies Bevordering van seksuele gezondheid.

Vraag 640

Kan in een overzicht aangegeven worden wat er afgelopen jaren is uitgegeven aan de verschillende vaccinaties en wat er komende jaren uitgegeven gaat worden?

Antwoord:

Vaccinatie (bedragen * € 1,0 mln.)	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Griep	47,8	47,5	48,9	60,7 ³	61,9	63,1
RVP	84,4	95,3 ¹	66,2 ²	66,8 ⁵	66,4	66,9
Inhaalcampagne Meningokokken-W-vaccinatie	–	–	34,2	–	–	–
Rotavirus	–	–	1,5 ⁴	3,1	3,1	3,1
Pneumokokken	–	–	7,5 ⁴	15,3	14,7	14,7
Maternale kinkhoest	–	–	2,5 ⁴	8,3	8,3	8,3

- Inclusief uitbreiding Meningokokken-W-vaccinatie
- De budgetten voor het zetten van de prikken zijn overgeheveld naar het Gemeentefonds
- De stijging van de kosten is gevolg van het aanbieden van quadrivalente vaccin, vanwege de hogere verwachte effectiviteit tegen de griep
- Aanloop- en implementatiekosten en eerste aanschaf vaccins
- Inclusief HPV-vaccinatie voor Jongens

Vraag 641

Hoe kan het dat het RIVM in het jaar 2019 niets heeft uitgegeven aan vaccinaties?

Antwoord:

Door de nieuwe structuur van Artikel 1 Volksgezondheid lijkt het dat er in 2019 niets is uitgegeven aan vaccinaties. In 2019 zijn de budgetten voor vaccinaties echter opgenomen in de posten subsidies RIVM: Regelingen publieke en seksuele gezondheid (Griep) en Bijdragen aan agentschappen RIVM: Opdrachtverlening aan kenniscentra (overige vaccinaties).

Vraag 642

Wat verklaart de stijging van € 89,6 naar € 98,4 miljoen in de uitgaven van het RIVM aan vaccinaties (van het jaar 2020 naar 2021)?

Antwoord:

De stijging in de uitgaven van het RIVM aan vaccinaties van € 89,6 naar € 98,4 miljoen (van 2020 naar 2021) wordt verklaard doordat de vaccin- en implementatiekosten voor pneumokokken-, rota- en maternale kinkhoest-vaccinatie in 2020 via het instrument Opdrachtverlening aan Kenniscentra verlopen.

Vraag 643

Hoe wordt de verhoging van de subsidies medische ethiek verklaard?

Antwoord:

De verhoging van de subsidies medische ethiek wordt verklaard door de toevoeging van de middelen voor de uitvoering van de subsidieregeling voor kunstmatige inseminatie met donorzaad (KID) lesbische paren en alleengaande vrouwen.

Vraag 644

Kunt u uitsplitsen welk aandeel van de subsidies en opdrachten nog niet juridisch verplicht is per uitgavepost?

Antwoord:

Op pagina 53 van de begroting heb ik een overzicht van de niet-juridisch verplichte uitgaven opgenomen. In onderstaand overzicht staat aangegeven onder welke uitgavenpost deze vallen:

Uitgavenpost	Aandeel nog niet juridisch verplicht
Subsidies (Lokaal) gezondheidsbeleid	• Subsidieregeling Preventiecoalities € 1,0 mln. • Subsidieregeling Nader onderzoek naar de doodsoorzaak van kinderen (NODOK) € 0,5 mln. • Depressiepreventie € 0,2 mln. • Kansrijke start € 1,5 mln.
Opdrachten (Lokaal) gezondheidsbeleid	Opdrachten gezondheidsbeleid € 0,7 mln.
Subsidies Ziektepreventie	Antibioticaresistentie € 2,5 mln.
Opdrachten Ziektepreventie	uitvoering maatregelen vaccinatiebrief € 2,1 mln.
Subsidies Preventie van schadelijk middelengebruik (alcohol, drugs en tabak)	Uitvoering Preventieakkoord € 5,0 mln.
Subsidies Gezonde leefstijl en gezond gewicht	Uitvoering Preventieakkoord € 9,5 mln.
Subsidies Bevordering van seksuele gezondheid	Bevorderen van de seksuele gezondheid en de preventie en ondersteuning bij onbedoelde (tiener) zwangerschappen € 7,8 mln.
Opdrachten Gezondheidsbevordering	Uitvoering Preventieakkoord € 1,5 mln.

Vraag 645

Wanneer wordt bekend welk percentage zwangere vrouwen heeft deelgenomen aan de NIPT in 2018 ter bepaling of een kind een eventueel verhoogde kans heeft op het downsyndroom, edwardsyndroom of patau-syndroom?

Antwoord:

In december zal dit percentage op de website van het NIPT-consortium worden gepubliceerd. Het zal ook onderdeel zijn van de monitor prenatale screening van het RIVM, waarvan de publicatie op de site van het RIVM voor januari 2020 staat gepland.

Vraag 646

Kan in een overzicht aangegeven worden wat er afgelopen jaren uitgegeven is aan de verschillende bevolkingsonderzoeken en wat er komende jaren hieraan uitgegeven gaat worden?

Antwoord:

Bevolkingsonderzoek (bedragen * € 1,0 mln.)	2017	2018	2019	2020	2021	2022
PSIE	19,5	19,0	18,0	19,4	19,7	19,7
Hielprik	17,4	17,1	16,7	21,2 ¹	23,7	25,5
NIPT	17,9	17,0	15,4	15,4	15,4	15,4
Darmkanker	20,5	20,5	27,5 ²	29,3	29,2	30,0
Baarmoederhalskanker	30,8	31,8	31,0	32,6	33,1	26,6 ³
Borstkanker	66,9	67,1	65,3	70,0	71,5	71,6
Regionale centra prenatale screening	0	3,5	4,0	4,2	4,2	4,2

- Is gevolg van de uitbreiding van de hielprikscreening
- Is gevolg van stijging van de deelname
- Is gevolg van overgang klinische deelname naar zelfafnamesets

Vraag 647

Kunt u toelichten wat de stand van zaken is rond de preventie, diagnostiek en behandeling van de ziekte van Lyme bij het Nederlands Expertise-centrum?

Antwoord:

Het Nederlands Lymeziekte-expertisecentrum (NLe) is een samenwerking tussen de patiëntenvereniging, twee UMC's (UMC Amsterdam en het Radboudumc) en het RIVM en beoogt om vanuit de verschillende achtergronden, kennis, kunde en ervaringen te bundelen. Het Nederlands Lymeziekte-expertisecentrum zet zich in om de diagnostiek en behandeling van de ziekte van Lyme te verbeteren (zie ook TK stukken 32 793, nr. 374).

De beide academische ziekenhuizen binnen het NLe zijn in gesprek met Zorgverzekeraars Nederland over het vergroten van de zorgcapaciteit. De deelnemende partijen zijn sterk betrokken bij onderzoek. Komend jaar worden ook de eerste resultaten verwacht van de al enige jaren lopende LymeProspect en LymeProspect KIDS studies naar het ontstaan van lange termijn klachten bij volwassenen en kinderen met Lyme. De onderzoekers kijken daarbij niet alleen hoe vaak langdurige klachten ontstaan, maar willen ook proberen mogelijke oorzaken van de klachten vast te stellen. Momenteel vindt in Nederland de Victory studie plaats, een studie voor het valideren van cellulaire testen. Twee van de te onderzoeken cellulaire testen zijn ingebracht door de patiëntenvertegenwoordigers. Ook het RIVM is actief in het onderzoeken van bestaande en nieuwe testmogelijkheden. In het LymeProspect onderzoek wordt gekeken naar de rol van andere micro-organismen op de ziekte van Lyme en het ontstaan van langdurige klachten. Daarnaast wordt in het onderzoek Ticking on Pandora's box gekeken welke andere infecties kunnen ontstaan in mensen na een tekenbeet. 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 648

Wat is het totaalbudget op de VWS-begroting dat naar drugspreventie gaat? Kunt u deze investeringen specificeren?

Antwoord:

Het grootste deel van het budget bestemd voor preventie van schadelijk middelengebruik is bestemd voor subsidies (ca. € 19 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. Dit komt bijvoorbeeld naar voren bij het onderzoeksprogramma van het Trimbos Veilige en Gezonde Horeca en Evenementen waarbij aandacht is voor drugs- en alcoholgebruik. Voor drugspreventie vallen hier onder andere uitgaven aan monitors zoals de Nationale Drug Monitor (NDM) onder. Ook uitgaven aan interventies op het gebied van veilig uitgaan zoals ouderondersteuning op het gebied van uitgaansdrugs en het Drugs Informatie en Monitoringsysteem (DIMS) zijn hier onderdeel van. Het programma Jongeren, Jongvolwassenen en Drugs van het Trimbos richt zich op het tegengaan van drugsgebruik.

Vraag 649

Wat is de oorzaak van het toegenomen cannabisgebruik onder twaalf- tot zestienjarigen?

Antwoord:

De toename waarnaar verwezen wordt volgt uit data uit het onderzoek Jeugd en Riskant gedrag 2015 van het Trimbos instituut. Deze data laten inderdaad een toename van cannabisgebruik zien. Uit de nationale drugs monitor 2018 (NDM), waarin meerdere bronnen worden samengevoegd, kunnen we een breder en meer recent beeld schetsen. Uit deze cijfers

volgt geen stijgende trend maar een dalende. Als wordt gekeken naar de periode 2003 tot en met 2017 dan blijkt dat het gebruik van 2003 (13,1%) tot en met 2015 (8,2%) is afgenomen. Tussen 2015 en 2017 lijkt sprake van een stabilisatie of een lichte afname (7,9% in 2017).

Vraag 650

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:

De NVZ heeft mij laten weten dat een dergelijk overzicht niet wordt bijgehouden. Als het goed is zijn alle ziekenhuizen bezig met de transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek, kijken ze welk profiel daar het beste bij past en denken ze regelmatig na over het concentreren, sluiten of afstoten van afdelingen en specialismen. Ze overleggen daarover met de zorgverzekeraar(s). Zoals eerder aan uw Kamer gemeld, heb ik een concept amvb in voorbereiding die regelt hoe bij dit soort besluiten de beschikbaarheid en continuïteit van de acute zorg moet worden geborgd. Een belangrijke rol is daarbij weggelegd voor het regionaal overleg acute zorg (ROAZ).

Vraag 651

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 1 januari 2009 en 1 oktober 2019 voor onderstaande (voorgenomen) ziekenhuisfusies goedkeuring heeft verleend.³⁸ Dit betreffen:

- Coöperatie Vlietland – Vlietland Ziekenhuis
- Orbis Medisch Centrum – Medisch Centrum Atrium
- Stichting TweeSteden ziekenhuis – Stichting St. Elisabeth ziekenhuis
- Stichting Spaarne ziekenhuis – Stichting Kennemer Gasthuis
- St. Lucas Andreas ziekenhuis/Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
- Vlietland ziekenhuis/ Sint Franciscus Gasthuis
- Nij Smellinghe/Zorggroep Pasana
- Zorggroep Leveste – Middenveld / Ziekenhuis Refaja
- HagaZiekenhuis / Reinier de Graaf Groep
- Lievensberg Ziekenhuis / Franciscus Ziekenhuis
- Bronovo – Nebo – MCH
- Sint Antonius Ziekenhuis – Zuwe Hofpoort Ziekenhuis
- Kwadrant – Zorggroep Antonius – Nij Smellinghe/Pasana
- Rijnland Zorggroep – Diaconessenhuis Leiden
- Stichting Holding Isala Klinieken – Stichting Zorgcominbatie Noorderboog
- Reinier Haga Groep – Lange Land Ziekenhuis
- UMCG – Ommelanden
- Waterland – Westfriesgasthuis
- Slingelandziekenhuis Streekziekenhuis Koning Beatrix
- AMC – Vumc
- Erasmus MC – ADRZ
- Stichting Sint Antonius Ziekenhuis – Maartenskliniek Woerden

³⁸ Ook is een fusie met zelfstandige behandelcentra goedgekeurd. Dit betreft Malenstein Holding B.V. – NPM Capital.

- Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische ziekten – Stichting Sint Franciscus Vlietland Groep
- Stichting IJsseland Ziekenhuis – Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische ziekten
- Onderdelen MC Slotervaart – OLVG
- Spaarne Gasthuis-afdeling Bariatrie Slotervaarziekenhuis BV
- St. Jansdal – locatie Lelystad MC IJsselmeerziekenhuizen.

Vraag 652

Wat zijn de meest recente cijfers over babysterfte in Nederland?

Antwoord:

Zoals ik in de Kamerbrief «stand van zaken geboortezorg en inzet voor de toekomst» (TK II, 2018–2019, 32 279, nr. 129) heb geschreven is landelijk de perinatale sterfte in 2017 7,7 per 1000 geboren kinderen.

Vraag 653

Zijn er ten opzichte van andere jaren wijzigingen in de aanrijtijd van ambulances bij acute problematiek of rondom zwangerschappen?

Antwoord:

De landelijke *gemiddelde* responstijd bij een A1-inzet lag in 2018 op 9 minuut 44 seconde, dit is al zes jaar vrij stabiel (9:41, 9:26, 9:25, 9:29, 9:39, 9:40 minuten)

In 2018 werd de 15-minutennorm in 3 van de 24 regio's gehaald.

Aantal RAV'en (van totaal 24) die voldoen aan:	2018	2017	2016	2015	2014	2013
95% in 15 minuten	3	3	4	6	7	8
92–95% in 15 minuten	14	15	19	18	14	9
<92% in 15 minuten	7	6	1	0	3	7
95% in 16 minuten	12	13	17	14	15	10
95% in 17 minuten	22	21	24	24	23	19

Er is geen landelijk overzicht van wie de ambulance heeft aangevraagd. Er zijn landelijk globale overzichten van de specialismen waarvoor de patiënt is vervoerd naar het ziekenhuis maar deze zijn niet op detailniveau beschikbaar.

Vraag 654

Hoeveel klinische verloskunde afdelingen zijn de afgelopen tien jaar gesloten en welke ziekenhuizen betrof dit?

Antwoord:

De bereikbaarheid en beschikbaarheid van de afdeling acute verloskunde wordt jaarlijks door het RIVM in kaart gebracht in de zogenaamde «analyses gevoelige ziekenhuizen». De analyse uit 2017 (TK 2017–2018, 29 247, nr. 246) laat de aantallen ziekenhuislocaties waar 24/7-uur per week acute verloskunde wordt aangeboden vanaf 2011 zien. In 2011 was het aantal locaties met een afdeling acute verloskunde 84. Het aantal locaties met een afdeling acute verloskunde is volgende de RIVM op peildatum maart 2019 75. Voor wat betreft de locaties acute verloskunde die in het afgelopen jaar zijn gesloten bent u geïnformeerd bij mijn brief van 12 juli jl (TK 2018–2019, 29 247, nr. 290).

Vraag 655

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 was 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 antwoord op kamervraag 315 over de begroting 2019 (TK 35 000 XVI, nr. 12) is aangegeven om welke locaties dat in elk van die jaren ging.

Ten opzichte van de inventarisatie in 2018 zijn er in 2019 drie 24/7-uurs basis-SEH's minder. De SEH van het MC Slotervaart in Amsterdam en de SEH van het MC Zuiderzee ziekenhuis in Lelystad zijn gesloten naar aanleiding van het faillissement in oktober 2018. Daarnaast is de SEH van het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis locatie Tweesteden sinds september 2018 van 24/7-uurs naar dag/avond-openstelling gegaan.

Vraag 656

Hoeveel huisartsenposten zijn de afgelopen tien jaar gesloten en welke ziekenhuizen betrof dit?

Antwoord:

In Een, de vereniging voor huisartsenposten, laat weten dat van de afgelopen tien jaar geen volledig overzicht is bijgehouden. De organisatie van de zorg in de regio is primair de verantwoordelijkheid van de betrokken zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De huisartsenposten hebben in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen 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.volksgezondheinzorg.info/onderwerp/acute-zorg/regionaal-internationaal/hap#node-reistijd-minuten-naar-dichtstbijzijnde-huisartsenpost>).

Vraag 657

Hoeveel Intensive Care-afdelingen (IC's) zijn de afgelopen tien jaar gesloten en welke ziekenhuizen betrof dit?

Antwoord:

Ik beschik niet over een overzicht van hoeveel IC's er de afgelopen tien jaar zijn gesloten. De betrokken zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de regio zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het zorgaanbod. Er is wel een Stichting De Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE). Zij verzorgen de registratie van alle beschikbare data van deelnemende IC afdelingen, met als doel het monitoren en optimaliseren van de kwaliteit van IC zorg. De Stichting NICE is een stichting zonder winstoogmerk en is opgericht door de beroepsgroep van intensivisten voor intensivisten. Inmiddels doen alle Nederlandse IC's mee aan dit initiatief en worden per jaar de gegevens van ongeveer 80.000 nieuwe IC opnamen aan de NICE database toegevoegd.

Vraag 658

Hoeveel vrouwen kiezen voor een geboorte thuis in plaats van in het ziekenhuis om geen eigen bijdrage te hoeven betalen?

Antwoord:

Hierover zijn geen cijfers bekend. Als er sprake is van een medische indicatie dan is de eigen bijdrage voor een bevalling in het ziekenhuis niet van toepassing.

Vraag 659

Is het aantal spoedeisende hulpposten in het jaar 2019 gewijzigd ten opzichte van het jaar 2018? Zo ja, wat is het verschil?

Antwoord:

Ten opzichte van peilmoment april 2018 zijn er in peilmoment maart 2019 drie 24/7-uurs basis-SEH's minder. Zie verder mijn brief van 12 juli jl. (TK 2018–2019, 29 247, nr. 290).

Vraag 660

Hoeveel patiëntenstops hebben welke ziekenhuizen dit jaar afgekondigd? Kan per patiëntenstop hiervoor de reden worden genoemd?

Antwoord:

Ik beschik voor de medisch-specialistische zorg 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. Recent beantwoordde ik schriftelijke vragen over casussen bij Zuyderland (Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2018–2019, nr. 3804) en het Ikazia Ziekenhuis (Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2018–2019, nr. 3876).

Vraag 661

Hoe hoog is het percentage overheadkosten in de ziekenhuissector en hoeveel kan hierop bezuinigd worden?

Antwoord:

Op basis van cijfers van het CBS (Zorginstellingen, financiële kengetallen 2007–2011) bedroeg het aandeel van de overheadkosten bij ziekenhuizen in 2011 20%. Ik beschik niet over actuelere gegevens hierover. Ik heb ook geen informatie over mogelijke bezuinigingen op overheadkosten. Dat is aan de ziekenhuizen zelf. Zie de antwoorden op de vragen 162 en 791 bij de VWS-begroting 2017 (TK 34 550 XVI, nr. 11).

Vraag 662

Hoe hoog is de verspilling in de ziekenhuissector en hoeveel kan hierop bezuinigd worden?

Antwoord:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs 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 663

Kunt u inzicht geven in de ontwikkeling van de kosten van medische apparatuur en medische hulpmiddelen in de ziekenhuizen sinds het jaar 2006? Wat is de winst die leveranciers van medische apparatuur en

medische hulpmiddelen hebben gemaakt in deze periode? Is deze winst afgenomen, hetzelfde gebleven of toegenomen sinds het jaar 2006?

Antwoord:

Nee, dit inzicht in kosten en winst hebben we niet.

Vraag 664

Welke ziekenhuizen in Nederland worden thans (mede) gefinancierd door leveranciers van medische apparatuur en/of medische hulpmiddelen?

Antwoord:

In het Transparantieregister Zorg kan per zorginstelling (op Kamer van Koophandel-nummer) worden gezocht of er financiële relaties zijn met leveranciers van medische hulpmiddelen. Het register bevat geen totaaloverzicht van welke ziekenhuizen financiële relaties onderhouden met leveranciers van medische hulpmiddelen.

Vraag 665

Wat is de ontwikkeling van het aantal patiënten dat in het ziekenhuis wordt behandeld voor de jaren van 2006 tot en met 2019?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 666.

Vraag 666

Wat is de ontwikkeling van de gemiddelde kosten per behandelde patiënt in ziekenhuizen voor de jaren van 2006 tot en met 2019?

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 2006–2019 van € 15,3 miljard naar € 25,0 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 tweedeelijnszorg (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	Uitgaven tweedelijnszorg per patiënt
			x € 1 miljoen	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%	21.185,4	2.186
2016	16.936.959	59,1%	22.766,4	2.274
2017	17.038.598	59,2%	23.202,4	2.301
2018	17.146.418	59,2%	23.920,8	2.357
2019	17.234.713	59,3%	25.002,6	2.447

Vraag 667

Hoeveel eerstelijns hulpverblijven zijn er afgelopen jaren bijgekomen?
Wat waren de kosten hiervan en hoeveel mensen hebben hier gebruik van gemaakt?

Antwoord:

De ontwikkeling in aantal aanbieders, patiënten en uitgaven is samengevat in onderstaande tabel (bron: Vektis).

	2015	2016	2017	2018
Aantal aanbieders ¹	287	297	330	341
Aantal patiënten	20.790	27.014	33.139	36.655
Uitgaven	€ 183 miljoen	€ 244 miljoen	€ 264 miljoen	€ 275 miljoen

¹ Bepaald op basis van codes Kamer van Koophandel.

Vraag 668

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. Naar aanleiding van een vraag bij de begroting 2019 heb ik op basis van het Kosten van Ziektenmodel (KvZ-model) van het RIVM onderstaande indicatie gegeven van deze kosten. Recentere gegevens zijn niet beschikbaar.

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 669

Welk percentage van bedden in ziekenhuizen wordt bezet door ouderen/
patiënten die eigenlijk thuis of in een instelling zorg nodig hebben?
Hoeveel bedden betreft het in totaal in Nederland?

Antwoord:

Bij de beantwoording van deze vraag ga ik uit van de cijfers over zogenoemde «verkeerde bedden». Een «verkeerd bed» is in de beleidsregels van de NZa gedefinieerd als noodgedwongen verblijf in een instelling voor medisch-specialistische zorg na een opname, dat tot stand komt omdat er geen mogelijkheid is tot opname in een instelling die Wlz-zorg met verblijf biedt. Op basis van cijfers van het CAK ging het bij «verkeerde bedden» in 2018 om ruim 2.700 opnamen met een gemiddelde ligduur van 11 dagen. Dit betekent dat er per dag gemiddeld ruim 80 «verkeerde bedden» waren. Het totaal aantal bedden in ziekenhuizen is 37.753 (2017, bron: Staat van Volksgezondheid en Zorg). Dit betekent dat «verkeerde bedden» circa 0,2% van het totaal aantal ziekenhuisbedden betreffen. Ik sluit niet uit dat dit cijfer geen compleet beeld geeft van de in deze vraag bedoelde aantallen, omdat ziekenhuizen de kosten van «onnodige bezetting» mogelijk niet volledig of op een andere manier declareren.

Vraag 670

Hoeveel kost een verpleegdag in het ziekenhuis?

Antwoord:

Ik beschik niet over deze informatie. Hoeveel kosten een ziekenhuis maakt bij een verpleegdag zal afhankelijk zijn van verschillende factoren, zoals het type behandeling en de daarbij benodigde verpleging.

Vraag 671

Hoeveel kost een verpleegdag in een verpleeghuis?

Antwoord:

De gemiddelde kosten voor een verpleegdag in een verpleeghuis voor een cliënt met een VV4 t/m VV10 zijn circa € 221 per dag. Dit betreft de kosten voor de zorg inclusief vergoeding voor huisvestingskosten. Deze kosten per dag zijn afgeleid van de productieafspraken die zorgkantoren in 2018 hebben gemaakt voor deze zorg (bron: CBS Monitor Langdurige Zorg).

Vraag 672

Hoeveel kost een verpleegdag in een verzorgingshuis?

Antwoord:

De gemiddelde kosten voor een verpleegdag in een verzorgingshuis voor een cliënt met een VV1-VV3 zijn circa € 125 per dag. Dit betreft de kosten voor de zorg inclusief vergoeding voor huisvestingskosten. Deze kosten per dag zijn afgeleid van de productieafspraken die zorgkantoren in 2018 hebben gemaakt voor deze zorg (bron: CBS Monitor Langdurige Zorg).

Vraag 673

Hoeveel kost een verpleegdag in de wijkverpleging?

Antwoord:

Er is geen sprake van verpleegdagen in de wijkverpleging. Wijkverpleging is er voor mensen die thuis verzorging of verpleging nodig hebben. De zorg is divers van aard en intensiteit.

Vraag 674

Hoeveel procent van de bedden in ziekenhuizen zijn jaarlijks bezet vanwege ouderen die niet direct naar huis kunnen na een ziekenhuis-opname?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 669.

Vraag 675

Wat zijn de precieze kosten of kunt u een inschatting van de kosten geven voor ziekenhuizen die een hoge bezetting hebben van ouderen die langer in het ziekenhuis verblijven dan noodzakelijk, omdat er in de thuissituatie geen plek is of omdat er wachtlijsten zijn bij verpleeghuizen of eerstelijnsverblijf (ELV)-bedden?

Antwoord:

Voor de beantwoording van de kosten voor ziekenhuizen voor ouderen die langer in het ziekenhuis verblijven dan noodzakelijk omdat er een wachtlijst is bij verpleeghuizen, verwijs ik naar het antwoord op vraag 263.

Wat betreft de kosten die ziekenhuizen maken voor ouderen die langer in het ziekenhuis verblijven dan noodzakelijk omdat er geen plek zou zijn bij eerstelijnsverblijf bedden, geldt dat dit niet bekend is. Uit een navraag van de NZa vorige zomer bleken er geen signalen dat er onvoldoende capaciteit voor eerstelijnsverblijf zou zijn ingekocht door zorgverzekeraars. Gezien de signalen rondom een mogelijk tekort aan eerstelijnsverblijf zal de NZa in de komende monitor acute zorg specifiek aandacht besteden aan de capaciteit en toegankelijkheid van het eerstelijnsverblijf.

Vraag 676

Wat zijn de kosten van ELV-bedden?

Antwoord:

In de Zvw-uitgaven is voor 2020 een bedrag van 1.174,2 miljoen euro opgenomen voor geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf (en geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen). Naar verwachting is hiervan voor het eerstelijnsverblijf 358 miljoen euro gemoeid. Zie pagina's 227 en 235 van de ontwerpbegroting. Uit de realisatiecijfers van Vektis blijkt dat in 2018 ruim 273 miljoen euro aan ELV is gedeclareerd.

Vraag 677

Hoeveel ELV-bedden zijn er?

Antwoord:

Uit de realisatiecijfers van Vektis blijkt dat in 2018 in totaal 36.655 personen gebruik hebben gemaakt van het eerstelijnsverblijf (ELV). Dat zijn ruim 3.000 personen meer dan in 2017 en ruim 6.000 meer dan in 2016. Het totaal voor eerstelijnsverblijf beschikbare aantal bedden in 2018 kan op basis van de gemiddelde ligduur van 37 dagen en een veronderstelde bezettingsgraad van 90% worden ingeschat op ongeveer 4.100.

Vraag 678

Hoeveel tijdelijke bedden zijn er in verzorgingshuizen en verpleeghuizen?

Antwoord:

Er vanuit gaande dat met tijdelijke bedden de totale capaciteit voor het eerstelijnsverblijf en de Wlz-crisis zorg tezamen wordt bedoeld, schat ik het aantal in op ca. 4400. Het totaal voor eerstelijnsverblijf beschikbare aantal bedden in 2018 kan op basis van de gemiddelde ligduur van 37 dagen en een veronderstelde bezettingsgraad van 90% worden ingeschat op

ongeveer 4100 (zie ook het antwoord op vraag 67). De capaciteit voor het eerstelijnsverblijf zit grotendeels bij verzorgingshuizen en verpleeghuizen, maar niet helemaal. Het aantal bedden dat beschikbaar is voor Wlz-crisis zorg bedraagt ca. 300 op basis van het aantal bekostigde dagen crisiszorg in de VV in 2017 (100.000 etmalen prestatie Z110).

Vraag 679

Kunt u aangeven wat de stand van zaken is met betrekking tot het doel om uiterlijk per 2019 een landelijk werkend netwerk te realiseren om gegevens tussen ziekenhuizen en klinieken onderling uit te wisselen?

Antwoord:

Dit landelijk werkend netwerk is er nog niet. De partijen die het bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg hebben ondertekend hebben gezamenlijk gekeken naar wat er moet gebeuren om de doelstellingen van een landelijk werkend netwerk te realiseren. De constatering is dat er een afsprakenstelsel over zorginformatie-infrastructuur nodig is om informatie uit te kunnen wisselen. Onlangs is de visie op samenhang in zorginfrastructuren in consultatie gegaan. Hierin wordt geschetst hoe de verschillende infrastructuren uit de zorg verbonden moet worden om sectoroverstijgende gegevensdeling mogelijk te maken. Mijn vervolgstap is om samen met de partijen uit het veld stappen te zetten om te komen tot een afsprakenstelsel, zodat de randvoorwaarden worden gecreëerd om informatie tussen instellingen uit te wisselen.

Om de digitale informatie-uitwisseling verder te realiseren kom ik eind dit jaar met een nieuw versnellingsprogramma informatie-uitwisseling patiënt-professional (vipp) voor instellingen voor medisch-specialistische zorg, waarin een module is opgenomen om de informatie-uitwisseling tussen instellingen onderling te stimuleren. Daarnaast tref ik de voorbereidingen om de uitwisseling tussen zorgverleners wettelijk te verplichten.

Vraag 680

Kunt u aangeven wat de stand van zaken is met betrekking tot het doel om in het jaar 2019 alle tweedelijns instellingen alle relevante farmacie-data digitaal uit te laten wisselen met de eerste lijn?

Antwoord:

De informatiestandaard medicatieproces is vastgesteld. Partijen zijn hard bezig om zorgbrede implementatie voor te bereiden. De overdracht van medicatiegegevens van de tweedelijns instellingen naar de eerste lijn en omgekeerd maakt hier onderdeel van uit. Het gaat om een complex verandertraject waar zorgaanbieders, zorginstellingen, zorgverleners en softwareleveranciers bij betrokken zijn. Deze partijen geven aan dat implementatie 3–5 jaar zal duren.

Vraag 681

Kunt u aangeven wat de stand van zaken is met betrekking tot het doel dat uiterlijk ultimo 2018 partijen procesafspraken hebben gemaakt over wanneer welke data wordt gedeeld en teruggekoppeld, en wie welke data op welk aggregatieniveau mag inzien?

Antwoord:

Het doel om eind 2018 procesafspraken te hebben gemaakt over het delen van data is te ambitieus gebleken. Dergelijke afspraken zijn onderdeel van lijn 1 van het programma Uitkomstgerichte zorg en zullen per aandoening worden gemaakt. De stand van zaken van dit programma is opgenomen in de voortgangsrapportage die ik uw Kamer op 5 juli jongstleden heb doen toekomen (TK 31 476, nr. 28). De voortgangsrapportage beschrijft de acties en de resultaten van het afgelopen jaar en de wijze waarop de

samenwerking met de partijen van het bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg is georganiseerd. Tevens beschrijft de voortgangsrapportage welke ambities en resultaten voor het komend jaar op de agenda staan. Met de uitvoering van de in de VWS-begroting 2020 genoemde werkplannen is inmiddels gestart.

Vraag 682

Wat is de gemiddelde eigen bijdrage die vrouwen betalen voor zorg die onder de Zvw valt?

Antwoord:

Hierover zijn geen gegevens beschikbaar.

Vraag 683

Wat is de gemiddelde eigen bijdrage die mannen betalen voor zorg die onder de Zvw valt?

Antwoord:

Hierover zijn geen gegevens beschikbaar.

Vraag 684

Hoeveel eigen risico hebben mannen het afgelopen jaar gemiddeld betaald?

Antwoord:

Het gemiddelde eigen risico dat mannen (excl. kinderen) hebben betaald in 2018 wordt geschat op ca. 210 euro. Dit bedrag betreft een schatting op basis van risicovereveningsdata.

Vraag 685

Hoeveel eigen risico hebben vrouwen gemiddeld het afgelopen jaar betaald?

Antwoord:

Het gemiddelde eigen risico dat vrouwen (excl. kinderen) hebben betaald in 2018 wordt geschat op ca. 250 euro. Dit bedrag betreft een schatting op basis van risicovereveningsdata.

Vraag 686

Hoeveel meldingen van zorgfraude zijn er de afgelopen vijf jaar bij de NZa binnengekomen? Hoeveel fraudezaken heeft de NZa daadwerkelijk onderzocht? Hoeveel zorgfraudeurs zijn er veroordeeld en hoeveel boetes voor zorgfraude zijn er uitgedeeld?

Antwoord:

Sinds de oprichting van het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ) in 2016 wordt het aantal gemelde fraudesignalen centraal geregistreerd bij het IKZ. Dit heeft ook betrekking op het aantal boetes dat uitgedeeld is in het kader van zorgfraude. Hierdoor is het niet mogelijk om het exact aantal meldingen en aantal boetes inzake zorgfraude over 2015 weer te geven.

Het aantal fraudezaken dat door de NZa is onderzocht is niet bekend. De NZa onderzoekt, op basis van een afwegingskader, de zaken die binnenkomen. Dit geldt ook voor de fraudezaken die de NZa via het IKZ ontvangt.

Onderstaand tabel geeft een weergave van het totaal aantal signalen dat de NZa ontvangt en het aantal boetes dat uitgedeeld is in 2016, 2017 en 2018. In verband met de afsluiting van het kalenderjaar kunnen over 2019 geen cijfers gemeld worden.

Activiteiten inzake de NZa	2016	2017	2018	2019 ¹
Aantal meldingen binnengekomen	345	396	316	–
Aantal boetes dat uitgedeeld is	2	4	2	–

¹ Kalenderjaar is nog niet afgesloten.

Met betrekking tot het aantal zorgfraudeurs dat veroordeeld is, houden de opsporingsinstanties en het OM niet systematisch bij wanneer het een zorgfraudeur betreft. Deze informatie is derhalve niet beschikbaar.

Vraag 687

Kunt u toelichten wat wordt bedoeld met onderzoek dat gericht is op een snellere ontwikkeling van waarde toevoegende medische producten en behandelwijzen tegen aanvaardbare prijzen?

Antwoord:

Een nieuw geneesmiddel of medisch product ontstaat zelden vanzelf, maar is het resultaat van onderzoek dat leidt tot deze innovatie. Het gaat hier dus om onderzoek dat ervoor zorgt dat er nieuwe therapieën ontwikkeld worden die beter, doelmatiger of patiëntvriendelijker zijn dan behandelingen die nu in de praktijk beschikbaar zijn. Of onderzoek dat ervoor zorgt dat nieuwe therapieën voor ziektes ontwikkeld worden waar nu nog geen behandeling voor is.

Ik vind het daarbij van belang dat dit onderzoek leidt tot medische producten die toegankelijk zijn voor de patiënt tegen aanvaardbare prijzen.

Vraag 688

Kunt u toelichten welke initiatieven voor het ontwikkelen van alternatieve verdienmodellen voor de ontwikkeling van toekomstige geneesmiddelen therapieën u voor ogen heeft?

Antwoord:

Ondermeer in mijn brief van 15 juni 2018 «Reactie op initiatiefnota «Big farma; niet gezond!» van PvdA, GroenLinks en SP» (kamerstuk 34 834, nr. 3, <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/06/15/kamerbrief-over-reactie-op-initiatiefnota-big-farma-niet-gezond>) heb ik aangegeven dat ik denk bij het ontwikkelen van alternatieve verdienmodellen aan het loskoppelen van de ontwikkeling van geneesmiddelen van het in de handel brengen van geneesmiddelen of het uitloven van prijzen voor de ontwikkeling van (bijvoorbeeld) antibiotica. Ik heb daarbij aangegeven dat dit ook ontwikkelingen zijn die ik niet puur vanuit Nederland kan stimuleren, maar dat dit internationaal zal moeten worden opgepakt.

Verder is het ontwikkelen van «klassieke» geneesmiddelen aan andere processen onderhevig dan bijvoorbeeld de ontwikkeling van personalised medicines en Advanced Therapy Medicinal Products (ATMP's, dit zijn producten voor weefselmanipulatie, gen- en somatische celtherapie). Deze andere vormen van klassieke geneesmiddelen zullen ook vragen om andere financierings- en ontwikkelmodellen.

Voor de volledigheid, het is niet de bedoeling dat vanuit mijn ministerie de blauwdrukken ontwikkeld worden voor de nieuwe financierings- en ontwikkelmodellen van geneesmiddelen. Maar ik wil er wel voor zorgen dat als er initiatieven zijn, dat deze de ruimte krijgen om zich te ontwikkelen.

Vraag 689

Indien blijkt dat het aandeel niet-gecontracteerde zorg verder stijgt, kan na een bestuurlijke weging van deze uitkomsten de hoogte van de vergoeding van de niet-gecontracteerde zorg in (nadere) regelgeving vastgelegd worden? In hoeverre is die betreffende hoogte al bekend?

Antwoord:

Zoals eerder aangegeven³⁹ bereid ik momenteel een wetsvoorstel voor, in lijn met de afspraken in de hoofdlijnenakkoorden wijkverpleging en ggz. Daarin is afgesproken dat als het aandeel niet-gecontracteerde zorg ondanks de inspanningen niet daalt, na een gezamenlijke analyse van aard en oorzaak verdergaande (gerichte) aanpassingen in wet- en regelgeving noodzakelijk zijn om het onderscheid tussen de vergoeding van niet-gecontracteerde versus gecontracteerde zorg te verhelderen dan wel te versterken. Het is de bedoeling dat de wet de *mogelijkheid* zal bieden om bepaalde sectoren (of delen daarvan) aan te wijzen waarvoor de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg – in (nadere) regelgeving – *kan* worden vastgesteld.

Daarnaast zal de NZa het contracteerproces jaarlijks analyseren en zal Vektis de ontwikkeling van de niet-gecontracteerde zorg regulier meten. Deze gegevens worden gebruikt voor een gezamenlijke analyse van aard en oorzaak van de ontwikkeling van het contracteerproces en van de omvang van de niet-gecontracteerde zorg. Na deze analyse zal besloten worden of en wanneer de *kan-bepaling*, indien het wetsvoorstel tot wet is verheven, nader wordt ingevuld en geëffectueerd. Dat is nu nog niet aan de orde. Het bepalen van de hoogte van de vergoeding is daarom nu ook nog niet aan de orde.

Het wetsvoorstel zal naar verwachting dit najaar aan u worden aangeboden.

Vraag 690

Is er in deze begroting ruimte om de toegang tot chronische fysiotherapie te verbeteren en te vereenvoudigen door ook de eerste twintig behandelingen te vergoeden uit het basispakket?

Antwoord:

Nee, de ontwerpbegroting voor 2020 biedt daarvoor niet de financiële ruimte.

Hierbij geldt dat sinds 2017 voor fysio- en oefentherapie bij het Zorginstituut Nederland de aanpak van het zogenaamde systeemadvies loopt. Deze aanpak is in lijn met de reactie die ik in mijn brief van 14 februari 2017 op het door het Zorginstituut uitgebrachte systeemadvies heeft gegeven (TK 2016/17, 29 689, nr. 805). Kort samengevat houdt die aanpak in om via het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden de kwaliteit en effectiviteit van fysio- en oefentherapeutische behandelingen bij langdurige/chronische aandoeningen te vergroten en tevens duidelijk te krijgen voor welke langdurige/chronische aandoeningen fysio- of oefentherapie effectief is.

Voor het vergoeden uit het basispakket van de eerste 20 behandelingen bij langdurige fysio- of oefentherapie geldt conform de hiervoor genoemde reactie van 14 februari 2017 als voorwaarde dat van vergoeding sprake kan zijn als vanaf de eerste behandeling substitutiewinst is te verwachten. Op basis van de door het Zorginstituut uitgebrachte adviezen is vanaf 2017 voor een aantal langdurige/chronische aandoeningen fysio- en

³⁹ Kamerstukken II, 2018–2019, 29 689, nr. 941.

oefentherapie vanaf de eerste behandeling in het basispakket opgenomen:

- per 1 januari 2017 voor claudicatio intermittens;
- per 1 januari 2018 voor artrose aan heup of knie;
- per 1 januari 2019 voor COPD.

Het Zorginstituut bereidt een advies over lage rugklachten voor; dit advies komt naar verwachting uiterlijk begin 2020.

Vraag 691

Hoeveel bedden in de ggz zijn er in totaal sinds het jaar 2013 verdwenen? 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

Het rapport «Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming van de Langdurige GGZ-2018» (LMA) dat ik u op 4 december 2018 aangeboden heb (Kamerstukken II, 2017–2018, 25 424, nr. 453) heeft het aantal bedden in de ggz in kaart gebracht, inclusief verslavingszorg en beschermd wonen. Deze monitor geeft inzicht in de ontwikkeling over de periode 2012–2017 (daarbij is in dit onderdeel niet ingezoomd op de specifieke bedden verslavingszorg, kinder- en jeugdpsychiatrie en crisisbedden). Over 2008 heeft een nulmeting plaatsgevonden.

Uit deze monitor blijkt dat de omvang van de klinische ggz-capaciteit over de periode 2012–2017⁴⁰ met ruim 20% is afgebouwd. De afname van het aantal klinische plaatsen was het grootst bij de klinische plaatsen voor opnamen tot één jaar (afname van ruim 25% tussen 2012 en 2017). Het aantal klinische plaatsen voor langdurig verblijf daalde tussen 2012 en 2017 met bijna 18%.

Het aantal plaatsen voor beschermd wonen is sinds 2012 ook afgenomen, zij het in veel bescheidener mate, met in totaal circa 6% tot en met 2017. In de afgelopen jaren werd de daling van het aantal beschermd wonen plaatsen bij elke volgende meting minder groot. In 2017 was er geen verdere daling van het aantal plaatsen beschermd wonen meer.

Voor specifiekere cijfers, verwijs ik graag naar de LMA 2018, Deelonderzoek 1, tabel 3.2.

Vraag 692

Hoe groot is de toename van verwarde personen in de samenleving sinds er gestart is met de afbouw van bedden in het jaar 2013?

Antwoord:

Of er echt sprake is van een toename van personen met verward gedrag is niet aangetoond. Dit komt onder andere doordat beschikbare studies vaak niet representatief zijn (te klein of op specifieke regio's/steden). Het Schakelteam personen met verward gedrag heeft een aantal jaren geleden laten onderzoeken wat de aard en omvang van de problematiek is. Conclusie uit dit onderzoek was 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 van overlast door personen met verward gedrag door de politie, maar dat er geen volledig beeld beschikbaar is van de omvang van de problematiek. Ook zijn er 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). Het

⁴⁰ Tot en met 2014 betreft het Zvw- en AWBZ gefinancierde plaatsen. Vanaf 2015 zijn, om trendcijfers te kunnen berekenen, de Zvw, Wlz, Jeugdwet en WMO2015 plaatsen (beschermd wonen) geteld.

begrip «verward gedrag» is een containerbegrip waarmee verschillende soorten gedrag worden aangeduid.

De politie registreert sinds 2011 «incidenten met verward gedrag». Maar ook hier is verward gedrag een containerbegrip dat niets zegt over de aard en ernst van de problematiek. Een relatief klein deel van de groep is verantwoordelijk voor een relatief groot deel van de registraties. In een analyse van het RIVM in 2018 op de landelijke politiecijfers van 2016, blijkt dat er 34.000 personen schuilgaan achter 61.000 tot een persoon te herleiden meldingen. 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 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 hierop wordt de persoonsgerichte aanpak gericht. In mijn brief van 5 juli 2019 heb ik aangegeven wat ik samen met de Ministeries van JenV, BZK en de VNG doe om de persoonsgerichte aanpak te stimuleren.

Het Verbindend Landelijk Ondersteuningsteam (VLOT), het vervolg op het Schakelteam personen met verward gedrag, zet zich vanaf mei 2019 actief in voor het vraaggericht ondersteunen van de regio's, gemeenten en ketenpartners bij het realiseren van de persoonsgerichte aanpak voor kwetsbare personen en het leggen van verbanden tussen de programma's die zich richten op de aanpak voor kwetsbare personen, waaronder personen met verward gedrag.

Vraag 693

Kunt u een overzicht geven van de bezuinigingen die sinds het jaar 2008 tot en met heden binnen de ggz hebben plaatsgevonden?

Antwoord:

Over de periode 2008–2018 is er een groei in de uitgaven van bijna € 5 miljard in 2008 naar zo'n 7 miljard in 2018. In de tussenliggende jaren is in 2013 een beperkte daling van de uitgaven te zien. In regeerakkoord Rutte I was er een voornemen om € 593 mln. te bezuinigen in de GGZ. Uiteindelijk heeft dit voornemen geleid tot een bezuiniging op het GGZ-kader van € 388 miljoen in 2012. Dit is deels opgevangen met de groeiruinimte voor de volumegroei in de GGZ, waardoor er uiteindelijk een beperking van de uitgaven van netto circa € 200 miljoen is overgebleven. Hierdoor was in 2013 een beperkte daling van de uitgaven te zien.

Uitgaven (x € mrd) en groei (%) totale GGZ 2008–2018

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Uitgaven	4,9	5,4	5,7	5,9	6,0	5,9	6,0	6,4	6,6	6,8	7,0
Groei		9%	6%	4%	1%	– 2%	3%	7%	2%	3%	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 2018) groeifspraken gemaakt met de curatieve GGZ-sector.

Vraag 694

Hoeveel is er sinds het jaar 2013 geïnvesteerd in de ambulante ggz?

Antwoord:

Onderstaande tabel laat een stijging zien van uitgaven aan de ambulante ggz (POH ggz is meegenomen in «ambulant totaal») tussen 2015 en 2017, namelijk 5,6%. Er zijn geen valide cijfers beschikbaar over 2013 en 2014.

In deelonderzoek 2 van de Landelijke Monitor Ambulantisering (LMA 2018, blz. 62) zijn de cijfers van de uitgaven aan de ggz gepresenteerd (op basis van cijfers geleverd door Vektis en cijfers van ZIN).

Tabel 1 GGZ-uitgaven (Zvw en Wlz) 2015, 2016 en 2017 in miljoenen euro's

	2015*	%	2016*	%	2017**	%
<i>Ambulant</i>						
POH GGZ***	138	3,4	154	3,8	162*	3,9
Zvw Generalistische Basis GGZ	185	4,5	199	4,9	225	5,4
Zvw Specialistische GGZ zonder verblijf	1.716	42,1	1.761	43,0	1.767	42,0
Ambulant totaal	2.039	50,0	2.114	51,6	2.154	51,2
<i>Klinisch</i>						
Zvw SGGZ met verblijf tot 1 jaar	1.378	33,8	1.331	32,5	1.393	33,1
Zvw SGGZ met verblijf 2 en 3 jaar	51	1,3	130	3,2	161	3,8
Wlz	609	14,9	522	12,7	495*	11,8
Opnamen totaal	2.038	50,0	1.983	48,4	2.049	48,8
Totaal	4.077	100	4.097	100	4.203	100

* Op basis van Vektis cijfers aangeleverd voor de LMA 2018.

** ZIN cijfers betreffen een raming voor het gehele jaar.

*** In de Rijksbegroting voor 2019 van het ministerie van VWS (Ministerie van VWS (2018). Rijksbegroting 2019 XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 2018–2019, 35 000 XVI, nr.1) worden bij het totaal aantal middelen voor de Zvw-gefinancierde GGZ, de uitgaven aan de POH-GGZ meegenomen in de berekeningen. De POH-GGZ uitgaven worden daarom ook in Tabel 1 gepresenteerd en niet zoals in de LMA 2017 apart (omdat ze deel uit maken van het kader van de huisartsenzorg).

Vraag 695

Hoeveel patiëntenstops zijn er in het jaar 2019 geweest in de ggz?

Antwoord:

Er is nog geen informatie over het totaal aantal patiëntenstops in de ggz in 2019. De NZa geeft in de Monitor contractering 2019 wel informatie over patiëntenstops in 2018. De uitkomsten van deze Monitor zijn gebaseerd op een enquête. In 2018 heeft bijna twee derde van de geënquêteerde gecontracteerde vrijgevestigde zorgaanbieders en ruim een derde van de gecontracteerde instellingen een patiëntenstop ingesteld. Vrijgevestigden noemen het meest als reden dat hun maximale capaciteit om patiënten te behandelen (als eenpitter) is bereikt. Voor instellingen is de meest genoemde reden het bereiken van het omzetplafond. De NZa zal in 2020 wederom een Monitor contractering uitbrengen met daarin informatie over patiëntenstops in 2019.

Vraag 696

Hoe is de onderschrijding van het ggz-budget in het jaar 2019 besteed?

Antwoord:

De cijfers van 2019 zijn nog niet bekend omdat er nog weinig declaraties over 2019 beschikbaar zijn.

Vraag 697

Hoeveel is bezuinigd op beschermd woonvormen?

Antwoord:

Er is van rijkswege geen sprake van een bezuiniging op de middelen die gemeenten hebben ontvangen voor beschermd wonen. In verband met de ambulantisering in het ggz-domein wordt dit jaar € 50 miljoen extra geïnvesteerd en in de komende drie jaren loopt dat bedrag op tot € 95 miljoen structureel vanaf 2022, waarvan het overgrote deel aan het budget voor beschermd wonen is toegevoegd.

Vraag 698

Hoe groot zijn de tekorten op beschikbare plekken in beschermde woonvormen?

Antwoord:

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het bieden van beschermde woonvormen aan mensen die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving. Zij zijn verantwoordelijk voor het inkopen van voldoende plekken, passend bij wat in hun regio noodzakelijk is. Het aantal beschikbare plekken kan daarmee fluctueren. Er is geen centrale registratie van de beschikbare plekken in beschermde woonvormen en dus ook niet van eventuele tekorten op beschikbare plekken.

Vraag 699

Hoe vaak hebben zorgverzekeraars extra geestelijke gezondheidszorg ingekocht, na bereiken van het budgetplafonds?

Antwoord:

Uit de monitor van de NZa over de contractering ggz 2019⁴¹ komt naar voren dat in 2018 84% van de gecontracteerde instellingen en 30% van de vrijgevestigde zorgaanbieders die de enquête van de NZa invulden een verzoek tot bijcontractering heeft ingediend. Van de vrijgevestigde zorgaanbieders geeft 98% het bereiken van het omzetplafond aan als reden hiervoor, bij de instellingen is dat 88%. De NZa heeft niet onderzocht hoe vaak ook daadwerkelijk extra zorg is ingekocht. Verzekeraars moeten vanuit hun zorgplicht voldoende zorg voor hun verzekerden inkopen. Zij spreken met zorgaanbieders een omzetplafond af om de zorg betaalbaar te houden. Als een aanbieder dat plafond bereikt, kan een zorgverzekeraar besluiten om het contract bij te stellen en extra zorg in te kopen (bijcontracteren). Het is de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars om hierover tijdig met elkaar te overleggen. De zorgaanbieder moet de zorgverzekeraar informeren als hij verwacht binnen afzienbare tijd het omzetplafond te bereiken en ook tijdig een goed onderbouwde aanvraag voor bijcontractering indienen. De zorgverzekeraar kan vervolgens zorgen dat de zorg toegankelijk blijft door meer zorg in te kopen of patiënten naar een andere aanbieder te bemiddelen.

Vraag 700

Hoe groot is het personeelstekort in de ggz? Hoeveel nieuw personeel heeft de inzet voor extra personeel in de ggz in het jaar 2018 opgeleverd? En wat zijn de verwachtingen voor het jaar 2019?

Antwoord:

Het verwachte personeelstekort in 2020 bedraagt ruim 800 medewerkers. Deze prognose is gebaseerd op het hoge scenario uit het model zorggebruik. Het aantal van ruim 800 betreft de som van alle tekorten bij de afzonderlijke beroepsgroepen op de kwalificatieniveaus 1 tot en met 6.

⁴¹ Kamerstukken II, 2018–2019, 25 424, nr. 462.

Uit de meest recente, voorlopige, cijfers van het CBS blijkt dat het aantal werknemers in de ggz sinds het 1e kwartaal 2018 met 4.700 is gestegen van 92.400 naar 97.100 in het eerste kwartaal van 2019. Voor 2019 wordt een voortgaande groei van het aantal werknemers verwacht.

Vraag 701

Bij hoeveel zorgaanbieders in de ggz zijn er wachtlijsten en hoe lang 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. Voor de laatste stand van de landelijke gemiddelde wachttijden verwijs ik u naar de informatiekaart van de NZa die ik in juli naar uw Kamer heb gestuurd (Kamerstuk 25 424, nr. 481).

Er zijn meer dan 3500 vestigingen van zorgaanbieders (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 actuele inschatting te maken van het aantal zorgaanbieders dat aangeeft een wachttijd te hebben. Ik streef ernaar uw Kamer daarover voor het einde van het jaar te informeren in de brief waarmee ik uw Kamer ook de nieuwe informatiekaart wachttijden van de NZa zal doen toekomen.

Vraag 702

Kunt u uiteenzetten welke mogelijkheden er op dit moment reeds bestaan voor verzekerden om invloed uit te oefenen op het beleid van hun zorgverzekeraar?

Antwoord:

In de wet is opgenomen dat de statuten van een zorgverzekeraar waarborgen moet bieden voor een redelijke mate van invloed van verzekerden op het beleid. Zorgverzekeraars hebben dit in de praktijk vormgegeven middels een ledenraad of verzekerdenraad. Daarnaast organiseren zorgverzekeraars diverse activiteiten om contact te houden met hun achterban, zoals: thema-panelen voor patiënten en zorgverleners; regiobijeenkomsten met verzekerden, bijvoorbeeld over inspraak op regiovisies; kwartaaldebatten voor specifieke doelgroepen of onderwerpen; focusgroeponderzoeken, bijvoorbeeld voor begrijpelijk taalgebruik; enquêtes; klanttevredenheidsonderzoeken; online platforms, en er zijn structurele contacten met patiëntenorganisaties, met name rondom de zorginkoop. Verzekerden kunnen verder «stemmen met hun voeten» door een andere zorgverzekeraar te kiezen wanneer zij ontevreden zijn over het beleid.

Vraag 703

Kunt u toelichten waarom de subsidiebijdrage voor medische-specialistische zorg voor het jaar 2020 lager is dan in 2019 en in 2024 bijna 20 procent lager geraamd wordt?

Antwoord:

De lagere subsidiebijdrage voor medische-specialistische zorg binnen het artikelonderdeel 2.1. Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg vanaf 2020 wordt veroorzaakt doordat de middelen voor de experti-

secentra zintuigelijke gehandicapten zijn overgeheveld van artikel 2 naar artikel 4. De verdere verlaging in 2024 wordt veroorzaakt doordat de € 4 miljoen aan middelen die gedurende periode 2020–2023 jaarlijks zijn begroot voor programma- en onderzoeksondersteuning voor patiëntveiligheid en vermijdbare schade in ziekenhuizen dan aflopen.

Vraag 704

Kunt u aangeven in hoeverre het er naar uitziet dat partijen in de paramedische zorg in het jaar 2020 een plan van aanpak hebben opgesteld om de organisatiegraad van de paramedische zorg te verbeteren? Wat zijn de consequenties indien dit niet het geval is?

Antwoord:

Partijen zijn na de ondertekening van de Bestuurlijke Afspraken Paramedische Zorg 2019–2022 (TK 2018–2019, 33 578, nr. 67) in juni 2019 constructief van start gegaan met de uitvoering van de afspraken. Zoals afgesproken wordt er gewerkt aan een uitvoeringsraamwerk, waarbinnen ook tijdspaden worden opgesteld. Ik verwacht dat partijen de afspraak om een plan van aanpak op te stellen om de regionale organisatiegraad in de paramedische zorg te stimuleren in de komende periode voortvarend op zullen pakken.

Vraag 705

In hoeverre moeten verzekeraars hun verzekerden op dit moment betrekken in hun beleid?

Antwoord:

De Zorgverzekeringswet bepaalt dat de statuten van een zorgverzekeraar waarborgen moet bieden voor een redelijke mate van invloed van verzekerden op het beleid. Zorgverzekeraars hebben dit in de praktijk vormgegeven door een ledenraad of verzekerdenraad. Daarnaast organiseren zorgverzekeraars diverse activiteiten waar de verzekerden aan kunnen deelnemen, zoals: regiobijeenkomsten met verzekerden met inspraak op regiovisies; kwartaaldebatten voor specifieke doelgroepen of onderwerpen; focusgroeponderzoeken, bijvoorbeeld voor begrijpelijk taalgebruik; enquêtes; klant- tevredenheidsonderzoeken en online platforms.

Vraag 706

In hoeverre worden de wettelijke waarborgen voor verzekeraars om hun verzekerden beter te betrekken gemonitord?

Antwoord:

De NZa houdt toezicht op de verplichting van de zorgverzekeraars om een redelijke mate van invloed van verzekerden op het beleid te bieden. Het wetsvoorstel Verzekerden-invloed Zvw werkt deze verplichting nader uit. Als het wetsvoorstel door het parlement wordt aanvaard zijn voorbeelden van deze nadere uitwerking: de statuten moeten ingericht zijn conform de eisen van de wet; de inspraakregeling moet openbaar worden gemaakt; de vertegenwoordiging van verzekerden moet functioneren; de vertegenwoordiging is zoveel mogelijk een goede afspiegeling van de verzekerden en in de statuten is opgenomen hoe de leden van de vertegenwoordiging worden benoemd. De NZa houdt daar dan dus toezicht op.

Vraag 707

In hoeverre zijn zorgverzekeraars straks verplicht om met een schriftelijke inspraak ook daadwerkelijk iets te doen? Wat is de mening van Zorgverzekeraars Nederland betreffende dit punt?

Antwoord:

In het wetsvoorstel Verzekerdeninvloed wordt de inspraak van verzekerden versterkt. Inspraak houdt in dat verzekerden meningen en wensen over het beleid van de zorgverzekeraar kenbaar kunnen maken. Het bestuur wordt echter niet verplicht om de meningen en de wensen van de verzekerden te volgen. Wel moet de zorgverzekeraar conform de bepalingen in het wetsvoorstel de verzekerden informeren over de inbreng en wat er mee gedaan is. In de inspraakregeling moet worden uitgewerkt hoe de zorgverzekeraar dat doet. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) onderschrijft de uitgangspunten van het wetsvoorstel. ZN wijst er bijvoorbeeld op dat zorgverzekeraars zoveel mogelijk willen luisteren naar opvattingen van verzekerden en dit waar mogelijk terug willen laten komen in hun beleid.

Vraag 708

Waar is de subsidie van ongeveer € 50 miljoen die in de begroting voor het jaar 2020 staat, voor medische producten vorig jaar aan besteed, aangezien deze in de begroting van afgelopen jaar niet is terug te vinden?

Antwoord:

De subsidies onder deze post worden onder andere verstrekt aan Stichting Lareb, voor informatie aan zorgverleners over medicijngebruik bij zwangerschap, Het Instituut voor Verantwoord Medicijn gebruik voor Medicijnbalans, de stichting Fair Medicines voor het ontwikkelen van alternatieve verdienmodellen voor geneesmiddelenontwikkeling, de stichting Pallas voor het behoud van leveringszekerheid van medische radioisotopen, Nictiz voor medicatieveiligheid en de KNMP voor het stimuleren van competentieontwikkeling als zorgverlener voor de openbare apotheek.

Vraag 709

Zijn er middelen begroot om verzekerdenraden en verzekerden te informeren over de Wet verzekerdeninvloed Zvw en om hen toe te rusten zodat verzekerden ook merkbaar beter betrokken worden bij bijvoorbeeld zorginkoopbeleid?

Antwoord:

Er zijn hiervoor geen begrotingsmiddelen begroot. Het is de taak van de zorgverzekeraars om straks aan de nieuwe wettelijke eisen rond de versterking van de invloed van de verzekerden te voldoen. Zorgverzekeraars zullen hier zo nodig budget voor vrij moeten maken.

Vraag 710

Kunt u toelichten wat er valt onder het kopje overige subsidies onder ondersteuning van het zorgstelsel? Hoe kan de stijging worden verklaard?

Antwoord:

Onder het kopje Overige subsidies onder artikelonderdeel 2.3. Ondersteuning van het zorgstelsel vallen de subsidieregelingen Veelbelovende Zorg Sneller bij de Patiënt en Medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden. De stijging vanaf 2020 wordt verklaard door de subsidieregeling Veelbelovende Zorg Sneller bij de Patiënt die de regeling voor voorwaardelijke pakkettoelating (TK 29 269, nr. 905) vervangt. Het budget dat voor deze regeling beschikbaar wordt gesteld loopt op van € 25,9 miljoen in 2020 tot € 82 miljoen in 2024.

Vraag 711

Kunt u aangeven hoe groot het aandeel gedeerde inkomsten is dat gecompenseerd wordt aan zorgaanbieders als gevolg van het verstrekken van zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen? Kunt u

daarbij aangeven of deze gedeelde inkomsten ook (deels) verhaald zijn op de illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen die de zorg hebben ontvangen?

Antwoord:

In 2018 is voor ruim € 33 miljoen aan medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerbare vreemdelingen en illegalen vergoed. Een deel van de uitgaven in 2018 betreft in 2017 verstrekte zorg die in 2018 is uitbetaald. Het genoemde bedrag is gebaseerd op het totaal ontvangen declaraties van zorgaanbieders en betreft niet verhaalde zorg. Welk deel van de kosten is verhaald (en dus geen deel uitmaakt van de declaratie) is niet bekend.

Vraag 712

Wat is de reden van de grote toename van uitgaven voor Uitvoering zorgverzekeringstelsel?

Antwoord:

De toename wordt veroorzaakt door de kosten die verbonden zijn aan de monitoring van de Gecombineerde Leefstijl Interventie door het RIVM.

Vraag 713

Wat valt er onder de 6% die niet juridisch verplicht is bij het beschikbare budget voor subsidies en opdrachten? Hoe zit dat voor de 20% inkomensoverdrachten?

Antwoord:

De 6% niet juridisch verplichte uitgaven voor opdrachten betreffen opdrachten in het kader van risicoverevening, wanbetalers onverzekerden en de uitvoering van het zorgverzekeringstelsel. De 6% niet juridisch verplichte uitgaven voor subsidies betreffen subsidies in het kader van de digitale gegevensuitwisseling in de geboortezorg (Babyconnect), de bestrijding van antibioticaresistentie, de implementatie Wet verplichte ggz, de uitvoering van het hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg (OPEN en de nationale onderzoeksagenda) en de uitvoering van het hoofdlijnenakkoord GGZ (projecten gericht op destigmatisering en zelfmanagement en herstel). De 20% niet juridisch verplichte uitgaven voor inkomensoverdrachten betreffen de uitgaven in het kader van het overgangsrecht FLO/VUT-ouderenregeling.

Hoewel bovenstaande uitgaven nog niet juridisch zijn verplicht, zijn ze wel reeds bestuurlijk gebonden. Voor de exacte bedragen verwijs ik u naar het overzicht niet-juridisch verplichte uitgaven op bladzijde 48 van deze begroting.

Vraag 714

Hoe vaak hebben ambulances in het jaar 2019 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:

Ik heb geen inzicht in het aantal keren dat een ambulance in 2019 heeft moeten uitwijken naar een ander ziekenhuis vanwege een zogenaamde stop. De – fragmentarische – informatie die beschikbaar is over ambulances die, mogelijk vanwege een stop, naar een ander ziekenhuis moesten uitwijken dateert uit 2016, en staat in de marktscan acute zorg van de NZa uit 2017⁴². In deze marktscan heeft de NZa, kort samengevat, aangegeven dat de ambulancedienst in circa 2% van het aantal spoedeisende inzetten moest omrijden naar een andere SEH in verband met een

⁴² TK 2016–2017, 29 247, nr. 236.

stop. Daarbij is van belang dat een «stop» niet betekent 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. In alle regio's is afgesproken dat patiënten in levensbedreigende situaties in een geval van een stop op de SEH toch altijd terecht kunnen. Voor informatie over het aantal stops in 2018 en begin 2019 verwijs ik graag naar mijn brief van 1 oktober jl. over de toegankelijkheid van de acute zorg. Daarin staat, kort samengevat, dat de SEH's in de vier regio's die consequent stops registreren in deze periode in gemiddeld 97% van de tijd beschikbaar waren (geen stop hadden).

Vraag 715

Hoeveel standplaatsen voor ambulances waren er in het jaar 2019?
Hoeveel waren dit er in de jaren 2015, 2016, 2017 en 2018?

Antwoord:

Jaar	Aantal standplaatsen
2015	228
2016	235
2017	234
2018	238

Bron: Ambulancezorg Nederland

Ik beschik nog niet over de cijfers over 2019; deze worden begin 2020 uitgevraagd door Ambulancezorg Nederland.

Vraag 716

Hoe vaak is passend (ambulance)vervoer ingezet voor mensen met verward gedrag of acute ggz-problematiek? Hoe vaak was dat in de jaren 2010 tot en met 2019?

Antwoord:

Landelijke cijfers over het aantal keren waarop in de genoemde jaren passend (ambulance)vervoer is ingezet voor mensen met verward gedrag of acute ggz-problematiek zijn niet beschikbaar.

In (een deel van) 2017, in 2018 en in 2019 hebben in een aantal regio's wel pilots plaatsgevonden met passend vervoer van personen met verward gedrag. Het ging hier zowel om pilots waarbij het vervoer door Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) werd aangeboden als om pilots met andere aanbieders van dit vervoer. Een aantal van deze pilots loopt nog steeds.

Op 25 juni (Kamerstuk 25 424, nr. 476) heeft de Staatssecretaris hierover rapportages van KPMG en Ambulancezorg Nederland (AZN) naar de Tweede Kamer gestuurd. In die rapportages is ook terug te vinden hoeveel ritten met personen met verward gedrag binnen deze pilots hebben plaatsgevonden.

Daarnaast vinden – buiten deze pilots om – ook nog registraties plaats van reguliere ambulance-inzetten voor personen met verward gedrag door een aantal RAV's. In de bovengenoemde rapportage van AZN wordt hier inzicht in gegeven.

Een dezer dagen stuurt de Staatssecretaris u nieuwe tussenrapportages van KPMG en AZN.

Vraag 717

Hoe groot is het personeelstekort in de ambulancezorg?

Antwoord:

Er zijn geen gegevens over hoe groot het personeelstekort is specifiek in de ambulancezorg. Om te bepalen wat nodig is, gebruikt de sector de ramingen van het Capaciteitsorgaan. Volgens de meest recente ramingen zijn jaarlijks 310 opleidingsplekken voor ambulanceverpleegkundigen nodig om te voldoen aan de stijgende vraag naar ambulancezorg. Dat is een stuk hoger dan de circa 200 opleidingsplekken die in 2017 en 2018 beschikbaar waren. De sector blijft inzetten in op een hogere instroom en op zorgdifferentiatie, bijvoorbeeld met de inzet van verpleegkundigen en physician assistants, bachelors medische hulpverlening en de inzet van «medium care» ambulances. De mogelijkheden hiervan worden nu verkend in verschillende pilots, mede als onderdeel van het Actieplan ambulancezorg.

Vraag 718

Wat is de stand van zaken met betrekking tot het Actieplan ambulancezorg?

Antwoord:

Sinds de vaststelling van het Actieplan ambulancezorg wordt hard gewerkt aan de uitvoering van alle punten die zijn afgesproken. Een aantal acties is inmiddels (vrijwel) afgerond. Ik noem er een aantal:

- Het onderzoek naar gebruik van urgentie indelingen in de ambulancezorg en acute eerstelijns zorg is afgerond. Aan de hand van de aanbevelingen gaat AZN een protocol ontwikkelen voor eenduidige triage in de acute zorg. Om als ambulancezorg goed samen te kunnen werken met de andere partijen in de acute zorgketen moet je namelijk elkaars taal praten. Het gebruik van dezelfde urgentie indeling helpt daarbij. De te ontwikkelen urgentie indeling zal verfijnder worden dan nu: snel wat echt snel moet en soms iets meer tijd nemen waar het kan. Het onderzoek naar de rol van triagesystemen in de groei van het aantal ambulance-inzetten is afgerond. Uit het onderzoek blijkt dat triagesystemen geen rol spelen bij de toename in spoedinzetten voor 112-meldingen vanaf 2015. Deze toename wordt bijna volledig veroorzaakt door een toename van 112-meldingen.
- Het kwaliteitskader ambulancezorg wordt dit najaar tripartiet (door AZN, Zorgverzekeraars Nederland en de Patiëntenfederatie) aangeboden aan het Zorginstituut.
- In oktober worden de pilots zorgcoördinatie geselecteerd.

Vraag 719

Wat is de laatste stand van wachttijden en wachtlijsten in de transgenderzorg?

Antwoord:

In juni 2019 heeft uw Kamer de motie-Bergkamp c.s. over periodieke informatie over wachttijden en wachtlijsten in de transgenderzorg (TK 2018–2019, 31 016 nr. 230) aangenomen. In reactie op deze motie heb ik de Kamer gemeld dat de kwartiermaker transgenderzorg in zijn voortgangsrapportages onder meer inzicht zal geven in de wachttijden, wachtlijsten en de te verwachten capaciteit van het zorgaanbod, en dat ik deze rapportages naar de Kamer zou sturen. De eerste rapportage heeft u op 28 juni jl. van mij ontvangen (TK 2018–2019, 31 016 nr. 237). Voor het eind van het jaar ontvangt u van mij de tweede rapportage van de

kwartiermaker. In mijn brief van 28 juni jl. heb ik u tevens laten weten dat de NZa zich ervoor inspant om via de website www.volksgezondheidenzorg.info inzicht in de wachttijden voor transgenderzorg te verschaffen. De NZa spant zich ervoor in om de wachttijden voor transgenderzorg op te nemen in de regeling wachttijden. Als dit gebeurt, kan ook over de wachttijden voor transgenderzorg informatie op deze website van het RIVM worden opgenomen.

Vraag 720

Hoe wordt de € 5 miljoen voor de aanpak van vermijdbare schade en sterfte ingezet? Hoeveel ziekenhuizen hebben inmiddels een «zwarte doos» in de operatiekamers? Is er een stijging van vermijdbare schade of sterfte te constateren gedurende avond-, nacht- en weekend (ANW)-diensten?

Antwoord:

Voor het programma «Tijd voor verbinding» hebben de zes betrokken koepelorganisaties een plan uitgewerkt. Het doel van het plan is in vier jaar te komen tot een aanmerkelijke en betekenisvolle daling van de potentieel vermijdbare schade en sterfte in de ziekenhuiszorg. Het programma heb ik u op 24 oktober 2018 toegezonden als bijlage bij TK 31 016, nr. 111. Op dit moment zijn partijen samen met een kwartiermaker aan de slag met de nadere inhoudelijke uitwerking en financiële onderbouwing van de activiteiten van een netwerkorganisatie. Ik ga ervan uit dat de netwerkorganisatie begin 2020 van start kan gaan. Een van de pijlers van het programma «Tijd voor verbinding» is gericht op Safety II en veiligheidsergonomie. Uitgangspunt bij Safety II is dat patiëntveiligheid wordt vergroot door te focussen op aanpassingsvermogen en veerkracht (resilience) van professionals in de context waarin zij werken. Ik heb ZonMw verzocht een onderzoeksprogramma voor deze pijler uit te werken met een financiële onderbouwing. Ik verwacht eind dit jaar de definitieve opdracht voor dit meerjarige onderzoeksprogramma te kunnen verstrekken.

Er zijn mij geen cijfers bekend over hoeveel ziekenhuizen inmiddels een «zwarte doos in de operatiekamers hebben.

Uit de Monitor zorggerelateerde schade 2015/2016 van het Nivel⁴³ (tabel 3.9 pag. 43) blijkt dat er relatief niet vaker zorggerelateerde schade optreedt tijdens ANW- diensten. Absoluut is het percentage lager omdat er meer weekdays zijn dan weekeinddagen.

Vraag 721

Zijn maatregelen om de kennis over dementie bij hulpverleners te vergroten onderdeel van het samenhangend pakket aan maatregelen voor de sluitende aanpak voor personen met verward gedrag? Om welke concrete maatregelen gaat het dan?

Antwoord:

In de aanpak voor personen met verward gedrag wordt geen specifieke aandacht besteed aan bijzondere doelgroepen. De sluitende aanpak voor personen met verward gedrag, waaronder preventie en vroegsignalering, kan ook worden gebruikt voor dementerende mensen die verward gedrag vertonen.

⁴³ https://nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_Monitor_Zorggerelateerde_Schade_2017.pdf.

Vraag 722

Wat is de verdere procedure in de aanloop naar het aflopen van de subsidie van € 32 miljoen voor de periode 2017–2020 voor het onderzoeksprogramma Memorabel, naar de oorzaken, preventie, diagnostiek en behandeling van dementie en de zorg voor mensen met dementie?

Antwoord:

Op dit moment kijk ik met de veldpartijen naar de invulling van een dementieonderzoeksprogramma vanaf 2021. Met dit programma streef ik naar de meest doelmatige inzet van mens en middelen om een wetenschappelijke bijdrage te leveren aan de uitdagingen waarvoor dementie ons stelt. Nog dit jaar stuur ik uw Kamer een brief over mijn plannen voor het dementiebeleid vanaf 2021, waarvan onderzoek een belangrijk onderdeel is.

Vraag 723

Hoe worden de ramingen van de groei van de zorguitgaven door het CPB op basis van de behoefte aan zorg in relatie tot nieuw zorgaanbod vertaald in de diverse budgetten voor de diverse sectoren binnen VWS?

Antwoord:

In de ramingen van de groei van de zorguitgaven door het CPB wordt rekening gehouden met zowel vraag- als aanbodfactoren, zoals demografische en epidemiologische ontwikkelingen, inkomens- en prijsontwikkelingen en technologische vernieuwing. Het gaat hier om ramingen op wetsniveau (Zvw, Wlz, Wm en jeugdwet).

In de startnota van dit kabinet is de CPB-raming verwerkt in de VWS-begroting. Daarbij zijn ook maatregelen genomen zoals de taakstelling op de af te sluiten hoofdlijnenakkoorden in de curatieve zorg die de volumegroei voor die sectoren inperken. In een later stadium is de resterende groei grotendeels naar rato van de omvang van de overige sectoren verdeeld, tenzij er vanuit bijvoorbeeld demografische ontwikkelingen aanleiding is om verschil aan te brengen (ontgroening en vergrijzing leiden op die manier tot minder verwachte groei bij verloskunde en kraamzorg en juist meer bij geriatrische revalidatiezorg) en/of als realisatiecijfers uit recente jaren aanleiding geven om te veronderstellen dat er in een bepaalde sector minder of juist meer volumegroei mag worden verwacht zoals enige tijd gold voor het budget voor persoonsgebonden zorg.

De verdeling van de loon- en prijsgroei over de diverse budgetten gebeurt op basis van een model van VWS waarin rekening wordt gehouden met de loon- en prijsgevoeligheid van de diverse sectoren binnen de zorg en met het OVA-convenant.

Vraag 724

Kunt u een lijst geven van alle gemeenten die nog geen aanpak hebben voor personen met verward gedrag?

Antwoord:

Uit de rapportage «De stand van het land» uit 2018 blijkt dat in dat jaar enkele gemeenten van mening waren dat zij nog geen goed werkende aanpak voor mensen met verward gedrag hadden gerealiseerd.

Op dit moment wordt gewerkt aan een nieuwe rapportage over de stand van het land, waarin opnieuw per bouwsteen wordt bekeken wat de voortgang is. Dit betreft een zelfevaluatie door gemeenten en projectleiders personen met verward gedrag. Ik zal uw Kamer in november per brief over de uitkomsten van deze nieuwe rapportage informeren.

Vraag 725

Hoe zal de € 32 miljoen die beschikbaar is gesteld voor het vervolg op het ZonMw-onderzoeksprogramma Memorabel voor de periode 2017–2020 worden ingezet in dit laatste jaar?

Antwoord:

Memorabel 2017–2020 is een onderzoeksprogramma met een looptijd van vier jaar. De beschikbare € 32 miljoen is aan het begin van het programma voor een groot deel ingezet voor de financiering van onderzoeksprojecten, die in 2017 en 2018 voor periodes van vier respectievelijk drie jaar zijn gestart.

De in 2020 nog resterende middelen, € 2,8 miljoen, zijn bestemd voor het Nederlandse aandeel in het onderzoek van het internationale Joint Programme Neurodegenerative Diseases (JPND, € 1 miljoen) en de Verspreidings- en Implementatie-Impuls (VIMP) voor afgeronde Memorabel-onderzoeken (€ 1,8 miljoen). Met deze VIMP-gelden, maximaal € 50.000 per project, kunnen de onderzoekers de impact van de resultaten van hun Memorabel-onderzoek stimuleren. Bijvoorbeeld door een volgende stap binnen fundamenteel onderzoek te stimuleren, al dan niet naar translationeel onderzoek, door een koppeling met een gerelateerde studie te maken, door ontwikkeling van een learning module of door een stap richting implementatie in de praktijk te zetten.

Vraag 726

Hoeveel logopedisten zijn de afgelopen vijf jaar gestopt met hun praktijk?

Antwoord:

In de *NZa monitor Paramedische Zorg – overzicht van de ontwikkelingen 2012–2018* (TK 2018–2019, 33 578, nr. 62) (p73) staat dat zowel het aantal declarerende behandelaren als het aantal praktijken in de logopedie in 2017 ten opzichte van 2012 met 6% gedaald is. Het aantal solopraktijken is in die periode gedaald met 33%. Het aantal declarerende logopedisten in 2017 was 3.184, zoals wordt aangegeven in de *NZa monitor*.

Vraag 727

Hoe heeft het tarief per behandeling van logopedisten zich de afgelopen tien jaar ontwikkeld?

Antwoord:

In de *NZa monitor Paramedische Zorg – overzicht van de ontwikkelingen 2012–2018* (TK 2018–2019, 33 578, nr. 62) (p51) staat een tabel met de tariefontwikkeling in de logopedie. Het gemiddeld tarief reguliere prestatie logopedie heeft het tarief zich van 2012–2018 ontwikkeld van 29,16 euro naar 31,69 euro per zitting. Het gemiddeld tarief van de specifieke prestaties logopedie heeft zich tussen 2012 en 2018 ontwikkeld van 63,96 naar 68,80 euro.

Vraag 728

Hoe lang is de gemiddelde wachttijd voor een logopedie behandeling?

Antwoord:

De gemiddelde wachttijd voor logopedie is onbekend. De *NZa monitor Paramedische Zorg – overzicht van de ontwikkelingen 2012–2018* (TK 2018–2019, 33 578, nr. 62) gaat in op wachtlijsten (p80). Voor de logopedie heeft ongeveer de helft van de respondenten aan de NZa aangegeven dat een patiënt binnen één week terecht kan voor de eerste afspraak. Van de respondenten antwoordde 18% dat een nieuwe patiënt langer dan één maand moet wachten voordat hij terecht kan voor de eerste afspraak. Dit betekent echter niet dat niet aan de afgesproken norm van maximaal

aanvaardbare wachttijden wordt voldaan. Patiënten kunnen namelijk wellicht wel bij een andere zorgaanbieder terecht, zo geeft de NZa aan.

Vraag 729

Hoeveel fysiotherapeuten zijn de afgelopen vijf jaar gestopt met hun praktijk?

Antwoord:

In de *NZa monitor Paramedische Zorg – overzicht van de ontwikkelingen 2012–2018* (TK 2018–2019, 33 578, nr. 62) staat de ontwikkeling van het aantal declarerende behandelaren en praktijken van 2017 ten opzichte van 2012 (p73). Voor de fysiotherapie is het aantal declarerende behandelaren in die periode gedaald met 4%. Het aantal praktijken is gedaald met 11%. Het aantal solopraktijken is gedaald met 32%. In 2017 was het aantal declarerende fysiotherapeuten 25.229, zo geeft de NZa in de monitor aan.

Vraag 730

Hoe heeft het tarief per behandeling van fysiotherapeuten zich de afgelopen tien jaar ontwikkeld?

Antwoord:

In de *NZa monitor Paramedische Zorg – overzicht van de ontwikkelingen 2012–2018* (TK 2018–2019, 33 578, nr. 62) (p50) staat een tabel met de tariefontwikkeling in de fysiotherapie. Het gemiddeld tarief reguliere prestatie fysiotherapie heeft zich van 2012–2018 ontwikkeld van 28,00 euro naar 29,78 euro per zitting. Het gemiddeld tarief van de gespecialiseerde prestaties fysiotherapie heeft zich tussen 2012 en 2018 ontwikkeld van 38,83 euro naar 39,49 euro.

Vraag 731

Hoeveel openstaande vacatures zijn er voor huisartsen in Nederland?

Antwoord:

Vanwege de vragen en onzekerheden die de metingen in het kader van de arbeidsmarktmonitor met zich mee brengen, doet het Capaciteitsorgaan geen uitspraken meer over de absolute aantallen vacatures.

Vraag 732

Hoeveel extra huisartsen moeten nieuw worden opgeleid om het grote tekort in de perifere regio's op te vullen?

Antwoord:

Sinds 2015 zijn er vanuit het ministerie meer opleidingsplaatsen voor huisartsen beschikbaar gesteld dan het Capaciteitsorgaan adviseerde, namelijk 750 plaatsen per jaar ten opzichte van 698 (in jaar 2015 t/m 2017) respectievelijk 630 plaatsen (in de periode 2018 t/m 2020). In het Hoofdlijnenakkoord Huisartsen 2019–2022 heb ik afgesproken om dit aantal tot en met 2020 te continueren. Bij het bepalen van het aantal beschikbare opleidingsplaatsen voor 2021 en verder zal het in december van dit jaar door het Capaciteitsorgaan op te leveren advies worden betrokken. Het Capaciteitsorgaan kijkt momenteel in hoeverre zij de opleidingsbehoefte per regio kunnen gaan ramen.

Vraag 733

Hoeveel extra huisartsen zijn er nodig als het consult bij de huisarts wordt verlengd naar 15 minuten en de praktijknorm omlaag gaat naar plusminus 1.800 patiënten?

Antwoord:

Het is lastig te bepalen hoeveel huisartsen er nodig zijn als het consult bij de huisarts wordt verlengd en de praktijknorm neerwaarts wordt bijgesteld. Het aantal benodigde huisartsen is afhankelijk van het personeelsbestand van de huisarts en de kenmerken van de ingeschreven patiëntenpopulatie. Het is overigens voor huisartsen al mogelijk om een consult langer dan 10 minuten te declareren. De huisartsenbesteding kent namelijk ook een prestatie voor een consult van langer dan 20 minuten. Daarnaast kunnen er aanvullende afspraken met de zorgverzekeraar worden gemaakt.

Vraag 734

Kunt u aangeven wanneer de pilotstudies naar perfusie van organen afgerond zullen zijn? Kunt u daarbij tevens aangeven welke resultaten er tot nu toe bekend zijn uit deze studies?

Antwoord:

Nierperfusie is inmiddels een succesvolle innovatie gebleken, waardoor de nieren na transplantatie beter functioneren. Momenteel lopen een aantal pilotstudies naar perfusie van levers en longen. Tot nu toe zijn binnen deze pilots circa 20 extra levers en 40 longen getransplanteerd, die zonder toepassing van perfusie niet mogelijk zou zijn geweest. De pilotfase loopt tot ongeveer eind 2020. Na afloop van de pilots zal nog een periode nodig zijn om de resultaten te analyseren en evalueren, waardoor een precies eind niet kan worden aangegeven. Binnenkort zal een pilotstudie naar perfusie van harten starten.

Vraag 735

Kunt u toelichten wat er verstaan wordt onder het «vergroten van competenties» in de zinsnede: «De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) ontvangt sinds 2015 subsidie om een programma uit te voeren waardoor het apothekhouders en hun praktijkondersteuners mogelijk wordt gemaakt hun competenties als zorgverlener te vergroten?»

Antwoord:

Onder «vergroten van competenties» wordt verstaan het ontwikkelen van vaardigheden door de openbaar apotheker die nodig zijn als zorgverlener in de geïntegreerde eerste lijn. De openbaar apotheker kan in aanmerking komen voor een financiële tegemoetkoming voor de nascholingskosten, als deze nascholing voldoet aan de criteria van het programma, vastgesteld door de Commissie van Deskundigen van de KNMP. Eén van de criteria is dat de inhoud van de nascholing zich richt voor minimaal 60% op een of meerdere van de volgende vier CanMEDS-competenties; Farmaceutisch handelen, Communicatie, Samenwerking en Organisatie.

Vraag 736

Hoe staat de digitalisering in de huisartsenzorg er op dit moment voor? Is de huisartsenzorg in Nederland voldoende geëquipeerd om de benodigde digitaliseringsslag te maken? Zo ja, welke voorbeelden heeft u daar van? Zo nee, welke aanvullende maatregelen kunnen er dan genomen worden?

Antwoord:

De digitalisering in de huisartsenzorg is volop in beweging. Er zijn in het land een aantal goede voorbeelden van huisartsen die bezig zijn met het maken van de digitaliseringsslag. Zo heeft Zorggroep RCH Midden Brabant het aantal HISSEN (Huisarts Informatie Systemen) in de regio beperkt om te komen tot betere regionale ICT. Verder zijn 62 van de 94 zorggroepen in Nederland betrokken bij Zelfzorg Ondersteund, dat mede tot doel heeft om goede voorbeelden van E-Health en ICT breder te

implementeren. Daarnaast is er vanuit het Hoofddijnenakkoord huisartsenzorg voor 2019–2022 € 125 miljoen beschikbaar gesteld ten behoeve van de digitalisering in de huisartsenzorg. Zo is er het programma VIPP OPEN om betere systemen voor huisartsen ter beschikking te stellen en om huisartsen te stimuleren om gebruik te maken van deze systemen. Ook zijn er programma's om de regionale infrastructuur en regionale (zorginhoudelijke) projecten te versnellen en te versterken.

Vraag 737

Kunt u toelichten welke acties er zijn of lopen er op dit moment om het uitgangspunt voor de moderne huisartsenzorg, namelijk voldoende tijd voor en met de patiënt, te bewerkstelligen?

Antwoord:

In het Bestuurlijk Akkoord huisartsenzorg (2019 t/m 2022) zijn met betrokken partijen, waaronder de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), verschillende afspraken gemaakt, welke zich onder andere richten op het verminderen van de administratieve lasten, taakherschikking in de praktijk en het inzetten van e-health. Daarnaast is meer tijd voor de patiënt een afspraak in het Bestuurlijk Akkoord. Voor meer tijd voor de patiënt kent de huisartsenbesteding al een prestatie voor een consult langer dan 10 minuten. Om de juiste zorg op de juiste plek verder te stimuleren is daarnaast voor de looptijd van het akkoord extra geld beschikbaar gesteld. In de Bestuurlijk Overleggen wordt de voortgang op deze afspraken bewaakt. De NZa brengt jaarlijks via een monitor in beeld op welke wijze de bestuurlijke afspraken landen in de individuele contracten met aanbieders van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg en de ontwikkeling in de regio's. In de Bestuurlijk Overleggen wordt ook besproken hoe de gewenste ontwikkelingen meer tijd voor de patiënt en investeringen in organisatie en infrastructuur bevorderd kunnen worden.

Vraag 738

In hoeverre wordt de inzet van de casemanager dementie – als spin in het web voor mensen dementie en hun naasten – betrokken bij het richtlijnen-programma wijkverpleging inclusief patiëntenparticipatie, waarvoor jaarlijks € 2 miljoen zal worden ingezet voor realisatie en uitbreiding; komende uit het bedrag van jaarlijks € 5 miljoen voor de uitvoering van het hoofddijnenakkoord wijkverpleging voor de periode 2019–2022?

Antwoord:

Casemanagement dementie is onderdeel van de wijkverpleging. Daarmee valt het onder de scope van dit richtlijnenprogramma.

Het doel van het programma is het initiëren van de ontwikkeling én update van kwaliteitsstandaarden vanuit de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen in de wijkverpleging, op grond van de behoefte uit de praktijk en daarnaast ook vanuit een vastgestelde noodzaak of risico. Prioritering van inhoudelijke onderwerpen wordt gedaan door V&VN en de Patiëntenfederatie. De onderwerpen worden twee keer per jaar vastgesteld. V&VN zorgt voor transparante onderbouwing van de geprioriteerde onderwerpen en legt dit schriftelijk vast.

Daarnaast loopt bij ZonMw het programma Memorabel. Onder thema 4 van dit programma (doelmatige zorg en ondersteuning) kan ook onderzoek naar casemanagement vallen. Afstemming tussen beide programma's wordt geborgd vanuit ZonMw.

Vraag 739

Wat zijn precies medische producten?

Antwoord:

Medische producten zijn geneesmiddelen en medische hulpmiddelen.

Vraag 740

Kunt u toelichten hoe de € 9,9 miljoen die bedoeld is voor het verstrekken van subsidies ter bevordering van de kwaliteit van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de eerstelijnszorg wordt ingezet en aan welke voorwaarden instanties moeten voldoen om in aanmerking te komen voor deze subsidies?

Antwoord:

In de tekst op pagina 79 is toegelicht dat deze subsidies hoofdzakelijk bestemd zijn om de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging en bestuurlijke afspraken paramedische zorg uit te voeren. Voor realisatie en uitbreiding van het richtlijnenprogramma wijkverpleging inclusief patiëntenparticipatie is bijvoorbeeld € 3,1 miljoen beschikbaar. Deze subsidies moeten voldoen aan de voorwaarden uit «Kaderwet VWS-subsidies».

Vraag 741

Hoe zal de overige € 3 miljoen die is bedoeld voor de uitvoering van het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging worden ingezet als dit niet wordt gebruikt voor de realisatie en uitbreiding van het richtlijnenprogramma?

Antwoord:

Voor de uitvoering van het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging is gedurende de looptijd jaarlijks € 3 mln beschikbaar. Dit geld wordt besteed aan diverse projecten en onderzoek die er aan bijdragen dat de doelen van het hoofdlijnenakkoord worden gerealiseerd. Een deel van het budget is ingezet voor de implementatie van het kwaliteitskader wijkverpleging.

Vraag 742

Op welke manier wil u de rol van de nierteams aan huis overeind houden en stimuleren?

Antwoord:

De NZa is voornemens om per 1 januari 2021 de reguliere vergoeding van de nierteams aan huis op te nemen in de DBC-structuur. Tot 1 januari 2021 ontvangen nierteams aan huis projectfinanciering vanuit ZN.

Vraag 743

Is er een verband tussen depressie en zelfdodingen onder LHBTI-jongeren en de massa-immigratie van niet westerse-allochtonen? Is dit onderzocht? Waarom niet?

Antwoord:

Hier is geen onderzoek naar gedaan. Uit onderzoek blijkt dat het voor het welbevinden van LHBTI-jongeren met name belangrijk is hoe hun *directe* sociale omgeving reageert, dus ouders en vrienden. Overigens blijkt uit het rapport van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) uit 2018 dat de acceptatie van seksuele en genderdiversiteit onder *alle* groepen in Nederland stijgt, ook onder groepen waar de acceptatie van oudsher achterbleef, zoals onder religieuzen.

Vraag 744

Bent u ook voornemens om een deel van de beschikbare subsidie voor het ontsluiten van patiëntgegevens in de medisch-specialistische zorg in te zetten om patiëntgegevens bij longkanker te ontsluiten?

Antwoord:

Met het versnellingsprogramma informatie-uitwisseling patiënt professional kunnen ziekenhuizen, universitair medische centra en overige instellingen voor medisch-specialistische zorg subsidie aanvragen voor het ontsluiten van medische gegevens richting patiënten. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt in welke specifieke medisch-specialistische zorg er nodig is.

Vraag 745

Hoeveel medisch specialisten hebben in het jaar 2018 en tot nu toe in 2019 gebruik gemaakt van de subsidieregeling voor de overstap naar loondienst?

Antwoord:

In 2018 zijn er 2 aanvragen ingediend, waarvan er 1 is geaccordeerd. Van 1 januari tot 1 maart 2019 konden medisch specialisten zich voor het laatste jaar van de huidige regeling aanmelden. Toen zijn 19 aanvragen gedaan, waarvan er 9 zijn geaccordeerd. Met ook 1 verlening in 2017 is in totaal door 11 medisch specialisten gebruikt gemaakt van de subsidieregeling overgang integrale tarieven 2017–2019.

Vraag 746

Kunt u aangeven hoe de meerjarige bijdrage (in 2020 € 2,1 miljoen) dat het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) in het kader van de komst van de European Medicines Agency (EMA) naar Nederland ontvangt, wordt besteed?

Antwoord:

De bijdrage van € 2,1 miljoen voor 2020 wordt voor circa één derde besteed aan organisatie- en opleidingskosten vanuit het aCBG (organisatie trainingen, seminars en uitwisselingsprogramma's) en twee derde aan directe capaciteitsuitbreiding en ondersteuning van de medicijnagenschappen (salariskosten nieuw geworven personeel, kosten voor aanvullende opleidingen en kosten van andere vormen van ondersteuning). Inmiddels zijn circa 40 extra geneesmiddelenbeoordelaars aangetrokken en trainingen gegeven op thema's als algemene regulatoire kennis, medicijnbewaking, medicinale cannabis en de opzet van klinische studies. Dit laatste sluit aan bij de toezegging die is gedaan om de gevolgen van het verwachte wegvallen van het Britse aandeel in de beoordeling en toezicht van geneesmiddelen als gevolg van de Brexit te minimaliseren. Dit gebeurt via het International Collaboration Program (ICP) waarbij samen met Europese collega-toezichthouders de werkzaamheden voor goedkeuring en toezicht op geneesmiddelen evenwichtiger over Europa wordt verdeeld. Inmiddels hebben in het kader van het ICP tien landen een samenwerkingsovereenkomst met het CBG gesloten.

Vraag 747

Hoe staat het met de opzet en definiëring van uitkomstindicatoren binnen de huisartsenzorg?

Antwoord:

In het Bestuurlijk Akkoord huisartsenzorg zijn afspraken gemaakt over het meten en delen van uitkomstmaten. Partijen delen dat het niet eenvoudig is om te werken aan algemene uitkomstmaten voor de huisartsenzorg. Partijen zijn over de uitwerking hiervan met elkaar in overleg. Ook zijn partijen in overleg over hoe deze uitkomstmaten vervolgens te delen.

Vraag 748

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:

Zie antwoord op vraag 749.

Vraag 749

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:

1. Actief wachtend, binnen de Treeknorm, geen zorg uit de Wlz.
2. Actief wachtend, binnen de Treeknorm, met zorg uit de Wlz.
3. Actief wachtend, buiten de Treeknorm, geen zorg uit de Wlz.
4. Actief wachtend, buiten de Treeknorm met zorg uit de Wlz.
5. Niet-actief wachtend, geen zorg uit de Wlz.
6. Niet-actief wachtend, met zorg uit de Wlz.

Vraag 750

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:

Zie antwoord op vraag 749.

Vraag 751

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 naar sector en instelling/locatie. Inmiddels hebben alle personen een Wlz- indicatie, uitgedrukt in een zorgprofiel en wordt het onderscheid intramuraal-extramuraal niet meer gemaakt bij de Wlz-indicatie. Er zijn dan ook geen minimum- en maximumwachttijden bekend specifiek voor zorg thuis.

Vraag 752

Wat is de stand van zaken van wachtlijsten binnen 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 753

Wat is de stand van zaken van wachtlijsten binnen zorginstellingen die gefinancierd worden vanuit de zorgverzekeringswet, inclusief de ggz?

Antwoord:

Wijkverpleging

Er is geen verplichte wachttijdregistratie in de wijkverpleging. Uit recent onderzoek (Toegankelijkheid van de wijkverpleging, Significant 2019) blijkt dat:

- De zorg gemiddeld 2,6 dagen na aanmelding start
- 37% van de cliënten op de dag van aanmelding al wijkverpleging ontvangt.
- In 7% van de gevallen het een week of langer duurt
- Slechts in 1% van de gevallen de Treeknorm van zes weken niet wordt gehaald.

Voor casemanagement dementie (CMD) is sinds 1 december 2018 wel een verplichte wachtlijstregistratie (cf. Regeling transparantie zorgaanbieders casemanagement dementie). De cijfers komen in het vierde kwartaal van 2019 beschikbaar.

GGZ

Bij brief van 10 juli 2019 (Kamerstukken 25 424, nr. 481) heb ik uw Kamer de informatiekaart wachttijden ggz van de NZa aangeboden. Deze bevat de meest recente wachttijdencijfers in de generalistische basis-ggz en in de specialistische ggz, uitgesplitst naar hoofddiagnosegroep.

MSZ

Ook in de ziekenhuiszorg zijn wachttijden een terugkerend thema en punt van aandacht. Ik vind het belangrijk dat kwalitatief goede zorg tijdig wordt geleverd. De toezichthouders houden de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg nauwlettend in de gaten. Met het anders organiseren van ziekenhuiszorg waarbij het functioneren van mensen voorop staat, willen we de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg juist verbeteren. Zorg voorkomen, verplaatsen en vervangen, zoals we met de Juiste Zorg op de Juiste Plek beogen, zal daarbij ook een positieve impact hebben op de wachtlijsten in de medisch-specialistische zorg.

Zoals toegezegd in het Schriftelijk Overleg van 29 mei 2019 inzake SO Advies kwartiermaker transgenderzorg (EK, 2018–2019, 34 650, nr. E) informeer ik uw Kamer later dit jaar over de nieuwe rapportage van de NZa met betrekking tot inspanningen zorgverzekeraars om wachttijden in de medisch specialistische zorg, ggz en wijkverpleging te verminderen.

Voor transgenderzorg verwijs ik u naar het antwoord op vraag 719.

Vraag 754

Hoeveel verzorgingshuizen zijn er gesloten en hoeveel zijn dat er naar verwachting in het jaar 2019?

Antwoord:

Er wordt landelijk geen lijst bijgehouden van locaties die sluiten of gaan sluiten.

Vraag 755

Hoeveel verpleeghuizen zijn er gesloten en hoeveel zijn dat er naar verwachting in het jaar 2019?

Antwoord:

Er wordt landelijk geen lijst bijgehouden van locaties die sluiten of gaan sluiten.

Vraag 756

Hoeveel gehandicaptenzorginstellingen zijn er gesloten en hoeveel zijn dat er naar verwachting in het jaar 2019?

Antwoord:

Er wordt landelijk geen lijst bijgehouden van locaties die sluiten of gaan sluiten.

Vraag 757

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 IGJ opgelegd hebben gekregen?

Antwoord:

Waardigheid en Trots, op locatie wordt uitgevoerd door Vilans. Vilans heeft met de deelnemers afgesproken dat hun namen niet naar buiten gebracht worden. Deelnemers kunnen wel zelf naar buiten brengen dat ze meedoen. VWS kan dus geen overzicht geven van de organisaties die meedoen. Om die reden kan ook niet aangegeven worden hoeveel van de deelnemers een maatregel opgelegd hebben gekregen van de IGJ.

Wel is bekend hoeveel locaties er deelnemen aan Waardigheid en Trots op locatie. Tot en met maart 2019 hebben 194 locaties zich aangemeld. In de derde voortgangsrapportage, die in november aan uw Kamer wordt gezonden, wordt een update gegeven.

Vraag 758

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 2020 ten opzichte van 2019. Dit bestaat uit een plus van € 0,5 miljard voor de investeringen in verband met het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (van € 1,2 miljard in 2019 naar € 1,7 miljard in 2020) en € 0,2 miljard groeiruinimte. Daarnaast is er een min van € 0,09 miljard vanwege de herijking van de tarieven in de verpleeghuiszorg, conform het advies van de NZa. Per saldo nemen de middelen voor de verpleeghuiszorg toe met in totaal circa € 0,6 miljard. Naast de extra middelen zal het totale budget bij Voorjaarsnota 2020 worden geïndexeerd voor loon- en prijsontwikkelingen.

Plussen en minnen verpleeghuiszorg in 2020 ten opzichte van 2019 (miljarden euro)	Toename 2020
<i>Kwaliteitsbudget verpleeghuiszorg</i>	<i>0,5</i>
<i>Groeiruinimte Wlz</i>	<i>0,2</i>
<i>Tariefherijking verpleeghuiszorg</i>	<i>- 0,09</i>
Totaal	0,6

Vraag 759

Kunt u een overzicht geven van alle plussen en minnen als het gaat om de gehandicaptenzorg?

Antwoord:

De middelen voor de gehandicaptenzorg nemen in 2020 ten opzichte van 2019 toe met circa € 0,2 miljard. Deze stijging bestaat voornamelijk uit groeiruinimte. Er staan hier geen minnen tegenover. Naast de extra middelen zal het totale budget bij Voorjaarsnota 2020 worden geïndexeerd voor loon- en prijsontwikkelingen.

Vraag 760

Hoeveel ouderen hebben met dit geld extra aandacht gekregen en hoeveel zorgverleners hebben met dit geld scholing gekregen?

Antwoord:

De kwaliteitsmiddelen die bedoeld zijn om verpleeghuizen aan het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg te laten voldoen, komen bij alle verpleeghuizen terecht. In 2017 en 2018 via verhoging van de tarieven, in 2019 en 2020 via het kwaliteitsbudget. Alle verpleeghuizen maken gebruik van deze middelen om extra personeel aan te stellen om zodoende extra aandacht aan hun cliënten te kunnen geven. Daarmee komen de middelen ten goede aan alle bewoners in verpleeghuizen.

Naast extra personeel worden de kwaliteitsmiddelen ook benut om het personeel te scholen. Op dit moment is niet bekend hoeveel zorgverleners daarvoor extra scholing hebben ontvangen. Ook vanwege het feit dat er ook andere middelen beschikbaar zijn die verpleeghuizen kunnen gebruiken bij de scholing van het personeel.

Vraag 761

Hoeveel ouderen zijn er de laatste jaren mishandeld en wat zijn de meest actuele cijfers?

Antwoord:

Uit het prevalentie-onderzoek van 2017 is gebleken dat er in Nederland 170.000 ouderen zijn die sinds hun 65^e levensjaar te maken hebben gehad met een vorm van mishandeling. Dat is 1 op de 20 ouderen. Financieel misbruik en ontspoorde mantelzorg zijn de meest voorkomende vormen van ouderenmishandeling.
(Bron: Regioplan, 2018)

Vraag 762

Hoeveel ouderen komen jaarlijks bij de huisarts en bij de SEH met opmerkelijk en onverklaarbaar letsel?

Antwoord:

Dat is niet bekend.

Vraag 763

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 hiervan geen landelijke registratie plaatsvindt.

Vraag 764

Wat is de laatste stand van zaken met betrekking tot ondervoeding van ouderen?

Antwoord:

Op 28 maart 2019 is vanuit het Pact voor de Ouderenzorg een congres over voeding voor ouderen georganiseerd. Hieruit zijn o.a. actielearnetwerken opgestart (<https://www.waardigheidentrots.nl/actueel/nieuw->

actieleernetwerken-op-gebied-van-voeding-meld-je-aan/). Ik ben met de stuurgroep ondervoeding in gesprek over het borgen van ontwikkelde kennis en tools op het gebied van ondervoeding in de structurele zorg en ondersteuning. Daarnaast heeft het Voedingscentrum dit jaar een handreiking ontwikkeld met maaltijdcriteria voor maaltijdaanbieders (te denken aan partijen als Tafeltje Dekje) zodat het eten goed aansluit bij wat ouderen nodig hebben. Komend jaar zal het Voedingscentrum deze handreiking actief onder de aandacht blijven brengen van maaltijdaanbieders.

Vraag 765

Hoeveel mensen hebben geen netwerk dat kan helpen bij ziekte of zorg?

Antwoord:

Het exact aantal mensen zonder netwerk, dat kan ondersteunen bij ziekte of zorg, is niet onderzocht. Wel is bekend dat de mensen die geen netwerk om zich heen hebben dat kan helpen bij ziekte of zorg, eerder een beroep doen op de Wmo 2015.

Bron: SCP, 2018. Overall rapportage sociaal domein 2017. Beschikbaar via: https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2018/Overall_rapportage_sociaal_domein_2017 (pagina 71)

Vraag 766

Hoeveel volwassenen en ouderen zijn eenzaam?

Antwoord:

In 2016 gaf 43% van de volwassenen vanaf 19 jaar aan eenzaam te zijn, waarbij 10% zich ernstig of zeer ernstig eenzaam voelde. De mate van eenzaamheid neemt toe met de leeftijd.

Bron: RIVM, 2019. Gezondheidsmonitor Volwassenen (2016). Beschikbaar via <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/eenzaamheid>

Vraag 767

Welk budget wordt besteed aan het bestrijden van eenzaamheid?

Antwoord:

- Gemeenten hebben sinds de invoering van de Wmo 2015 een ver
- Antwoordelijkheid in het bevorderen van zelfredzaamheid van hun inwoners en daarmee ook het terugdringen van eenzaamheid. De financiële middelen maken onderdeel uit van hetgeen via de algemene uitkering van het Gemeentefonds aan gemeenten wordt verstrekt. In verband met de beleidsvrijheid van gemeenten is hierbinnen niet geoormerkt welk deel beschikbaar is voor het bestrijden van eenzaamheid.
- Dit kabinet heeft voor een brede aanpak eenzaamheid in deze kabinetsperiode € 29 miljoen extra middelen beschikbaar gesteld.
- Daarnaast investeren goede doelenfondsen in initiatieven die bijdragen aan het tegengaan van eenzaamheid. Hoeveel zij investeren aan dit doel fluctueert. Hiervan is echter geen overzicht.

Vraag 768

Welke effecten heeft eenzaamheid op de fysieke gezondheid? Wat zijn hiervan de kosten?

Antwoord:

Eenzaamheid kan leiden tot een aantal psychische klachten, zoals depressie, cognitieve achteruitgang, dementie, (alcohol)verslaving en zelfmoordgedachten. Daarnaast kan eenzaamheid leiden tot fysieke

klachten, zoals beroertes, een hoge bloeddruk, hart- en vaatziekten, slaapproblematiek en een verminderde afweer (van der Zwet & van de Maat, Movisie, 2016). Maar meestal is dit niet causaal aan te tonen en spelen meerdere factoren een rol. Eenzaamheid brengt dus (in)direct kosten met zich mee, maar deze zijn niet altijd direct herleidbaar. Dit maakt het meten van gezondheidskosten van eenzaamheid, zowel direct als indirect, niet goed mogelijk.

Vraag 769

Hoeveel cliënt-vertrouwenspersonen zijn er in zorginstellingen aangesteld in het jaar 2019?

Antwoord:

Het aantal cliëntenvertrouwenspersonen dat in 2019 in zorginstellingen is aangesteld, is niet bekend. Zeker omdat deze functie tot nu toe veelal gecombineerd wordt met andere functies – bijvoorbeeld de klachtenfunctionaris Wkkgz – of onder een andere functiebenaming optreedt, is hier geen telling van te geven.

Vraag 770

Hoeveel in het ziekenhuis opgenomen ouderen moesten noodgedwongen langer in het ziekenhuis blijven omdat er ergens anders geen plek voor hen was?

Antwoord:

Zie ook mijn antwoord op vraag 669.

Vraag 771

Wat is uw meerjaren-prognose of raming voor de behoefte aan intramurale ouderenzorg tot het jaar 2030?

Antwoord:

Ik heb in een debat over het actieprogramma langer thuis van 25 september jl. toegezegd om voor de begrotingsbehandeling een brief te sturen over aanvullende activiteiten op de korte termijn om de capaciteit van de verpleeghuiszorg te vergroten en de wachtlijsten weg te werken.

Vraag 772

Op welke basis wordt deze meerjaren-prognose of raming voor behoefte aan intramurale ouderenzorg gemaakt?

Antwoord:

In de brief over de capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg van 23 september 2019⁴⁴ heb ik aangegeven dat de Tweede Kamer de resultaten zal ontvangen van een onderzoek van TNO, RIVM, CBS en zorginstituut over de relatie tussen het bestaande vastgoed en de demografische ontwikkelingen. In deze brief wordt ook ingegaan op de meerjarenprognoses.

Vraag 773

Welke knelpunten worden in de toekomstige behoefte aan intramurale ouderenzorg voorzien, op het gebied van vastgoed, beschikbare zorgwoningen, personeel en andere zaken?

⁴⁴ TK 2018–2019, 31 765, nr. 437.

Antwoord:

Zoals aangekondigd in de brief over de capaciteitsontwikkeling van de verpleeghuiszorg van de Minister van VWS van 23 september 2019⁴⁵ zal de Tweede Kamer in december 2019 de resultaten ontvangen van een onderzoek van TNO, RIVM, CBS en zorginstituut over de relatie tussen het bestaande vastgoed en de demografische ontwikkelingen. Met het actieprogramma *Werken in de zorg* zet ik me in om de verwachte personeelstekorten zoveel als mogelijk terug te dringen. Ik informeer u regelmatig over de voortgang van het programma.

Vraag 774

Hoeveel zorgverleners werken in de ouderenzorg? Kunt u die cijfers vanaf het jaar 2010 tot en met heden in een overzicht geven?

Antwoord:

In onderstaande tabel is de ontwikkeling van het aantal werknemers in de ouderenzorg (verpleging, verzorging en thuiszorg) gepresenteerd voor de periode 2010–2018. Het gaat zowel om het zorgpersoneel als het ondersteunend personeel, en het is exclusief het personeel niet in loondienst (o.a. uitzendkrachten en zelfstandigen). Voor elk jaar is het gemiddeld aantal werknemers in het 4^e kwartaal gepresenteerd.

Jaar	werknemers
2010	412.500
2011	423.500
2012	429.200
2013	422.200
2014	407.000
2015	389.600
2016	388.700
2017	391.800
2018	409.900

Bron: www.azwinfo.nl

Vraag 775

Hoeveel partners kunnen meeverhuizen naar het verpleeghuis?

Antwoord:

	1-1-18	1-3-18	1-10-18	1-1-19
Aantal cliënten met partneropname	1.576	1.598	1.711	1.706

Zorginstellingen geven aan wanneer er sprake is van een partneropname, zie tabel.

In de Wet langdurige zorg (Wlz) is expliciet geregeld dat de partner van een echtpaar waarvan een van beiden een geldige indicatie heeft voor opname in een instelling, opgenomen kan worden in dezelfde instelling zonder zelf over een indicatie te beschikken.

Desondanks kan het voorkomen dat de zorginstelling van voorkeur niet beschikt over echtparenappartementen of dat deze reeds bezet zijn. Het is niet mogelijk na te gaan hoe vaak dit voorkomt. Partneropname wordt niet geïndiceerd door het CIZ, maar wordt geregistreerd op het moment dat de zorginstelling de niet-geïndiceerde partner opneemt. Indien de zorginstelling van voorkeur geen mogelijkheden heeft voor partneropname

⁴⁵ TK 2018–2019, 31 765, nr. 437.

kunnen echtparen zich wenden tot het zorgkantoor. Het zorgkantoor heeft een inspanningsverplichting om bij een wens tot partneropname te bemiddelen naar een passende plek.

Vraag 776

Zijn er ook verpleeghuizen waar het niet mogelijk is om als partner mee te verhuizen? Zo ja, hoeveel?

Antwoord:

Ik beschik niet over een overzicht dat aangeeft bij welke instellingen en locaties partneropname niet mogelijk is.

Vraag 777

Hoe verandert de verhouding tussen het aantal ouderen dat thuis blijft wonen en het aantal ouderen dat in een verpleeghuis woont?

Antwoord:

Het aantal ouderen van 80 jaar of ouder neemt toe van ongeveer 800.000 in 2019 tot ongeveer 1,6 miljoen in 2040. Dit leidt ook tot een absolute toename van het aantal ouderen in het verpleeghuis. In 2018 verblijven circa 92.000 80-plussers in een zorginstelling (bron: CBS), wat zonder verdere veranderingen zou leiden tot circa 184.000 80-plussers in een zorginstelling in 2040. De laatste decennia is er sprake van een trend waarbij ouderen langer zelfstandig blijven wonen. We zien vanaf 1995 een relatieve daling van het aantal ouderen dat in het verpleeghuis woont ten opzichte van het percentage dat thuis blijft wonen. In 1995 woonde 25% van de 80-plussers in institutionele woonvormen waaronder verpleeghuizen (bron: CBS). In 2018 is dat 12% van de 80-plussers. Dit zijn de meest recente cijfers.

Vraag 778

Hoe groot is de toename van het aantal ouderen dat een beroep zal doen op de verpleeghuiszorg in vergelijking met de groep ouderen die thuis woont? Zal die verhouding veranderen?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 777.

Vraag 779

Wat is de huidige gemiddelde opnameduur van zorg in een verpleeghuis (veelal zorg in de laatste levensfase)?

Antwoord:

Om een gemiddelde opnameduur te bepalen is het noodzakelijk om de exacte ligduur te kennen van alle cliënten in een populatie. De opnameduur is bekend van cliënten die zijn overleden. Van deze cliënten is de gemiddelde opnameduur te bepalen. Het CBS heeft van de cliënten die in een kwartaal in een V&V-instelling zijn overleden de gemiddelde verpleegduur bepaald voor zover over de exacte datum van opname informatie beschikbaar was. U treft de tabel aan op: <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/publicaties/publicaties-2016/personen-met-gebruik-vv-op-moment-van-overlijden>. De gemiddelde verpleegduur van cliënten die in het vierde kwartaal van 2014 zijn overleden met een indicatie VV05 is circa 3 jaar (verpleeghuiszorg).

Om een betrouwbaar beeld te krijgen van de lengte van de verpleegduur van cliënten die zijn opgenomen met een hoog zzp, is het zinvol te kijken naar de mediane verpleegduur. De mediane verpleegduur bedraagt iets minder dan 2 jaar (ongeveer 600 dagen). Een mediane verblijfsduur van 600 dagen betekent dat 50% van de groep cliënten korter dan 600 dagen

in een instelling verblijft en 50% van dezelfde groep langer dan 600 dagen. Wel is het mogelijk dat in sommige verpleeghuizen de mediane verpleegduur aanmerkelijk korter is dan 600 dagen. Dat kan te maken hebben met de gezondheidstoestand (zzp-mix) en de leeftijd van de cliënten bij opname. Ik heb u hierover geïnformeerd in mijn brief van 11 juli 2017 (Kamerstuk 29 515, nr. 418). Het bronmateriaal treft u aan op: <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/publicaties/publicaties-2017/mediane-duur-tot-overlijden-gebruik-en-indicatie-vv-zzp>

Ook het Zorginstituut heeft geconstateerd dat meer dan de helft van de cliënten langer dan 18 maanden in het verpleeghuis verblijft (Bron: ZorgCijfers Monitor (2018) van het Zorginstituut).

Vraag 780

Hoeveel ouderen hebben nu plek nodig in een kleinschalige woonvorm of verpleeghuis waar geen plek voor is? Wat is de verwachting voor de toekomst? Wordt deze groep groter of kleiner?

Antwoord:

Er is geen landelijk inzicht in de vraag naar kleinschalige woonvormen voor ouderen. Gemeenten zijn aan zet om samen met lokale partijen uit het woon- en zorgdomein de lokale behoefte aan ouderenhuisvesting te bepalen en hier actie aan te verbinden. Daaronder valt ook de vraag naar kleinschalige woonvormen.

Voor wat betreft mijn verwachting over de toekomstige ontwikkeling van de vraag naar verpleeghuisplekken heb ik toegezegd in december van dit jaar aan de kamer te melden welke stappen ik zal nemen om de toegang tot de verpleeghuiszorg te blijven waarborgen. In de brief van december 2019 zullen ook gegevens worden opgenomen over ramingen voor de toekomst.

Vraag 781

Hoeveel brengt de Wlz-premie op?

Antwoord:

De Wlz-premie brengt in 2020 naar huidige inschatting € 16,3 miljard op.

Vraag 782

Hoeveel zou het opbrengen als de aftopping van de Wlz-premie zou worden afgeschaft?

Antwoord:

De Wlz-premie wordt geheven over de 1^e en 2^e schijf van de inkomstensheffing. De grondslag van de 3^e en 4^e schijf van de inkomstenheffing wordt geraamd op circa € 112 miljard. Indien ook over deze € 112 miljard 9,65% Wlz-premie zou worden geheven, dan levert dat circa € 10,8 miljard extra op, waardoor de opbrengst van de Wlz-premie € 27,1 miljard zou bedragen.

Vraag 783

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 135.

Vraag 784

Hoeveel bezwaren zijn in de jaren 2018 en 2019 ingediend tegen besluiten van de gemeenten betreffende de Wmo?

Antwoord:

Op landelijk niveau zijn er geen gegevens beschikbaar omtrent de hoeveelheid bezwaren die zijn ingediend tegen besluiten van gemeenten als het gaat om de Wmo 2015.

Vraag 785

Hoeveel rechtzaken zijn gehouden tegen besluiten van de gemeenten betreffende de Wmo? Hoeveel was dit in de jaren 2015, 2016, 2017, 2018 en 2019?

Antwoord:

Gezien het decentrale karakter van de Wmo 2015, houd ik geen overzicht bij van hoeveel rechtzaken 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 zag de uitstroom van het aantal afgehandelde rechtzaken er als volgt uit.

Jaar	Uitstroom Wmo-zaken rechtbanken	Uitstroom Wmo-zaken Centrale Raad van Beroep
2015	1.551	251
2016	2.347	541
2017	1.366	426
2018	1.202	242
2019 t/m aug.	914	189

Vraag 786

Hoeveel mensen hebben het afgelopen jaar afgezien van zorg vanuit de Wmo omdat ze dit niet meer kunnen betalen?

Antwoord:

Hoeveel mensen afzien van ondersteuning vanuit de Wmo 2015 door de eigen bijdrage is onbekend. Het Rijk beschikt dan ook niet over deze gegevens.

Vraag 787

Hoeveel Wmo-regio's (groepen gemeenten die gezamenlijk de zorg inkopen) zijn er?

Antwoord:

Er is geen (landelijk) vastgestelde regio-indeling voor de uitvoering van de Wmo. Voor Maatschappelijke Opvang en Beschermd Wonen bestaan er op dit moment 43 samenwerkingsverbanden. Voor voorzieningen van vrouwenopvang zijn er 35 centrumgemeenten. Er zijn daarnaast 26 Veilig Thuis-organisaties, die tezamen een landelijk dekkend netwerk vormen en nauw samenwerken met de Veiligheidsregio's.

Vraag 788

Hoeveel Wmo-overlegtafels zijn er georganiseerd? Hoe vaak vindt dit 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 en sociale partners.

Vraag 789

Welke partijen van de overlegtafels zijn gesubsidieerd door het Ministerie van VWS?

Antwoord:

Er vindt geen aparte subsidiëring van Wmo 2015-overlegtafels plaats.

Vraag 790

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 of vernietigd.

In het kader van het interbestuurlijk toezicht heb ik geen verordeningen vernietigd.

Vraag 791

Hoeveel gemeenten zijn door u op de vingers getikt, omdat zij Wmo-beleid uitvoerden die in strijd met de wetgeving was over de jaren 2018 en 2019? Welke gemeenten waren dit en waarom?

Antwoord:

In het kader van het interbestuurlijk toezicht zijn in 2018 en 2019 in totaal 26 gemeenten verzocht om een bestuurlijke reactie omtrent de maatschappelijke opvang. De aanleiding hiervoor was dat in 2017 en/of 2018 mystery guests geen toegang kregen tot een slaapplek in de maatschappelijke opvang (2018/19, 29 325, nr. 95), waarmee het niet zeker was dat de vereiste landelijke toegankelijkheid door de betreffende gemeenten werd geborgd (artikel 1.2.1, onder c, van de Wmo 2015). Het betrof de gemeenten Alkmaar, Almere, Amersfoort, Amsterdam, Apeldoorn, Bergen op Zoom, Breda, Delft, Den Bosch, Den Haag, Deventer, Doetinchem, Ede, Enschede, Gouda, Helmond, Hilversum, Hoorn, Leeuwarden, Maastricht, Nijmegen, Utrecht, Venlo, Vlaardingen, Vlissingen en Zaandam. Elf van deze gemeenten heb ik gevraagd een plan van aanpak in te dienen, omdat uit de mystery guest onderzoeken uit 2017 en 2018 bleek dat meerdere mystery guests geen slaapplek hebben gekregen. Het gaat om de gemeenten Almere, Amsterdam, Breda, Delft, Ede, Enschede, Gouda, Hoorn, Maastricht, Nijmegen en Venlo.

Er zijn in 2018 en 2019 geen andere situaties geweest, waarbij ik gemeenten heb aangesproken in het kader van het interbestuurlijk toezicht vanwege het uitvoeren van beleid dat in strijd was met de Wmo 2015.

Vraag 792

Hoeveel verordeningen zijn er in het jaar 2019 vernietigd wat betreft de Wmo 2015?

Antwoord:

Zie antwoord op vraag 790.

Vraag 793

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 op landelijk niveau niet kan worden gemaakt.

Vraag 794

Kunt u in een tabel aangeven wat de bezuinigingen zijn geweest op de huishoudelijke verzorging, begeleiding en dagbesteding vanaf het jaar 2015 tot heden?

Antwoord:

Hieronder wordt het overzicht gegeven van de ombuigingen ten opzichte van de trend voor de jaren 2015 tot 2018 en verder. Deze bedragen zijn niet cumulatief.

	2015	2016	2017	2018 e.v.
Bedrag bezuiniging huishoudelijke verzorging exclusief aanvullende middelen waaronder de HHT-middelen, vernieuwingsmiddelen en extramuraliseringsmiddelen	€ 465 mln.	€ 610 mln.	€ 610 mln.	€ 610 mln.
Bedrag bezuiniging individuele begeleiding en dagbesteding exclusief aanvullende middelen waaronder extramuraliseringsmiddelen	€ 654 mln.	€ 708 mln.	€ 723 mln.	€ 733 mln.

Vraag 795

Hoeveel is er bezuinigd op de huishoudelijke verzorging, dagbesteding en begeleiding de afgelopen jaren? Kunt u dit per jaar inzichtelijk maken?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 794.

Vraag 796

Hoeveel mensen zijn er afgelopen jaar geherindiceerd en hoeveel mensen hebben minder uren/meer uren/dezelfde uren gekregen? Kunt u dit overzicht voor zowel Wlz-zorg als voor de Wmo geven?

Antwoord:

Ten aanzien van de Wmo beschik ik niet over de gevraagde informatie, omdat er geen landelijke registratie plaatsvindt.

Het CIZ heeft in 2018 voor de Wlz 28.000 herindicaties afgegeven (exclusief partnerverblijf en subsidieregelingen). Hiervan kregen 21.200 cliënten een hoger zorgprofiel in dezelfde reeks; 2.500 cliënten hetzelfde zorgprofiel; 2.400 cliënten een lager zorgprofiel in dezelfde reeks, en 1.600 cliënten een zorgprofiel van een andere reeks. 400 cliënten voldeden niet aan de Wlz-toegangscriteria. In deze aantallen zijn de herindicaties wegens aflopende geldigheidsduur (reeksen LVG en GGZ-B) meegenomen.

Vraag 797

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 798

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 wel gegevens bij over aantallen rechtszaken over de Wmo 2015 (zie ook mijn

Antwoord op vraag 785). Een nadere specificatie van het aantal rechtszaken op grond van de norm «resultaatgericht schoon huis» is niet beschikbaar.

Vraag 799

Hoeveel huishoudelijk verzorgenden zijn in de afgelopen jaren gekort in hun loon?

Antwoord:

Dergelijke informatie wordt niet bijgehouden. Een antwoord op deze vraag kan dan ook niet worden gegeven.

Vraag 800

Hoe ziet de verdeelsleutel eruit voor de uitkering in het gemeentefonds 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 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 wordt verdeeld op basis van een historische reconstructie. In 2022 zal een deel van de middelen voor beschermd wonen voor het eerst objectief worden verdeeld vanuit de algemene uitkering van het gemeentefonds. Zie ook het antwoord op vraag 297.

Vraag 801

Hoeveel en welke thuiszorgorganisaties zijn in de jaren 2018 en 2019 failliet gegaan?

Antwoord:

Volgens het CBS gingen er in 2018 en 2019 (tot en met augustus) 44 thuiszorgorganisaties failliet. Het CBS spreekt overigens niet van «thuiszorgorganisaties», maar van instellingen met als hoofdactiviteit maatschappelijke dienstverlening zonder overnachting gericht op ouderen en gehandicapten. Zie ook mijn Antwoord op vraag 163.

Vraag 802

Hoeveel thuiszorgmedewerkers zijn er vanaf het jaar 2015 ontslagen?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar over het aantal thuiszorgmedewerkers dat vanaf 2015 is ontslagen.

Vraag 803

Hoeveel is er uitgegeven aan de Wmo vanaf het jaar 2010 tot en met 2019?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 40.

Vraag 804

Hoeveel is er bezuinigd op de Wmo vanaf het jaar 2006 tot en met 2019?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 794.

Vraag 805

Hoeveel is er bezuinigd op de huishoudelijke verzorging vanaf het jaar 2006 tot en met 2019?

Antwoord:

Bij de inwerkingtreding van de Wmo in 2007 is uitgegaan van uitgaven in de AWBZ en is geen bezuiniging doorgevoerd. Wel is rekening gehouden met de verdien capaciteit van gemeenten in de vorm van eigen bijdragen. Hiervoor is een bedrag van € 197 miljoen structureel vanaf 2007 ingeboekt. Vanaf 2010 is rekening gehouden met een efficiencywinst van € 50 miljoen structureel in verband met de mogelijkheid voor gemeenten om individuele voorzieningen op collectieve wijze te verstrekken. Daarnaast is in verband met een overschatting van de pgb-uitgaven structureel vanaf 2011 een correctie van € 150 miljoen doorgevoerd. Voor de jaren vanaf 2015 wordt verwezen naar het antwoord op vraag 794.

Vraag 806

Hoeveel is er bezuinigd op het budget van beschermd woonvormen?

Antwoord:

Zie hiervoor het antwoord op vraag 697.

Vraag 807

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 808

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 kwaliteits-eisen 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 809

Hoeveel dagbestedingslocaties zijn er? Hoeveel dagbestedingslocaties zijn gesloten sinds het jaar 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 dan ook niet over gegevens van het aantal dagbestedingslocaties die sinds 2015 zijn gesloten.

Vraag 810

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 811

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. Ik beschik landelijk dan ook niet over de gevraagde gegevens.

Vraag 812

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:

Ik beschik niet over een overzicht van gemeenten die hun beleid hebben aangepast naar aanleiding van uitspraken van de Centrale Raad van Beroep. Het is aan de gemeenteraad om daarop toe te zien

Vraag 813

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 814

Met hoeveel procent is de bureaucratie in de Wmo toegenomen? Welke bedrag is hiermee gemoeid?

Antwoord:

Op landelijk niveau zijn geen gegevens beschikbaar over het percentage en de kosten van bureaucratie in de Wmo 2015. Het Kabinet zet zich wel in om de bureaucratie in de uitvoering van de Wmo 2015 te verminderen. Onder de vlag van het programma (Ont)Regel de Zorg (Kamerstuk 29 515, nr. 424) worden diverse activiteiten ondernomen die bijdragen aan het verminderen van de bureaucratie in het sociaal domein. U bent hierover in de voortgangsbrief (Ont)Regel de Zorg nader geïnformeerd.

Vraag 815

Op welke wijze hebben de gemeenten het toezicht op de Wmo-zorg georganiseerd? Wie is per gemeente de toezichthouder?

Antwoord:

Naar verwachting verschijnt in oktober de jaarlijkse rapportage van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd over het Wmo-toezicht met een actueel beeld van het Wmo-toezicht. Dit rapport zal aan Uw Kamer worden gezonden.

Vanuit de rapportage over 2017 weet ik dat gemeenten het Wmo-toezicht op verschillende manier inrichten: (1) gemeenten beleggen het Wmo-toezicht bij de GGD, (2) gemeenten beleggen het Wmo-toezicht in de eigen organisatie (vaak in samenwerking met buurgemeenten) en (3) gemeenten beleggen het Wmo-toezicht bij een (andere) externe partij. VWS heeft geen overzicht van toezichthouders per gemeente.

Vraag 816

Wat is de definitie van een zorgwoning?

Antwoord:

Het ministerie hanteert geen definitie voor een zorgwoning.

Vraag 817

Hoeveel zorgwoningen zijn er in Nederland?

Antwoord:

Hier zijn geen landelijke gegevens over beschikbaar. Wel heb ik – samen met de Minister van BZK – de opdracht gegeven om de stand en ontwikkeling van het aantal geclusterde woon(zorg)vormen voor ouderen in beeld te brengen. De bedoeling is dat deze meting als nulmeting gaat dienen. Ik verwacht dat deze monitor in het najaar van 2019 zal worden opgeleverd.

Vraag 818

Hoe groot is het tekort van het aantal zorgwoningen?

Antwoord:

Er bestaat geen landelijk overzicht van het aantal zorgwoningen, danwel van een eventueel tekort. Het is aan gemeenten om samen met woningcorporaties en zorgpartijen de lokale woonopgave voor ouderen in beeld te brengen en hieraan actie te verbinden. Om gemeenten hierbij te ondersteunen heb ik samen met de Minister van Binnenlandse Zaken deze partijen in dit kader de Taskforce Wonen en Zorg ingericht, welke wordt voorgezeten door de heer Adriani, wethouder te Nieuwegein.

Vraag 819

Hoeveel mensen zijn langer thuis blijven wonen sinds de decentralisaties?

Antwoord:

Deze vraag is alleen te beantwoorden met de nodige aannames.

In 2014 waren er 2.919.024 personen van 65 jaar of ouder. Daarvan woonden 136.620 personen (op peildatum; Monitor Langdurige Zorg) in een V&V-instelling hetgeen overeenkomt met 4,68% van het totaal aantal 65+-ers.

In 2017 waren er 3.159.660 personen van 65 jaar of ouder. Bij ongewijzigd beleid zou, bij toepassing van het percentage uit 2014, het aantal personen in een V&V-instelling 147.882 zijn. Het aantal geregistreerde 65+ers in een V&V-instelling (op peildatum) bedraagt 118.810 personen. Het verschil tussen het berekende cijfer en het gemeten cijfer is 29.073 personen. Dit aantal kan worden gezien als een benadering van het aantal 65+ers dat langer thuis is blijven wonen.

Vraag 820

Hoeveel en/of welke gemeenten verstrekken een tegemoetkoming aan mensen met hoge zorgkosten en hoeveel of welke gemeente verstrekken dit niet? Kunt u hiervan een overzicht sturen?

Antwoord:

Vrijwel alle gemeenten (345 van de 355) bieden een collectieve zorgverzekering aan voor sociale minima (niet specifiek voor minima met hoge zorgkosten, maar voor alle minima). Daarbij geven gemeenten regelmatig een financiële bijdrage, als tegemoetkoming in de kosten van de (aanvullende) premie.

Eind 2016 had ongeveer de helft van de gemeenten een meerkostenregeling op basis waarvan het college van burgemeester en wethouders aan personen met een beperking of chronische psychische of psychosociale problemen die daarmee verband houdende aannemelijke meerkosten hebben, een tegemoetkoming verstrekt ter ondersteuning van de zelfredzaamheid en de participatie.

Bij de eigen bijdrage Wmo 2015 kunnen gemeenten minimabeleid toepassen, voorzieningen vrijstellen van eigen bijdragen, het abonnementstarief in zijn geheel verlagen en in individuele gevallen mensen vrijstellen van een eigen bijdrage. In 2019 passen 52 gemeenten minima-beleid toe, waarbij gemeenten de eigen bijdrage voor bepaalde doelgroepen op nul zetten.

Tot slot bieden gemeenten ondersteuning bij het regelen van financiële zaken. Zo schakelen gemeenten (in samenwerking met woningbouwcorporaties) bijvoorbeeld de voorzieningenwijzer in. Deze helpt mensen bij het afsluiten van een energiecontract, zorgverzekering en bij het omgaan met toeslagen, inkomstenbelasting en gemeentelijke regelingen.

Gemiddeld levert het een huishouden € 500 euro aan besparingen op door gebruik te maken van bestaande voorzieningen of producten.

Vraag 821

Hoeveel is bezuinigd op de wijkverpleging sinds het jaar 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 onderschijding in 2017 (namelijk € 50 miljoen) structureel wordt afgeroomd vanaf 2018.

Tevens is er in dit akkoord voor de jaren 2019 tot en met 2022 een volumegroei van 2,4% beschikbaar gesteld.

Vraag 822

Kunt u een overzicht sturen van de uitgaven van de wijkverpleging sinds het jaar 2015?

Antwoord:

Jaar	2015	2016	2017	2018
Uitgaven wijkverpleging (x € 1 miljoen)	3.114	3.237	3.399	3.627

De uitgaven in 2017 en 2018 betreffen voorlopige uitgavenrealisaties. Voor de jaren 2019 en 2020 zijn nog geen cijfers over de uitgavenrealisaties beschikbaar.

Vraag 823

Hoe groot zijn de personeelstekorten in de wijkverpleging en palliatieve zorg?

Antwoord:

In de meest actuele prognose wordt een tekort verwacht in 2022 van 80.000 mensen in geheel zorg en welzijn. Hierover hebben we u geïnformeerd in de voortgangsbrief van het Actieprogramma Werken in de Zorg van 22 mei 2019. Specifiek voor de wijkverpleging wordt op basis van de meest actuele prognose in 2022 een tekort verwacht van circa 12.000 personen, waarbinnen circa 6.200 hbo-verpleegkundigen en 5.800 mbo verpleegkundigen. Als onderdeel van de bestuurlijke afspraken uit het hoofdlijnenakkoord (HLA) voor de wijkverpleging, laten we met de HLA-partners een arbeidsmarktverkenning, inclusief regionale knelpunten en mogelijke oplossingen, uitvoeren. Dit onderzoek is naar verwachting in het voorjaar van 2020 gereed.

Vraag 824

Hoeveel patiëntenstops hebben plaatsgevonden in de wijkverpleging?

Antwoord:

Bij een patiëntenstop kondigt de aanbieder bij een zorgverzekeraar aan geen (nieuwe) patiënten meer in zorg te nemen. Dit kan verschillende redenen hebben, maar meestal gaat het om het bereiken van het budgetplafond bij deze zorgverzekeraar of een tekort aan personeel om aan de zorgvraag te voldoen.

Uit de monitor van de NZa over de contractering wijkverpleging⁴⁶ komt naar voren dat in 2018 bij bijna de helft van de geënquêteerde aanbieders een patiëntenstop in het geheel niet aan de orde is geweest.

19% van de geënquêteerde aanbieders heeft in 2018 een patiëntenstop afgegeven in verband met het bereiken van het budgetplafond. 14% van de geënquêteerde zorgaanbieders heeft in 2018 een patiëntenstop afgegeven in verband met een personeelstekort⁴⁷. Een kwart tot een derde van de aanbieders heeft een patiëntenstop overwogen vanwege een patiëntenstop en/of het bereiken van een budgetplafond maar dat uiteindelijk niet gedaan. Bijna alle aanbieders verwijzen patiënten die ze niet in zorg kunnen nemen door naar de zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar (40%) of naar andere aanbieders (56%). Opdat deze mensen dan toch zorg kunnen krijgen.

Vraag 825

Kunt u een overzicht sturen hoeveel geld er sinds het jaar 2015 is overgehouden op de wijkverpleging?

⁴⁶ Kamerstukken II, 2018–2019, 29 689, nr. 984.

⁴⁷ Omdat een aanbieder meer dan een reden kon opgeven voor de patiëntenstop kunnen de percentages niet opgeteld worden.

Antwoord:

(Bedragen x € 1 mln)

Jaar	2015	2016	2017	2018
Beschikbaar kader	3.167	3.432	3.525	3.860
Uitgaven wijkverpleging	3.114	3.237	3.399	3.627
Onderschrijding	53	195	126	233

De uitgaven in 2017 en 2018 betreffen voorlopige uitgavenrealisaties.

Vraag 826

Wat is de stand van zaken van het rapport Beperkt weerbaar? Zijn 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 opdracht van VWS een wegwijzer gemaakt om ouders en zorgprofessionals inzicht te geven in het beschikbare materiaal over deze onderwerpen.

Voorts is 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 voor jongeren met een lichte verstandelijke beperking (en jongeren met psychische problematiek). Instellingen zijn verplicht seksueel misbruik van cliënten die in zorg zijn bij de IGJ te melden.

Vraag 827

Hoe vaak wordt een vpt ingezet in het huis waar een oudere al jarenlang woont?

Antwoord:

Een vpt kan worden ingezet in het huis waar de cliënt al jarenlang woont. Er is geen centrale registratie van het aantal ouderen dat een vpt ontvangt in het huis waar men al jarenlang woont. Ik beschik daardoor niet over de gevraagde informatie.

Vraag 828

Hoe vaak wordt een vpt aangevraagd in een geclusterde setting?

Antwoord:

Er is geen centrale registratie van de aanvragen voor een vpt in een geclusterde setting. Er wordt ook geen uniforme definitie gehanteerd van een «geclusterde setting». Ik beschik daardoor niet over de gevraagde informatie.

Vraag 829

Hoe vaak wordt een mpt ingezet in het huis waar een oudere al jarenlang woont?

Antwoord:

Een mpt kan worden ingezet in het huis waar de cliënt al jarenlang woont. Er is geen centrale registratie van het aantal ouderen dat een mpt

ontvangt in het huis waar men al jarenlang woont. Ik beschik daardoor niet over de gevraagde informatie.

Vraag 830

Hoe vaak wordt een mpt aangevraagd in een geclusterde setting?

Antwoord:

Er is geen centrale registratie van de aanvragen voor een mpt in een geclusterde setting. Er wordt ook geen uniforme definitie gehanteerd van een «geclusterde setting». Ik beschik daardoor niet over de gevraagde informatie.

Vraag 831

Welk percentage van de vpt's wordt gebruikt op locaties die feitelijk een onofficiële instelling zijn?

Antwoord:

Een vpt kan worden ingezet in diverse situaties. Een cliënt kan een vpt ontvangen in het huis waar hij al jarenlang woont. Ook is het mogelijk dat zorg via een vpt wordt verleend in een complex met geclusterde woonvoorzieningen. Er is geen centrale registratie van de locaties waarop cliënten een vpt ontvangen. Ik beschik daardoor niet over de gevraagde informatie.

Vraag 832

Welk percentage van de mpt's wordt gebruikt op locaties die feitelijk een onofficiële instelling zijn?

Antwoord:

Een mpt kan worden ingezet in diverse situaties. Een cliënt kan een mpt ontvangen in het huis waar hij al jarenlang woont. Ook is het mogelijk dat zorg via een mpt wordt verleend in een complex met geclusterde woonvoorzieningen. Er is geen centrale registratie van de locaties waarop cliënten een mpt ontvangen. Ik beschik daardoor niet over de gevraagde informatie.

Vraag 833

Hoeveel geld wordt besteedt aan vpt's?

Antwoord:

Voor het Volledig Pakket Thuis (VPT) is de raming in de Wlz dat hier in 2020 € 516 miljoen aan besteed wordt.

Vraag 834

Hoeveel geld wordt besteedt aan mpt's?

Antwoord:

Het Modulair Pakket Thuis (MPT) valt onder de post extramurale zorg in de Wlz. Voor 2020 is hier € 653 miljoen voor geraamd.

Vraag 835

Staat er in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg iets over voeding binnen verpleeghuizen, anders dan de voedselveiligheid en dieetwensen wegens levens- of geloofsovertuiging? Staat er bijvoorbeeld iets in over hoe vers het eten moet zijn? Wordt er bijvoorbeeld gesproken over de welzijnsfunctie van het eten/het restaurant?

Antwoord:

In het kwaliteitskader wordt in zoverre over de welzijnsfunctie van voeding in het verpleeghuis gesproken, dat er in de bijlagen het volgende

wordt aangegeven. In het kwaliteitskader is als bijlage een handreiking voor persoonsgerichte zorg opgenomen. In deze handreiking staat dat de bewoner moet kunnen aangeven wat zijn voedingswensen zijn. Ook is een bijlage opgenomen met handreikingen voor wonen en welzijn. Daarin is aangegeven dat de bewoner van het eten moet kunnen genieten. In «Thuis in het verpleeghuis» heb ik aangegeven dat kwaliteit van leven van bewoners vraagt om een plezierige dag met dagactiviteiten zoals de bewoner die wil. Een voornaam onderdeel van een plezierige dag is goed en gezond eten. Goed en gezond eten maakt merkbaar verschil in de kwaliteit van leven. Hiermee breng ik de welzijnsfunctie van eten in het verpleeghuis naar voren.

Vraag 836

Hoeveel geld is er jaarlijks beschikbaar voor de stimuleringsregeling Inzicht? Is dit de regeling die binnen het actieprogramma Langer Thuis aangekondigd werd als de Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt & Professional (VIPP) care? Hoe verloopt het aanmelden voor deze regeling(en) en zal het gehele hiervoor bestemde bedrag in het jaar 2019 besteed worden? Welk bedrag is voor deze regeling(en) voor het jaar 2020 begroot?

Antwoord:

Voor 2019 is er € 10 miljoen beschikbaar. Voor 2020 € 30 miljoen en voor 2021 € 50 miljoen. Dit is inderdaad de regeling die eerder werd aangekondigd als VIPP Care. De regeling is 1 september gepubliceerd en de eerste aanvragen komen reeds binnen. Naar verwachting wordt het bedrag voor 2019 volledig uitgegeven. Dit bedrag wordt besteed aan zestien proeftuinen die verspreid over heel Nederland de uitwisseling van gegevens beproeven. Ook wordt met dit budget ondersteuning van de veldpartijen mogelijk gemaakt.

Vraag 837

Hoeveel mantelzorgers zijn er in Nederland? Wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord:

1 op de 3 Nederlanders van 16 jaar en ouder gaven in 2016 mantelzorg. Dit komt uit op circa 4,5 miljoen mantelzorgers. Dit zijn de meest recente cijfers en dateren uit 2016.
(Bron: Voor Elkaar, SCP 2017).

Vraag 838

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

Antwoord:

Nee, het aantal vrijwilligers blijft volgens het CBS voor de kortere termijn ongeveer gelijk. Bijna de helft van alle Nederlanders van 15 jaar of ouder doet minimaal één keer per jaar vrijwilligerswerk. Volgens het PBL en SCP daalt het aantal mantelzorgers rond 2040 vanwege de toenemende vergrijzing.

Vraag 839

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

Antwoord:

Volgens het SCP is 10% van de mantelzorgers in Nederland overbelast.
(Bron: SCP Voor elkaar 2017)

Vraag 840

Hoeveel respijtvorzieningen en logeeropvanghuizen zijn er in Nederland?

Antwoord:

Dat is niet bekend, omdat hiervan geen landelijke registratie plaatsvindt. Het is aan gemeenten om dit in te kopen of te regelen.

Vraag 841

Zijn het aantal respijtvorzieningen in het jaar 2019 gestegen, gelijk gebleven of gedaald en wat is uw duiding hierop?

Antwoord:

Dat is niet bekend, omdat hiervan geen landelijke registratie plaatsvindt. Het is aan gemeenten om dit in te kopen of te regelen.

Vraag 842

Hoe vaak worden mantelzorger ingezet als vervanging van professionele zorg?

Antwoord:

Dat is niet bekend, omdat hiervan geen landelijke registratie plaatsvindt.

Vraag 843

Welke en waar zijn er zogenoemde living labs van start gegaan en wat zijn de resultaten tot nu toe?

Antwoord:

Uit de vraag wordt niet duidelijk welke living labs bedoeld worden. Op dit moment voert Movisie drie living labs «inclusieve lokale samenwerking» uit. Deze hebben als doel om te onderzoeken hoe inwoners, maatschappelijke organisaties en gemeenten samen kunnen werken aan de aanpak en oplossing van een maatschappelijk vraagstuk (lokaal samenspel). Deze living labs hebben een looptijd tot juni 2020. Er worden twee living labs jongerenbetrokkenheid uitgevoerd (Alkmaar en Schagen) en één living lab inwonerbetrokkenheid (Medemblik). Uiterlijk in het najaar van 2020 zal Movisie de uitkomsten van deze living labs presenteren.

Vraag 844

Welk deel van de extra kwaliteitsmiddelen van € 1,8 miljard uit het programma Thuis in het Verpleeghuis komt ten goede aan passende dagbesteding voor verpleeghuisbewoners en grotere betrokkenheid van mantelzorgers?

In hoeverre is binnen de publiekscampagne Eén tegen eenzaamheid die in het jaar 2020 wordt voortgezet aandacht voor mantelzorgers die doordat hun naasten dementie hebben in een sociaal isolement komen?

Antwoord:

De extra kwaliteitsmiddelen kunnen worden ingezet op basis van kwaliteitsplannen van de zorgaanbieders. In deze kwaliteitsplannen is ook aandacht voor zinvolle dagbesteding. De middelen kunnen ook worden ingezet voor deskundigheidsverhoging van medewerkers, vrijwilligers en mantelzorgers. De zorgkantoren toetsen of de kwaliteitsplannen voldoen aan de gemaakte afspraken. Welk deel van de middelen voor zowel dagbesteding als voor specifiek mantelzorgers wordt ingezet, wordt niet centraal bijgehouden.

Er komt in 2020 een landelijke massamediale campagne over mantelzorg. Daarin wordt ook een regionale toolkit voor gemeenten gepresenteerd over werkende mantelzorgers, jonge mantelzorgers en oudere mantelzorgers. Gemeenten kunnen deze toolkit lokaal inzetten.

Vraag 845

Hoe borgen we in de toekomst dat de zorgval permanent verdwijnt, aangezien het doel van het programma Langer Thuis is dat mensen thuis kunnen blijven wonen met een goede kwaliteit van leven – zolang dat veilig en verantwoord kan – maar dit soms echter niet meer gaat en er dan overbruggingszorg nodig is?

Antwoord:

In 2017 en 2018 waren er signalen dat cliënten die bij overgang vanuit de Zvw naar de Wlz te maken kregen met een terugval in het aantal uren zorg, terwijl ze een hogere eigen bijdrage moesten betalen. Voor cliënten die Wlz-zorg ontvangen en langer thuis willen wonen, heb ik het daarom mogelijk gemaakt dat zij extra zorg thuis kunnen ontvangen. Hiervoor heb ik de regeling Extra kosten thuis per 1 juli 2018 uitgebreid. Met deze uitbreiding kan iedereen met Wlz-zorg thuis (met een persoonsgebonden budget of modulair pakket thuis) tot 25% extra zorg ontvangen, wanneer de zorg op basis van het zorgprofiel niet voldoende is.

Voor cliënten die wachten op een plek in een zorginstelling worden vanaf 1 juli 2018 de bestaande wettelijke mogelijkheden voor Wlz overbruggingszorg beter benut. Deze maatregelen zijn in het voorjaar geëvalueerd. Hieruit is naar voren gekomen dat de problematiek grotendeels is opgelost.

De overgang van Zvw-zorg en Wmo-ondersteuning naar de Wlz-zorg thuis blijft complex. Voor het kabinet is dit aanleiding geweest om de Commissie Toekomst zorg thuiswonenden ouderen te vragen om ook hier aandacht aan te besteden.

Vraag 846

In hoeverre is binnen het programma Langer Thuis aandacht voor het vergroten van de bekendheid van respijtzorg voor mantelzorgers van mensen met dementie aangezien het programma Langer Thuis erop inzet dat er merkbaar verschil wordt gemaakt voor ouderen, mantelzorgers en professionals?

Antwoord:

Actielijn 2 van het programma Langer Thuis gaat over mantelzorg en vrijwilligers. Daarin lopen een aantal acties die tot doel hebben meer bekendheid te geven aan respijtzorg voor mantelzorgers van o.a. mensen met dementie. Zo lopen er 4 trials sociale dementie in 4 gemeenten, is de landelijk aanjager respijtzorg aan de slag en komt er volgend jaar een landelijke campagne mantelzorg.

Vraag 847

Hoeveel extra personeel is er aangenomen met de gelden van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg?

Antwoord:

Met de extra gelden die beschikbaar zijn gekomen voor de verpleeghuizen om te (gaan) voldoen aan het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg zijn in 2017 en 2018 in totaal 10.200 werknemers (5.800 fte) meer in dienst gekomen. Dat komt bovenop de personeelsgroei van 8.100 werknemers (5.000 fte) voor de groei van het aantal cliënten. Deze cijfers wijken enigszins af van hetgeen in de tweede voortgangsrapportage gepresenteerd is. Het betrof toen voorlopige cijfers die bijgesteld zijn.

De resultaten voor 2019 zijn nog niet bekend. In de derde voortgangsrapportage van het programma Thuis in het Verpleeghuis, die in november 2019 aan uw Kamer wordt gezonden, kan ik daar de eerste indicaties over geven.

Vraag 848

Op hoeveel plekken wordt voldaan aan de bezettingsnorm zoals bedoeld in het kader van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg?

Antwoord:

De investering van € 2,1 miljard voor de verpleeghuiszorg wordt in verschillende tranches beschikbaar gesteld. Dat is vooral gedaan om de zorginstellingen – mede vanwege de situatie op de arbeidsmarkt en het absorptievermogen van instellingen zelf – voldoende tijd te geven om aan de bezettingsnorm zoals opgenomen in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg te kunnen voldoen. Zo hebben verpleeghuizen voor 2019 kwaliteitsplannen ingediend om nog eens 10.000 extra fte aan te kunnen nemen. De zorgkantoren hebben deze plannen beoordeeld en de bijbehorende kwaliteitsmiddelen toegekend. In 2021 komt de laatste tranche beschikbaar. Vanaf 2022 dienen de verpleeghuizen aan de bezettingsnorm te voldoen. Er is nu dus nog geen beeld hoeveel instellingen voldoen aan de personeelsnorm van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

Vraag 849

Hoeveel mensen werken er fulltime in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord:

Volgens het CBS waren er in 2018 circa 246 duizend voltijdsbanen binnen de sector zorg, welzijn en kinderopvang. Cijfers over voltijdsbanen in zorg en welzijn (zonder kinderopvang) en een uitsplitsing per sector zijn niet voor handen.

Vraag 850

Welk budget is binnen het programma Langer Thuis beschikbaar voor de experimenten met de sociale benadering van dementie?

Antwoord:

Er is binnen het programma Langer Thuis in 2018 en in 2019 € 1 miljoen beschikbaar gesteld voor de experimenten met de sociale benadering van dementie. In 2018 is € 1 miljoen uitgekeerd aan de 4 deelnemende gemeenten. De € 1 miljoen voor 2019 is ook grotendeels nodig om de trials in deze vier gemeenten verder te helpen.

Vraag 851

Op welke wijze wordt vervolg gegeven aan de (uitkomsten van) de experimenten met de sociale benadering van dementie?

Antwoord:

Er lopen de komende 4 jaar 4 experimenten in 4 gemeenten over de sociale benadering van dementie. Deze worden nadrukkelijk tussentijds gevolgd en gemonitord met als doel om het effect van de interventies te meten, op kwaliteit van leven maar ook bekostiging. Na 4 jaar worden de geleerde lessen gebundeld, waarna besloten kan worden over verdere opschaling.

Vraag 852

Klopt het dat er nog geen budget is gereserveerd voor het programma Eén tegen eenzaamheid en kan het programma dan wel worden doorgezet dit jaar?

Antwoord:

Nee, dit klopt niet. In het Regeerakkoord is in 2018, 2019 en 2020 jaarlijks € 8 miljoen beschikbaar gesteld en € 5 miljoen structureel vanaf 2021. Het programma Eén tegen eenzaamheid wordt in 2020 dus voortgezet.

Vraag 853

Kunt u toelichten op welke manier de effecten van de maatregelen uit het programma Langer Thuis in beeld zullen worden gebracht en wat u gaat doen met de resultaten?

Antwoord:

De effecten van de maatregelen uit het Programma Langer Thuis worden in beeld gebracht via de voortgangsrapportages van het programma. De monitor van het programma bestaat uit 30 uitkomst- en procesindicatoren. Daarnaast zijn er ook een zevental narratieven opgenomen over de verschillende actielijnen. De eerste voortgangsrapportage is 2 juli jl. naar Uw Kamer verstuurd (Kamerstuknummer: 31 765, nr. 425). De effecten worden betrokken bij verdere uitvoering van het Programma Langer Thuis.

Vraag 854

Klopt de berekening dat er per fte geestelijke verzorging € 140.000 beschikbaar is (€ 7 miljoen/50 fte)? Hoeveel is dit in nettoloon?

Antwoord:

Nee, dat klopt niet. Voor deze berekening is uitgegaan van de € 5 miljoen die beschikbaar is voor consulten van geestelijk verzorgers (€ 2 miljoen van de € 7 miljoen is voor de tijdelijke opstart- en exploitatiekosten van de netwerken palliatieve zorg). Bij de schatting van het aantal beschikbare fte is als uitgangspunt gebruik gemaakt van de CAO Ziekenhuizen (schaal FWG 65–12), salarisspeil juli 2018 inclusief werkgeverslasten. Het nettoloon bij deze schaal bedraagt ongeveer € 3.300 euro per maand.

Vraag 855

In hoeverre is er aandacht voor het thema dementie en wonen binnen de tien projecten die in het jaar 2020 binnen het Platform31 komen onder het Experimentenprogramma Wonen en Zorg met voorbeeldprojecten van gemeenschappelijk wonen voor ouderen?

Antwoord:

Het programma van Platform31 richt zich op de totstandkoming van geclusterde woonvormen. In deze woonvormen kan ook zorg worden verleend, maar gaat het niet om verpleeghuiszorg. In de woonvormen kunnen ook mensen met dementie (komen te) wonen, maar in de gemaakte selectie bevinden zich geen voorbeeldprojecten met exclusieve aandacht voor het thema dementie.

Vraag 856

In hoeverre staat de groep mensen met dementie op het netvlies als het gaat om de evaluatie van de Wet zorg en dwang, die per 1 januari 2022 wordt afgerond?

Antwoord:

De Wet zorg en dwang gaat zowel over mensen met een verstandelijke beperking als over mensen met dementie. De zorg aan deze groep wordt daarom meegenomen in de evaluatie van de wet.

Vraag 857

Hoe wordt gemonitord wat de gevolgen zijn van het abonnementstarief in de Wmo voor de kwaliteit van gemeentelijke ondersteuning, zoals huishoudelijke hulp?

Antwoord:

In mijn brief van 19 december 2018 heb ik de Tweede Kamer geïnformeerd over de opzet van de landelijke monitor voor het abonnementstarief.

Naast het meer kwantitatieve deel van de monitor, waarin wordt ingegaan op de ontwikkeling van het gebruik en de kosten van Wmo voorzieningen, wordt met de monitor via kwalitatief onderzoek in kaart gebracht of gemeenten hun Wmo-beleid wijzigen naar aanleiding van het abonnementstarief, of het gedrag van cliënten wijzigt naar aanleiding van het abonnementstarief en welke externe en autonome factoren buiten het abonnementstarief van invloed zijn op ontwikkelingen in het gebruik en de kosten van Wmo voorzieningen. Bij het kwalitatieve deel van de monitor wordt ook aandacht besteed aan de kwaliteit van de gemeentelijke ondersteuning.

Vraag 858

Kan aangegeven worden hoe precies de middelen, zoals deze in de Regeerakkoord zijn opgenomen (€ 15 miljoen in het jaar 2018, € 15 miljoen in het jaar 2019, € 15 miljoen in het jaar 2020, € 10 miljoen in het jaar 2021 en € 10 miljoen structureel), de afgelopen jaren uitgegeven zijn en hoe deze middelen de komende jaren besteed gaan worden?

Antwoord:

Zoals ook in het VSO van 14 januari 2019 toegelicht, is in 2018 een fundament gelegd voor een gerichte aanpak cliëntondersteuning in 2019, 2020 en 2021. Dit heeft ook geleid tot het schuiven van de hierbij behorende budgetten van 2018 naar deze jaren. Om de middelen van 2018 meer evenredig te verdelen over 2019, 2020 en 2021, is een deel van de middelen van 2019 doorgeschoven naar 2020 en 2021. Dit betekent 3,7 miljoen voor 2018 en 17,8 miljoen voor 2019.

In onderstaande tabel ziet u de gerealiseerde en verwachte inzet van de middelen cliëntondersteuning gedurende de kabinetsperiode. Bij de inzet van de in het Regeerakkoord opgenomen middelen vanaf 2022, hanteer ik als uitgangspunt dat voor de gezinnen en mensen die in de Wlz-pilots ondersteund worden, de pilot wordt gecontinueerd gedurende een periode van twee jaar na afloop van de pilots.

	2018	2019	2020	2021	Totaal
Regeerakkoord	15	15	15	10	55
Beschikbare middelen	3,7	17,8	19	14,5	55
Programmakosten	0	0,6	0,6	0,2	1,4
Onderzoek en monitoring	0,2	0,3	0,3	0,1	0,9
Financiële ondersteuning koplopers en pilots sociaal domein	2,8	10,7	10	7	30,5
Materiële ondersteuning koplopergemeenten en communicatiestrategie sociaal domein	0	1,0	1,2	1	3,2
Ontwikkelagenda van en extra cliëntondersteuning door zorgkantoren	0	2	2,5	3	7,5
Pilots gespecialiseerde cliëntondersteuning Programma Volwaardig Leven	0	2,5	3,5	2,5	8,5
Overig (o.a. professionaliseringsagenda beroepsgroep, subsidies voor andere initiatieven)	0,2	0,7	0,9	0,7	2,5
Vrijval	0,5	0	0	0	0,5

Vraag 859

Welk bedrag is concreet beschikbaar voor het beter bekend maken van cliëntondersteuning onder cliënten?

Antwoord:

Het vergroten van de bekendheid van cliëntondersteuning, is integraal onderdeel van de aanpak cliëntondersteuning. Dit wordt geborgd in het koplopertraject en communicatiestrategie sociaal domein alsmede in de ontwikkelagenda van de zorgkantoren. In het overzicht dat is gegeven in reactie op vraag 858 over besteding van de middelen voor cliëntondersteuning, is af te leiden dat voor deze onderdelen gedurende de kabinetsperiode in totaal € 38 miljoen beschikbaar is vanuit de Regeerakkoordmiddelen.

Vraag 860

Hoeveel personen maken gebruik van Valysvervoer, leerlingenvervoer en zittend ziekenvervoer?

Antwoord:

Valys: Er zijn ruim 475.000 pashouders. Hiervan hebben ruim 10.500 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 valt onder de verantwoordelijkheid van het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen. Uit de meest recente 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.

Ziekenvervoer: Het aantal gebruikers van het ziekenvervoer in 2017 was circa 90.000. Dit zijn de meest recente cijfers. (Bron: Zorginstituut NL)

Vraag 861

Hoeveel klachten en bezwaren heeft Valys in 2019 ontvangen en hoe verhoudt dit zich tot voorgaande jaren? Is hierin een trend waarneembaar?

Antwoord:

De afgelopen jaren (2014, 2015, 2016, 2017, 2018) zijn er in totaal 33.954 klachten ontvangen. Deze zijn allen afgehandeld. Zie bijgevoegde tabel voor een overzicht van het aantal klachten, het aantal gegrond verklaarde klachten en het aantal klagers dat in beroep is gegaan.

	Aantal ritten	Aantal klachten	Gegrond verklaard	In beroep
2014	993.101	8864	4714	9
2015	960.683	7171	4578	7
2016	965.334	5018	4314	4
2017	958.287	5847	5153	2
2018	998.429	7054	6523	1

In 2019 zijn er over het eerste en tweede kwartaal 2506 klachten ontvangen waarvan 2300 gegrond zijn verklaard. In deze periode hebben 504.563 ritten plaatsgevonden.

Veruit het grootste deel van de klachten (zowel gegrond als ongegrond) gaat over de ophaal- of aankomsttijd en over de reistijd. Daarnaast gaat sinds 2014 ook een groot aantal klachten over het combineren van ritten. VWS heeft regelmatig overleg met de aanbieder om de klachten en wat gedaan kan worden om de dienstverlening te verbeteren, te bespreken.

Vraag 862

Hoeveel personen maken gebruik van vervoer van- en naar dagbesteding?

Antwoord:

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor een passend aanbod aan voorzieningen van maatschappelijke ondersteuning. Ik beschik niet over een landelijke registratie van het aantal personen dat gebruik maakt van vervoer van en naar dagbesteding.

Vraag 863

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 864

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. Het vragen van een bijdrage van een cliënt in de kosten kan enkel aan de orde zijn indien een cliënt ondanks het passende aanbod andere wensen heeft en hierover zelf afspraken maakt met de zorgaanbieder.

Vraag 865

Hoeveel projecten hebben in 2019 een beroep gedaan op de Stimuleringsregeling Wonen en Zorg? Hoeveel is per project hiervoor uitgekeerd? Is de regeling in het jaar 2019 «overtekend»?

Antwoord:

Tot 24 september hebben 12 projecten een aanvraag ingediend. De totaal aangevraagde subsidie hiervan is € 150.000. Van de 12 aanvragen zijn er 3 verleend, 3 afgewezen en nog 6 in behandeling. Het gemiddeld verleende bedrag is ca. € 16.000. Het gebruik is beneden mijn verwachting

Vraag 866

Op welke wijze is binnen de Stimuleringsregeling Wonen en Zorg, waarvoor in het jaar 2020 € 30 miljoen beschikbaar is, aandacht voor passende woonzorgvormen tussen thuis en verpleeghuis voor mensen met dementie?

Antwoord:

In de stimuleringsregeling kan het gaan om wooninitiatieven waar ook mensen wonen met dementie. Projecten met specifieke aandacht voor dementie kunnen meedoen in de regeling, mits ook aan de overige gestelde criteria wordt voldaan.

Vraag 867

Hoe zal de € 74,9 miljoen die beschikbaar is gesteld voor Zorg merkbaar beter maken precies worden ingezet en welk deel daarvan gaat specifiek naar de ouderenzorg?

Antwoord:

De € 74,9 mln wordt ingezet om de zorg op diverse terreinen merkbaar beter te maken. Met een subsidie op terrein voor antibioticaresistentie worden, in vervolg op een programma hierover voor verpleeghuizen, instellingen voor gehandicaptenzorg geholpen met het verbeteren van hygiëne en infectiepreventie en vergroten van het bewustzijn over antibioticaresistentie. De subsidie aan het CCE wordt gegeven voor het uitvoeren van de consultatiefunctie, het ontwikkelen en ter beschikking

stellen van kennis en het uitvoeren van de meerzorgtoetsen in het kader van het pgb. De subsidie voor vrijwillige mentoren wordt verleend om de inzet van deze groep mentoren ten behoeve van kwetsbare cliënten mogelijk te maken en kwalitatief te ondersteunen. Verder worden subsidies verstrekt om de inzet van zorg aan gehandicapten en specifieke groepen daarbinnen mogelijk te maken met o.a. coördinerende activiteiten en kennisverspreiding. Daarnaast worden subsidies verstrekt ter uitvoering van het programma Volwaardig Leven. Ook wordt het ondersteuningsprogramma Waardigheid en trots op locatie hiermee mogelijk gemaakt. Het ondersteuningsprogramma maakt onderdeel uit van het programma Thuis in het Verpleeghuis (ouderenzorg). Aan dit programma wordt ongeveer de helft van het subsidiebudget (€ 35,9 miljoen) besteed.

Vraag 868

Welk deel van het geld dat met de Wlz wordt opgehaald, wordt daadwerkelijk aan zorg besteed?

Antwoord:

Als met de vraag wordt bedoeld welk deel van de eigen bijdragen ontvangsten in de Wlz wordt besteed aan zorg in de Wlz, geldt dat dit bedrag volledig wordt ingezet ter dekking van de kosten in de Wlz. Dit verklaart het verschil tussen de bruto en netto uitgaven in de Wlz.

Vraag 869

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 2020 geraamd op € 16,3 miljard. In dit bedrag is voor € 14,8 miljard aan heffingskortingen verrekend. Zonder verrekening van heffingskortingen is de opbrengst dus € 31,1 miljard.

Vraag 870

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 ervoor 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 7,35% (tegen nu 9,65%).

Vraag 871

Kunt u de volgende gegevens in een overzicht plaatsen:

1. Jaarlijkse premieopbrengsten AWBZ/Wlz vanaf het jaar 1999 tot heden;
2. Welk bedrag vanaf het jaar 1999 tot heden jaarlijks van de premieopbrengsten AWBZ aan heffingskortingen wordt besteed;
3. Weleffingskortingen minus zorguitgaven en minus opbrengst eigen bijdragen? Wilt u een raming doen met betrekking tot vraag 1 tot met 10 voor het jaar 2019? Wilt u een raming doen met betrekking tot vraag 1 tot en met 10 voor de Wlz in het jaar 2019?
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 het jaar 1999 tot heden;
 6. De jaarlijkse inkomsten aan eigen bijdragen vanaf het jaar 1999 tot heden;
 7. Het verschil tussen de totale premieopbrengsten en de jaarlijkse uitgaven minus de eigen bijdragen vanaf het jaar 1999 tot heden;
 8. De jaarlijkse opbrengst van de eigen bijdragen vanaf het jaar 1999 tot heden;
 9. De jaarlijkse uitgaven aan AWBZ zorgkosten vanaf het jaar 1999 tot heden minus de opbrengst eigen bijdragen;
 10. AWBZ-premies exclusief heffingskortingen minus zorguitgaven en minus opbrengst eigen bijdragen?
- Wilt u een raming doen met betrekking tot vraag 1 tot met 10 voor het jaar 2019? Wilt u een raming doen met betrekking tot vraag 1 tot en met 10 voor de Wlz in het jaar 2019?

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 heffingskortingen 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	18	– 4	9
2018	16	13	4	10	21	2	20	– 3	10
2019	16	14	4	10	24	2	22	– 6	8

Vraag 872

Kan een overzicht gegeven worden van alle (voorspelde) kosten met betrekking tot de bouw en de beheerskosten van het PGB2.0-systeem?

Antwoord

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar de in juni verzonden kamerbrief (TK, 25 657, nr. 319). In deze brief is voor de doorontwikkeling van het PGB2.0-systeem een bedrag van 20,5 miljoen begroot en voor het beheer jaarlijks 9,4 miljoen.

Vraag 873

Wat zijn de overheadkosten van het CIZ? Hoe verhouden deze zich met de benchmark van andere soortgelijke organisaties?

Antwoord:

Het aantal medewerkers in januari 2019 bedroeg in totaal 852. Hiervan waren 117 medewerkers werkzaam in een hoofdkantoorfunctie binnen de domeinen van HRM, finance, ICT en juridisch/bestuurlijk. Er zijn geen benchmarks van soortgelijke organisaties bekend.

Vraag 874

Hoeveel daadwerkelijke regels (vakjes op formulieren, formulieren en dergelijke) zijn er per zorgbranche geschrapt sinds de start van het actieprogramma (Ont)Regel de Zorg, zowel kijkend naar zorgprofessionals, zorgaanbieders, cliënten, verzekeraars, toezichthouders en gemeenten?

Antwoord:

Veel formulieren en procedures worden door of in individuele zorginstellingen gebruikt, daardoor is het niet mogelijk om een totaaloverzicht op te stellen. Steeds meer zorginstellingen zijn ook zelf aan de slag met het terugdringen van (interne) regeldruk. De totale opbrengsten daarvan worden niet centraal geregistreerd. In het programma (Ont)Regel de Zorg zijn inmiddels 60 van 155 acties en maatregelen gerealiseerd. U bent hier in detail over geïnformeerd in de voortgangsbrief bij het programma (PM datum/Kamerstuknummer).

Vraag 875

Hoeveel contacten heeft de (ont)regelbus in 2018 gehad en wat is er gepland voor het jaar 2020? Hoeveel knelpunten zijn er inzichtelijk gemaakt en hoeveel zijn er weggenomen?

Antwoord:

De (Ont)Regelbus gaat vanaf dit najaar rijden. Op dit moment vinden voorbereidende gesprekken plaats met zorginstellingen die daarin geïnteresseerd zijn. De actuele informatie over de bezoeken die de bus aflegt is steeds te vinden op de website van het programma (Ont)Regel de Zorg: www.ordz.nl/ontregelbus.

Vraag 876

Is het gelukt de ervaren regeldruk voor de professional en de cliënt/patiënt zorgbreed merkbaar te verminderen? Zo nee, waarom niet? Welke acties zijn hiervoor genomen?

Antwoord:

Met de voortgangsbrief bij het programma (Ont)Regel de Zorg (Kamerstukken II, 2018/19, 29 515 nr. 441) heb ik u geïnformeerd over de resultaten die de afgelopen periode geboekt zijn, de merkbaarheid daarvan voor zorgverleners en voor patiënten/cliënten en de extra inzet die ik naar aanleiding daarvan in gang heb gezet. De mate waarin de regeldruk merkbaar verminderd is, is nog niet voldoende en daarom ga ik de komende periode volop door met de uitvoering van het programma (Ont)Regel de Zorg en intensificeer ik de aanpak.

Vraag 877

Op welke manier is de regeldruk naar aanleiding van het programma (Ont)regel de zorg merkbaar verminderd? Welke regels/protocollen zijn er in het kader van (ont)regel de zorg geschrapt?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 876.

Vraag 878

Kan per zorgbranche uitgesplitst worden hoe de deeltijdfactor zich sinds het jaar 2010 heeft ontwikkeld?

Antwoord:

De deeltijdfactor in de zorg heeft zich als volgt ontwikkeld:

Perioden	2010 1e kwartaal	2011 1e kwartaal	2012 1e kwartaal	2013 1e kwartaal	2014 1e kwartaal	2015 1e kwartaal	2016 1e kwartaal	2017 1e kwartaal	2018 1e kwartaal*	2019 1e kwartaal*
AZW branches	factor	factor	factor	factor	factor	factor	factor	factor	factor	factor
Zorg en welzijn (smal)	0,67	0,67	0,67	0,67	0,68	0,68	0,68	0,67	0,68	0,67
Ziekenhuizen, UMC's, ov. med. spec. zorg	0,74	0,73	0,74	0,74	0,75	0,75	0,76	0,76	0,76	0,76
Geestelijke gezondheidszorg	0,77	0,77	0,78	0,78	0,78	0,78	0,78	0,77	0,76	0,76
Huisartsen en gezondheidscentra	0,62	0,62	0,62	0,6	0,59	0,6	0,6	0,58	0,59	0,58
Overige zorg en welzijn	0,7	0,69	0,69	0,69	0,68	0,68	0,68	0,68	0,68	0,68
Verpleging, verzorging en thuiszorg	0,59	0,59	0,59	0,59	0,6	0,61	0,61	0,6	0,59	0,59
Gehandicaptenzorg	0,67	0,66	0,66	0,66	0,66	0,66	0,67	0,66	0,66	0,67
Jeugdzorg	0,81	0,81	0,8	0,81	0,81	0,81	0,81	0,79	0,78	0,79
Sociaal werk	0,74	0,74	0,73	0,74	0,73	0,74	0,75	0,73	0,73	0,73
Bron: CBS / AZW StatLine										

Vraag 879

Wat zijn de loonstijgingen geweest in de diverse cao's binnen de zorg sinds het jaar 2010? Hoe verhoudt dat zich tot de gemiddelde loonstijgingen in Nederland in diezelfde periode?

Antwoord:

De zorg kent een veelheid aan CAO's, elk met specifieke arbeidsvoorwaarden en met verschillende looptijden. Een goed vergelijkbaar overzicht is daardoor niet te maken.

Voor de sector zorg en welzijn als geheel geldt ongeveer dat de contractloonontwikkeling over de jaren 2010–2018 op 11,9% lag. Dit is hetzelfde percentage als geldt voor de marktsector. De contractloonstijging voor de sector overheid over deze periode komt uit op 10,9%.

Vraag 880

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:

De gehonoreerde projecten voor de Maatschappelijke diensttijd zijn verspreid over geheel Nederland. In verschillende provincies waar in de beginfase niet of nauwelijks sprake was van MDT-activiteit zijn jongeren ook daar inmiddels gestart met de MDT. Dit is onder meer zichtbaar in Groningen, Zeeland, Noord-Brabant en Limburg. De deelname in deze provincies is tot nu toe echter beperkt.

De verwachting is dat in de rondes van 2020 de deelname in alle provincies verder zal toenemen. Met actieonderzoek houd ik deze toename in de gaten en op basis hiervan stuur ik indien nodig bij via de subsidieoproepen bij ZonMw.

Naast de landelijke spreiding is een grote concentratie van deelnemers te zien in Utrecht, Rotterdam, Amsterdam en Den Haag.

Vraag 881

Hoeveel mensen zijn er werkzaam in de zorgsector, graag uitgesplitst per sector?

Antwoord:

Aantal werknemers zorg en welzijn, uitgesplitst per branche, 1^{ste} kwartaal 2019 (x 1000)

UMC's	76,6
Ziekenhuizen	216,0
GGZ	97,1
Huisartsen & GC	31,0
Overig zorg & welzijn	122,7
VVT	417,1
Gehandicaptenzorg	170,6
Jeugdzorg	32,8
Sociaal werk	51,9
Totaal zorg en welzijn	1.215,7

Bron: CBS, AZW-statline

Vraag 882

Hoeveel mensen werken er parttime in de zorg, graag uitgesplitst per sector?

Antwoord:

Volgens het CBS waren er in 2018 circa 1,1 miljoen deeltijdbanen binnen de sector zorg, welzijn en kinderopvang. Cijfers over deeltijdbanen in zorg en welzijn (zonder kinderopvang) en een uitsplitsing per sector zijn niet voor handen.

Vraag 883

Wat zijn de salariskosten van medewerkers in de zorg, graag uitgesplitst per sector?

Antwoord:

De arbeidskosten, gedefinieerd als het totaal van lonen en salarissen, pensioenlasten en sociale lasten van medewerkers in de zorg, worden door het CBS per categorie van zorginstellingen (SBI) bijgehouden. De meest recente cijfers van de gemiddelde arbeidskosten per arbeidsjaar betreffen het jaar 2017:

Zorginstellingen (SBI 2008)	Universitair medische centra (86101)	Algemene ziekenhuizen (86102)	Categorale ziekenhuizen (86103)	GGZ met overnachting (86104)	Gehandicaptenz org (8720+87301)	Jeugdzorg met overnachting (87901)	Ambulante jeugdzorg (88991)	Verpleeg-, verzorgingshuizen, thuiszorg	Maatschappelijke opvang (24-uurs) (87902)
euro	72.750	57.750	63.300	58.100	48.300	57.550	57.850	45.750	55.050

Bron: CBS

Vraag 884

Hoeveel medewerkers hebben hun contractomvang naar aanleiding van het actieprogramma Werken in de zorg met een uur verhoogd?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar over hoeveel medewerkers hun contractomvang met 1 uur hebben verhoogd naar aanleiding van het actieprogramma werken in de zorg.

Vraag 885

Bij hoeveel medewerkers is naar aanleiding van het actieprogramma werken in de zorg de productiviteit met 1% per jaar verhoogd via arbeidsbesparende technologie?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar over bij hoeveel medewerkers de productiviteit is verhoogd met 1% naar aanleiding van het actieprogramma werken in de zorg.

Vraag 886

Zijn de administratieve lasten naar aanleiding van het actieprogramma Werken in de zorg en het programma (Ont)Regel de zorg met een uur per week verminderd? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Het met een uur per week verminderen van de administratieve lasten van zorgprofessionals is in het programma Werken in de Zorg primair genoemd als rekenexercitie om de effecten van verschillende sporen van dat programma op de verwachte tekorten op de arbeidsmarkt aan te pakken, niet als optelsom van de verwachte opbrengsten van alle maatregelen om de regeldruk terug te dringen. Zoals ik u in de voortgangsbrief bij het programma (Ont)Regel de Zorg (PM datum/Kamerstuknummer) heb geïnformeerd, is de merkbaarheid van de inspanningen om de regeldruk die zorgverleners en patiënten/cliënten ervaren terug te dringen nog niet voldoende. We zien echter dat het wél kan: er zijn voorbeelden van zorginstellingen waar de medewerkers substantieel minder regeldruk ervaren dan een jaar geleden. De komende periode gaan we daarom volop door met de aanpak en intensiveren we die om ervoor te zorgen dat steeds meer zorgverleners en patiënten/cliënten dat effect steeds meer gaan merken.

Vraag 887

Bij hoeveel werknemers heeft taakherschikking en jobcarving ervoor gezorgd dat zij een uur per week minder de tijd kwijt waren aan taken die ook door anderen kunnen worden uitgevoerd?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar over bij hoeveel medewerkers taakherschikking en *jobcarving* ervoor gezorgd heeft dat zijn een uur per week minder tijd kwijt waren aan taken die ook door anderen kunnen worden uitgevoerd.

Vraag 888

Is het gelukt om het ziekteverzuim binnen de zorg terug te dringen naar het gemiddelde binnen de gehele economie? Zo nee, waarom niet? Welke acties zijn hiervoor genomen?

Antwoord:

Het ziekteverzuimpercentage in de zorg lag in 2018 met gemiddeld 5,7% boven het percentage van 4,3% voor de gehele economie. De zorg kent traditioneel een hoog ziekteverzuimpercentage. Dat neemt echter niet weg dat ingezet moet worden op het terugdringen van het ziekteverzuim. Vanuit het Actieprogramma «Werken in de zorg» is dit dan ook aandachtspunt. Via het verminderen van de werkdruk en het vergroten van werkplezier willen we arbeidsbelasting gerelateerde uitval verminderen. Ter ondersteuning van de werkgevers worden via het Actie-Leer-Netwerk goede voorbeelden verspreid. Verder blijven we het programma Gezond en Zeker van de regionale werkgeversorganisaties ondersteunen.

Vraag 889

Is het gelukt om de uitstroom uit de sector met 10% terug te dringen? Zo nee, waarom niet? Welke acties zijn hiervoor genomen?

Antwoord:

De uitstroom uit de sector is in 2018 licht afgenomen. In het eerste kwartaal van 2019 was de uitstroom uit de sector 112.970. Het jaar ervoor was dit nog 113.860. Om de tekorten het hoofd te bieden zullen we anders moeten gaan werken en de mensen in de zorg moeten behouden. Dit is waar we met het Actieprogramma *Werken in de Zorg* extra op inzetten. We vragen het nieuwe Regioteam – dat tot doel heeft kwantitatieve en kwalitatieve versnelling in het land te bevorderen – in elke regio expliciet aandacht te hebben voor het voorkomen van uitstroom. We steunen een programma van VenVN en CNV gericht op het beter betrekken van medewerkers binnen organisaties en in de regio, met een focus op behoud. Zij gaan het land in, naar organisaties toe en delen ervaring en lessen. Ook laten ze zien welke goede manieren er zijn om medewerkers te betrekken. We delen goede voorbeelden en organiseren diverse bijeenkomsten via het Actie Leer Netwerk. We zetten stevig in op de aanpak van regeldruk met het programma (Ont)Regel de Zorg. Doel hiervan is het verminderen van de ervaren regeldruk met als gevolg meer werkplezier voor de zorgprofessional. Over de voortgang van het programma (Ont)Regel de Zorg informeer ik u binnenkort. We vragen de Commissie Werken in de Zorg om in het najaar te monitoren of het behoud van medewerkers in de regio's ook echt al goed wordt opgepakt, ook samen met de medewerkers. Deze toets is niet vrijblijvend, en kan er in het uiterste geval toe leiden dat de scholingsmiddelen SectorplanPlus tijdelijk worden aangehouden.

Vraag 890

Bij hoeveel en bij welke zorgopleidingen is er een numerus fixus van toepassing?

Antwoord:

Voor de door VWS bekostigde opleidingen (zoals de medisch specialistische vervolgoopleidingen en de opleidingen tot verpleegkundig specialist en physician assistant) zijn die er niet. Het aantal benodigde opleidingsplaatsen voor deze opleidingen worden geraamd door het Capaciteitsorgaan. Deze ramingen worden elk paar jaar worden geactualiseerd en vormen het uitgangspunt voor het aantal opleidingsplaatsen dat door VWS wordt bekostigd. Voor de initiële opleidingen op het terrein van zorg en welzijn verwijs ik u naar de Minister van OCW.

Vraag 891

Zijn er in de cao's in de zorg ook bepalingen opgenomen voor het belonen van het uitbreiden van arbeidsduur?

Antwoord:

In cao's wordt een veelheid aan afspraken omtrent belonen, arbeidstijden en contracten tussen werkgevers en werknemers vastgelegd. Algemeen geldt dat indien de arbeidsduur van een zorgmedewerker wordt uitgebreid deze meer loon ontvangt.

Bepalingen over de omvang van contracten komen voor in cao's. Zo is bij het recent bereikte onderhandelaarsakkoord voor de cao-gehandicaptenzorg afgesproken dat «indien een deeltijdwerker over een referteperiode van een jaar gemiddeld meer dan 10% boven zijn contractueel overeengekomen arbeidsduur werkt, de werkgever hem een contract aanbiedt waarin deze meer gewerkte uren zijn verdisconteerd».

VWS heeft geen rol in de totstandkoming van cao's en houdt verder geen integraal overzicht bij van bepalingen in cao's.

Vraag 892

Wat zijn de meest recente cijfers van het aantal verzoeken om uitbreiding van de arbeidsduur en afwijzingen en toekenning daarvan?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar over hoeveel medewerkers hun contractomvang met 1 uur hebben verhoogd naar aanleiding van het actieprogramma werken in de zorg.

Vraag 893

Heeft er gesprek plaatsgevonden met werkgevers en werknemers in de zorg over de mogelijkheden om de arbeidsduur uit te breiden?

Antwoord:

In kader van het actieprogramma *Werken in de Zorg* vindt regelmatig overleg plaats over onder andere de mogelijkheden om de arbeidsduur uit te breiden. We zien dat werkgevers op dit terrein nog veel van elkaar kunnen leren. Hierop zetten we in met het Actieleernetwerk. Hiermee delen we voorbeelden en ondersteuning aan werkgevers die hiermee verder willen. Een goed voorbeeld is het initiatief van McKinsey om via «living labs» met een aantal zorgorganisaties aan de slag te gaan. Dit najaar komt het kabinet met een reactie op een interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) naar deeltijdwerk. Dit onderzoek doet een aantal aanbevelingen op basis van een analyse van de oorzaken van het vele deeltijdwerken in Nederland, en de belemmeringen die er zijn om meer (of minder) te gaan werken.

Vraag 894

Op welke manier stimuleert het actieprogramma Werken in de Zorg de uitbreiding van arbeidsduur?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 893.

Vraag 895

In hoeverre is de doelstelling van de wet BIG gelijk aan die van de nieuwe wet (in de volksmond BIG II)?

Antwoord:

Zoals ik in de beantwoording van Kamervragen heb aangegeven (Aanhangsel Handelingen 2018–19, nr. 2019D33691) is de wens vanuit de beroepsgroep om een onderscheid te maken tussen de mbo- en de hbo-opgeleide verpleegkundige ingegeven vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg ten behoeve van de patiëntveiligheid. De Wet BIG heeft tot doelstelling om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en te bewaken en de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren. In zoverre komen beide doelstellingen overeen.

Vraag 896

In hoeverre is het Zorginstituut Nederland op dit moment een geschikt orgaan om een adviestaak uit te voeren voor het beoordelen van aanvragen voor beroepen regulering?

Antwoord:

Aangezien de aanvragen voor beroepenregulering in de Wet BIG de afgelopen jaren zijn toegenomen en om de beoordeling van nieuwe aanvragen verder te professionaliseren, heb ik het Zorginstituut gevraagd een adviestaak uit te voeren.

Het Zorginstituut heeft hiervoor de expertise, dan wel een netwerk waarin deze expertise snel bij elkaar gebracht kan worden. Belangrijke aspecten zijn ook de noodzakelijke specifieke kennis van en contacten met de beroepen- en opleidingenstructuur. Deze taak sluit inhoudelijk ook aan bij de taakomschrijving van het Zorginstituut, waarin de bevoegdheid is

opgenomen advies uit te brengen over de uitvoerbaarheid, doeltreffendheid en doelmatigheid van voorgenomen beleid over vernieuwing en verbetering van beroepen en opleidingen in de zorg.

Vraag 897

Wie zijn de voor- en tegenstanders van de regulering van de regieverpleegkundige in de Wet BIG?

Antwoord:

Op dit moment is prof. dr. A.H.G. Rinnooy Kan aan het verkennen welke vervolgstappen wenselijk zijn ten aanzien van het wetsvoorstel BIG II. Onderdeel van die verkenning is dat hij bij partijen uitvraagt in hoeverre er nog draagvlak is voor het wetsvoorstel BIG II voor wat betreft het onderdeel regieverpleegkundige. De resultaten van de verkenning worden begin oktober 2019 verwacht. Daarna zal de Tweede Kamer worden geïnformeerd over de resultaten van de verkenning.

Vraag 898

Wat is het aantal beoogde deelnemers en hoe is dit berekend, aangezien wordt aangegeven dat de budgetten voor de Maatschappelijke diensttijd samenhangen met het beoogd aantal deelnemers?

Antwoord:

Met het beoogde aantal deelnemers wordt bedoeld het aantal deelnemende jongeren dat door de projecten vooraf wordt ingeschat. Vanuit het totaal van alle gehonoreerde projecten komt zo een totaal van ingeschatte aantal deelnemers. Aan de hand van de verstrekte subsidies is hiermee een gemiddeld bedrag per deelnemende jongere te bepalen. Aangezien MDT een groeimodel is waarbij met proeftuinen met name wordt onderzocht welk ontwerp het beste aansluit bij de behoeften van jongeren en aanbieders richt ik mij voornamelijk niet op aantallen deelnemers. Wanneer we het hebben over succes van MDT vind ik dat niet het aantal deelnemers de succesfactor is, maar de maatschappelijke impact die met MDT wordt bereikt. Ik streef ernaar om die zo groot mogelijk te laten zijn. Vanuit het begeleidend onderzoek komen hierover gegevens beschikbaar. Daarnaast werk ik samen met het CBS om deze maatschappelijke impact te meten.

Vraag 899

Hoeveel geld is er gemoeid met de invoering van de nieuwe Wet BIG?

Antwoord:

Zie antwoord vraag 305.

Vraag 900

Hoeveel procent van de beoogde € 100 miljoen investering in het jaar 2020 in de Maatschappelijke diensttijd is juridisch verplicht en kunt u dit specificeren?

Antwoord:

Van de beoogde € 100 miljoen is 90% juridisch verplicht; dit betreft € 85 miljoen voor MDT-projecten (opgenomen in opdrachtbriefven ZonMw) en € 5 miljoen voor uitvoeringskosten ZonMw (opgenomen in opdrachtbriefven ZonMw) en uitvoeringskosten van het kernteam MDT (lopende verplichtingen subsidies, opdrachten en personeel). Om toe te werken naar een financieel duurzaam MDT wil ik met private partijen, zoals (vermogens) fondsen de mogelijkheden voor samenwerking en andere en/of innovatieve vormen van financiering, zoals resultaatfinanciering verkennen. Hiervoor reserveer ik de resterende € 10 miljoen.

Vraag 901

Kunt u aangeven wie of welk orgaan toezicht zal houden op het versnellen van digitalisering in de zorg? Welke rol krijgen zorginstellingen hierin?

Antwoord:

In de aanpak van de digitalisering is voor mij het vertrekpunt dat er consensus bestaat tussen zorgprofessionals over het zorgproces en de digitalisering van een gegevensuitwisseling daarbinnen. Via het programma gegevensuitwisseling wordt in gezamenlijkheid gewerkt aan een wettelijke verplichting op gestandaardiseerde gegevensuitwisseling tussen zorgverleners. Na het vaststellen van overeenstemming binnen het veld, zal ik gegevensuitwisselingen aanwijzen die vanaf een bepaald moment verplicht elektronisch moeten verlopen. De wet zal bepalingen bevatten die het mogelijk maken dat bij lagere regelgeving een gegevensuitwisseling kan worden aangewezen die vanaf een bepaalde datum verplicht elektronisch dient te verlopen, gebruik makend van specifieke standaarden voor taal en techniek.

Wat betreft het toezicht hierop is er niet één orgaan dat dit regelt, en dat zal ook nooit zo zijn. Op de kwaliteit van zorg is het de IGJ die toezicht houdt op zorgverleners en -aanbieders. Daarnaast vind ik het ook belangrijk dat zorgaanbieders kunnen kiezen tussen verschillende leveranciers, zodat een zorgverlener het best passende product en/of dienst af kan nemen. Met de wet wil ik daarom ook technische eisen stellen aan IT-systemen die gebruikt worden bij gegevensuitwisseling in de zorg. Dat gebeurt in de vorm van normen. Ik wil de naleving hiervan borgen via certificering door geaccrediteerde instellingen. Door de eisen via een normalisatieproces tot stand te laten komen benut ik ook de innovatiekracht van het zorgveld en van de leveranciers bij de technische uitwerking. Zorginstellingen krijgen dus een rol in het vormgeven van de normen.

Vraag 902

Verklaart de samenvoeging («In de begroting 2020 zijn alle activiteiten met betrekking tot opleidingen, beroepenstructuur en arbeidsmarkt samengebracht. In de begroting 2019 waren dit nog afzonderlijke posten zoals: stageplaatsen zorg, stagefonds, opleiding tot verpleegkundig specialist, kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg en arbeidsmarktagenda») de stijging van € 113.400 in het budget van de subsidies (aangezien dit in het jaar 2019 € 420.941 was en in het jaar 2020 dit € 534.341 wordt)? Of wordt er ook extra geïnvesteerd in de subsidies voor opleidingen? Zo ja, waar en hoeveel precies?

Antwoord:

De stijging van dit budget kan grotendeels verklaard worden door extra beschikbare middelen voor Sectorplanplus in 2020. Daarnaast betreft het ophogingen van de instellingssubsidie voor de SBOH en diverse andere subsidieregelingen vanwege tariefindexatie.

Vraag 903

Klopt het dat het bedrag – in het jaar 2020 is in totaal een bedrag van € 38 miljoen beschikbaar – hetzelfde is als vorig jaar terwijl er meer beschikbare plaatsen zijn, aangezien de verwachting is dat in het jaar 2020 de maximaal beschikbare instroom van 700 benut zal worden door de PA's en verpleegkundig specialisten (VS's)?

Antwoord:

Het klopt dat het budget voor de opleiding tot PA en VS vorig jaar ook € 38 miljoen was. Niet iedereen die instroomt maakt de opleiding ook af. De gemiddelde uitval in de opleiding tot PA bedraagt 14%, in de opleiding

tot VS is dat 17%. Indien een student de opleiding niet afmaakt wordt een deel van de verleende subsidie teruggevorderd. Deze middelen worden ingezet om de incidentele verhoging te betalen.

Vraag 904

Komt er in het jaar 2020 extra financiering bij aangezien de instroom in het studiejaar 2019–2020 incidenteel is verhoogd met 90 opleidingsplaatsen voor PA's en VS's?

Antwoord:

Het betreft hier een eenmalige verhoging voor studiejaar 2019–2020. Voor de incidentele extra instroom van 90 plaatsen is voor de gehele opleidingsduur (2019–2022) plekken geld beschikbaar.

Vraag 905

Hoe worden de beschikbare middelen en opleidingsplaatsen verdeeld over de PA's en VS's?

Antwoord:

Uit cijfers van de hogescholen blijkt dat er in september 2019 271 PA's en 511 VS'en instromen, waarbij 16 plaatsen geormerkt zijn voor VS GGZ. Daarmee wordt het maximaal beschikbare aantal bekostigde opleidingsplaatsen nagenoeg geheel benut. De verdeling van opleidingsplaatsen gebeurt via de landelijke opleidingsoverleggen MANP (VS) en MPA (PA), waarin de hogescholen zijn vertegenwoordigd met een opleiding voor PA of VS. Er wordt in goed overleg onderling een verdeling gemaakt tussen het totale aantal op te leiden verpleegkundig specialisten en physician assistants en over de verdeling van deze plaatsen onder de hogescholen.

Vraag 906

Hoeveel hoger beroepsonderwijs (hbo)-verpleegkundigen zijn er in het jaar 2019 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

Eind oktober 2019 komen via nadere analyses op de werknemersenquête van het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) voor de eerste keer cijfers (peildatum: tweede kwartaal van 2019) beschikbaar die een schatting geven van de omvang van het aantal werkenden per beroep binnen de zorg. Deze worden door het CBS naar branche en waar mogelijk naar subbranche weergegeven. In de volgende voortgangsrapportage van het actieprogramma Werken in de zorg die ik uw Kamer in het laatste kwartaal van 2019 zal sturen, zal ik deze cijfers opnemen.

Vraag 907

Hoeveel middelbaar beroepsonderwijs (mbo)-verpleegkundigen zijn er in het jaar 2019 werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord:

Aantal mbo-verpleegkundigen niveau 4 werkzaam in de zorg op 31-12-2017, naar branche

Branche	
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	162054

Eind oktober 2019 komen via nadere analyses op de werknemersenquête van het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) voor de eerste keer cijfers (peildatum: tweede kwartaal van 2019) beschikbaar die een schatting geven van de omvang van het aantal werkenden per beroep binnen de zorg. Deze worden door het CBS naar branche en waar mogelijk naar subbranche weergegeven. In de volgende voortgangsrapportage van het actieprogramma Werken in de zorg die ik uw Kamer in het laatste kwartaal van 2019 zal sturen, zal ik deze cijfers opnemen.

Vraag 908

Hoeveel wijkverpleegkundigen zijn er in het jaar 2019 werkzaam in de thuiszorg?

Antwoord:

Eind oktober 2019 komen via nadere analyses op de werknemersenquête van het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) voor de eerste keer cijfers (peildatum: tweede kwartaal van 2019) beschikbaar die een schatting geven van de omvang van het aantal werkenden per beroep binnen de zorg. Voor de thuiszorg zal een schatting van de omvang van het aantal wijkverpleegkundigen worden gegeven. In de volgende voortgangsrapportage van het actieprogramma Werken in de zorg die ik uw Kamer in het laatste kwartaal van 2019 zal sturen, zal ik deze cijfers opnemen.

Vraag 909

Hoeveel verzorgenden IG zijn er in het jaar 2019 werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord:

Het is niet specifiek bekend hoeveel verzorgenden IG er werkzaam zijn in 2019 in de zorg. Wel is er zicht op het totaal aantal verzorgenden in de zorg op 31-12-2017:

Aantal verzorgenden niveau 3 werkzaam in de zorg op 31-12-2017

Branche	
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

Eind oktober 2019 komen via nadere analyses op de werknemersenquête van het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) voor de eerste keer cijfers (peildatum: tweede kwartaal van 2019) beschikbaar die een schatting geven van de omvang van het aantal werkenden per beroep binnen de zorg. Deze worden door het CBS naar branche en waar mogelijk naar subbranche weergegeven. In de volgende voortgangsrapportage van het actieprogramma Werken in de zorg die ik uw Kamer in het laatste kwartaal van 2019 zal sturen, zal ik deze cijfers opnemen.

Vraag 910

Hoeveel verzorgenden zijn er in het jaar 2019 werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord:

Aantal verzorgenden niveau 3 werkzaam in de zorg op 31-12-2017

Branche	
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

Eind oktober 2019 komen via nadere analyses op de werknemersenquête van het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) voor de eerste keer cijfers (peildatum: tweede kwartaal van 2019) beschikbaar die een schatting geven van de omvang van het aantal werkenden per beroep binnen de zorg. Deze worden door het CBS naar branche en waar mogelijk naar subbranche weergegeven. In de volgende voortgangsrapportage van het actieprogramma Werken in de zorg die ik uw Kamer in het laatste kwartaal van 2019 zal sturen, zal ik deze cijfers opnemen.

Vraag 911

Hoeveel helpenden zijn er in het jaar 2019 werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord:

Aantal helpenden zorg en welzijn (niveau 2) werkzaam in de zorg op 31-12-2017

Branche	
UMC's	161
Algemene en overige ziekenhuizen	1.285
Geestelijke gezondheidszorg	544
Verpleging, verzorging en thuiszorg	28.112
Gehandicaptenzorg	4103
Huisartsenzorg en gezondheidscentra	0
Overige zorg	2.528
Welzijn en maatschappelijke dienstverlening	317
Jeugdzorg	0
Totaal	37.050

Eind oktober 2019 komen via nadere analyses op de werknemersenquête van het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) voor de eerste keer cijfers (peildatum: tweede kwartaal van 2019) beschikbaar die een schatting geven van de omvang van het aantal werkenden per beroep binnen de zorg. Deze worden door het CBS naar branche en waar mogelijk naar subbranche weergegeven. In de volgende voortgangsrapportage van het actieprogramma Werken in de zorg die ik uw Kamer in het laatste kwartaal van 2019 zal sturen, zal ik deze cijfers opnemen.

Vraag 912

Hoeveel alfa-hulpverleners zijn er in het jaar 2019 werkzaam in de zorg?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar over het aantal alfa-hulpverleners werkzaam in de zorg.

Vraag 913

Hoeveel huishoudelijk verzorgenden zijn er in het jaar 2019 werkzaam in de zorg?

Antwoord:

In de kwalificatiestructuur wordt onderscheid gemaakt tussen helpenden zorg en welzijn (niveau 2) en zorghulpverleners (niveau 1). De term huishoudelijk verzorgende wordt doorgaans gebruikt voor helpenden zorg en welzijn (niveau 2).

Aantal helpenden zorg en welzijn (niveau 2) en zorghulpverleners (niveau 1) werkzaam in de zorg op 31-12-2017

Branche	helpende	zorghulp
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

Eind oktober 2019 komen via nadere analyses op de werknemersenquête van het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) voor de eerste keer cijfers (peildatum: tweede kwartaal van 2019) beschikbaar

die een schatting geven van de omvang van het aantal werkenden per beroep binnen de zorg. Deze worden door het CBS naar branche en waar mogelijk naar subbranche weergegeven. In de volgende voortgangsrapportage van het actieprogramma Werken in de zorg die ik uw Kamer in het laatste kwartaal van 2019 zal sturen, zal ik deze cijfers opnemen.

Vraag 914

Hoeveel medisch specialisten, uitgesplitst per beroep zijn er in het jaar 2019 werkzaam in de zorg?

Antwoord:

Aantal geregistreerde en aantal werkzamen per specialisme per 1 januari 2019

Specialisme	Aantal geregistreerden	Aantal werkzamen
Anesthesiologie	2.097	1.726
Cardiologie	1.266	1.113
Cardio-thoracale chirurgie	154	133
Dermatologie en venerologie	663	584
Heelkunde	1.536	1.344
Interne geneeskunde	2.588	2.302
Keel-neus-oorheelkunde	610	522
Kindergeneeskunde	1.708	1.479
Klinisch fysica	437	420
Klinische chemie	305	293
Klinische genetica	172	160
Klinische geriatrie	320	288
Longziekten en tuberculose	766	693
Maag-darm-leverziekten	631	548
Medische microbiologie	332	302
Neurochirurgie	183	151
Neurologie	1.109	1.010
Obstetrie en gynaecologie	1.228	1.075
Oogheelkunde	818	684
Orthopedie	894	785
Pathologie	511	439
Plastische chirurgie	382	317
Psychiatrie	3.782	3.336
Radiologie incl. nucl. geneeskunde	1.636	1.402
Radiotherapie	357	311
Reumatologie	371	317
Revalidatiegeneeskunde	644	583
Spoedeisende geneeskunde	582	567
Sportgeneeskunde	152	145
Urologie	508	442
Ziekenhuisfarmacie	570	570
Ziekenhuisgeneeskunde	26	26
Totaal	27.338	24.067

Vraag 915

Hoeveel verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen zijn er werkzaam in 2019?

Antwoord:

Per 1 januari 2016 waren 3.221 verloskundigen werkzaam in de zorg (NIVEL). Het aantal kraamverzorgenden was in 2018 9.118 (Pensioenfonds Zorg en Welzijn) en in 2019 waren er 1.075 gynaecologen werkzaam (Capaciteitsorgaan).

Vraag 916

Hoeveel huisartsen zijn er in het jaar 2019 werkzaam in de zorg?

Antwoord:

Op 1 januari 2019 is het aantal werkzame huisartsen naar schatting 12.766.

Vraag 917

Hoeveel verpleeghuisartsen zijn er in het jaar 2019 werkzaam in de zorg?

Antwoord:

Er zijn per 1-1-2019 1.672 specialisten ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts is verouderde terminologie) werkzaam.

Vraag 918

Hoeveel nurse practitioners en physician assistants zijn er in het jaar 2019 werkzaam in de zorg?

Antwoord:

Op 1 januari 2019 waren er 1207 afgestudeerde physician assistants en 3168 afgestudeerde nurse practitioners. Er zijn echter geen recente gegevens die laten zien of al deze mensen werkzaam zijn in de zorg. Uit eerdere monitoringonderzoeken (2008 en 2010) van het Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt bleek wel dat ruim 90% van de afgestudeerde physician assistants en verpleegkundig specialisten na hun studie ook een baan kregen als physician assistant en verpleegkundig specialist. In de meeste gevallen bleven zij na afronding van hun opleiding ook bij de instelling werken waar zij zijn opgeleid, en kregen dan ook een volledige aanstelling.

Vraag 919

Hoeveel anesthesisten zijn er in het jaar 2019 werkzaam in de zorg?

Antwoord:

Het aantal werkzame anesthesisten per 1 januari 2019 bedraagt 1.726.

Vraag 920

Hoeveel zelfstandigen zonder personeel (ZZP'ers) werken jaarlijks in de zorg per sector? Kan een overzicht gegeven worden van de jaren 2015 tot en met 2019?

Antwoord:

In onderstaande tabel is het aantal zzp'ers in de zorg per sector weergegeven. Hierbij gaat het om het aantal mensen dat hoofdzakelijk als zzp'er werkt. Zorgverleners die naast hun hoofdbaan als werknemer ook nog als zzp'er werken worden hierbij niet meegenomen. Over 2019 zijn nog geen gegevens beschikbaar.

Perioden	2015	2016	2017	2018
Positie in de werkring	zzp	zzp	zzp	zzp
AZW branches	x 1.000	x 1.000	x 1.000	x 1.000
Universitair medische centra	1	1	0	1
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	7	7	8	9
Geestelijke gezondheidszorg	13	13	13	13
Huisartsen en gezondheidscentra	5	4	4	6
Overige zorg en welzijn	39	33	37	40
Verpleging, Verzorging en Thuiszorg	13	12	14	12
Gehandicaptenzorg	3	3	3	4
Jeugdzorg	2	1	2	1
Sociaal werk	5	6	5	5
Zorg en welzijn	87	79	85	91

Bron: CBS, AZWStatline

Vraag 921
Wat kosten de ZZP'ers jaarlijks?

Antwoord:

Er is geen overzicht van de jaarlijkse totale kosten van zzp'ers in de zorg. Het onderzoek naar flexwerkers in de zorg zal eind dit jaar inzicht verschaffen in de verhouding van flexwerkers tot het aantal medewerkers in vaste dienst, en daarmee tot het instellingsbudget. Overigens kunnen niet alle kosten van de inzet van zzp'ers, of in bredere zin flexwerkers, als negatieve tegenstelling van baten worden gezien. In bepaalde zorgsectoren is de inzet van zzp'ers immers essentieel om kwalitatief goede zorg te kunnen verlenen. In veel zorgorganisaties bestaat gezien de aard van het werk bovendien behoefte aan een flexibele schil.

Vraag 922
Hoeveel bemiddelingsbureaus zijn er in Nederland die ZZP'ers inzetten voor de zorg?

Antwoord:

Hierover zijn geen recente cijfers beschikbaar. Uit een rapport van onderzoeksbureau Panteia uit 2016⁴⁸ blijkt dat er ongeveer 250 bedrijven actief zijn die zzp'ers ondersteunen met opdrachtbemiddeling. Volgens Panteia is er sprake van een bemiddelingsfunctie die altijd onderdeel vormt van een breder dienstenpakket waarmee wordt geprobeerd de zorg zo goed mogelijk te laten aansluiten op de verwachtingen van degene die de zorg inhuurt. De diensten van bemiddelingsbureaus hebben daardoor veel verwantschap met uitzendbureaus of met zorgverleners zoals thuiszorginstellingen. Onder de 250 bemiddelaars zijn dan ook hybride organisaties.

Vraag 923
Hoeveel mondhygiënisten werken er in Nederland?

Antwoord:

De exacte aantallen van werkzame mondhygiënisten 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 mondhygiënisten eind 2018 is 3.823 (Tussentijds advies tandartsen/ mondhygiënist, Capaciteitsorgaan januari 2019).

Vraag 924
Hoeveel tandartsen zijn er in Nederland werkzaam? Kunt u dit uitsplitsen naar zowel Nederlandse als buitenlandse tandartsen?

Antwoord:

In 2017 waren er 7.975 tandartsen **werkzaam** in Nederland (Staat van Volksgezondheid en Zorg). Dit is het meest actuele cijfer over het aantal **werkzame** tandartsen. Voor wat betreft **registraties** staan er op 2 september 2019 11.438 tandartsen in het BIG-register met een actieve BIG-registratie. In Nederland zijn er 9.644 tandartsen met een actieve BIG-registratie die een Nederlandse nationaliteit hebben en 1.795 tandartsen met een niet-Nederlandse nationaliteit. Het aantal daadwerkelijk werkzame tandartsen wordt niet apart geregistreerd.

⁴⁸ Opdrachtbemiddeling in de zorg, onderzoek onder bemiddelaars en zzp'ers, 22 september 2016

Vraag 925

Hoeveel tandartsen zijn er in de jaren 2018 en 2019 nieuw opgeleid?
Hoeveel zijn er vanuit het buitenland ingestroomd in de Nederlandse arbeidsmarkt?

Antwoord:

In 2018 zijn er 229 tandartsen met een Nederlands diploma BIG-geregistreerd in Nederland en 60 tandartsen met een niet-Nederlands diploma. In 2019 zijn er 224 tandartsen met een Nederlands diploma BIG-geregistreerd in Nederland en 126 tandartsen met een niet-Nederlands diploma.

Vraag 926

Hoeveel opleidingsplaatsen zijn er in het jaar 2019 bijgekomen, uitgesplitst naar artsen, medisch specialisten, verpleegkundig specialisten en physician assistants?

Antwoord:

Onderstaand schema toont het verloop van de diverse groepen.

Opleidingsplaatsen 2018 t/m 2020

	2018	2019	2020
Artsen	2.785	2.785	2.785
Medisch specialist	1.175	1.225	1.216
Verpleegkundig specialisten en physician assistants	700	700	790 ¹

¹ Betreft instroom studiejaar 2019–2020

Vraag 927

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 928

Hoeveel buitenlandse zorgverleners zijn geweigerd om in Nederland te komen werken omdat zij niet voldoen aan de eisen?

Antwoord:

Er zijn in 2018 in totaal 189 aanvragen van buitenlands gediplomeerde zorgverleners om erkenning van hun beroepskwalificatie of BIG-registratie afgewezen, omdat zij niet voldeden aan de eisen van de Wet BIG. In 2019 bedraagt het aantal afgewezen aanvragen tot dusver 98.

Vraag 929

Uit welke landen wordt buitenlands personeel aangetrokken om te werken in de zorg in Nederland?

Antwoord:

Het aantrekken van buitenlands zorgpersoneel wordt vanuit VWS niet actief gestimuleerd of gefaciliteerd, maar het staat zorginstellingen vrij om zorgverleners uit het buitenland aan te nemen, mits die aan alle eisen voldoen. Buitenlands gediplomeerden moeten, om in Nederland aan het werk te kunnen als zorgverlener, erkenning van hun beroepskwalificaties aanvragen. De buitenlands gediplomeerden die in 2018 en 2019 een aanvraag tot erkenning en/of BIG-registratie hebben ingediend hebben hun diploma behaald in 43 verschillende landen, zowel binnen als buiten de EER. De meeste aanvragen betreffen zorgverleners met een diploma

behaald in België, Duitsland, Griekenland, Verenigd Koninkrijk, Hongarije, Italië, Polen, Portugal, Roemenië en Spanje.

Vraag 930

Hoeveel waarschuwingen heeft Nederland ontvangen en gegeven aan andere lidstaten over zorgverleners die niet meer mogen werken vanwege eerdere incidenten?

Antwoord:

Nederland heeft in 2018 via het Europese waarschuwingssysteem 33 beroepsbeperkingen en -verboden aan de andere lidstaten gemeld. In 2019 ging het tot dusver om 23 meldingen. Er zijn in 2018 10.668 meldingen ontvangen van andere lidstaten, in 2019 waren er dat tot dusver 8.762.

Vraag 931

Welke besparing op personeelskosten moet buitenlands personeel opleveren in verhouding tot Nederlands personeel?

Antwoord:

Op grond van Europese regelgeving betreffende het vrij verkeer van werknemers en het vrij verkeer van diensten kunnen Europese zorgverleners in Nederland zorg verlenen. Voor buitenlandse zorgverleners, ook vanuit buiten de EU, die in Nederland werken geldt de Nederlandse arbeidswetgeving, waar het gaat om het salaris. Voor zorgverleners die vallen onder artikel 3 van de wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG), zoals verpleegkundigen en artsen, geldt bovendien de eis om de Nederlandse taal te spreken. Er is wat ons betreft geen relatie tussen de inzet van buitenlands personeel en een besparing op personeelskosten.

Vraag 932

Hoeveel zorgverleners hebben een beroepsverbod gekregen?

Antwoord:

Van 1 januari 2019 tot en met 25 september 2019 zijn 22 bevoegdheidsbeperkende maatregelen aangetekend in het BIG-register. Het betreft doorhalingen, schorsingen en gedeeltelijke bevoegdheidsbeperkingen.

Vraag 933

Hoe hoog is het ziekteverzuim onder zorgverleners, uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord:

De meest recente, voorlopige, ziekteverzuimcijfers op CBS/AZW StatLine geven de ziekteverzuimpercentages over het eerste kwartaal 2019. Daarbij de kanttekening dat binnen een kalenderjaar de cijfers over het eerste kwartaal traditioneel het hoogst zijn (o.a. door de griep) en boven het gemiddelde ziekteverzuimcijfers over gehele kalenderjaar uitkomen.

Perioden	2019 1e kwartaal*
AZW branches	%
Universitair medische centra	5,5
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	5,5
Geestelijke gezondheidszorg	6,3
Huisartsen en gezondheidscentra	3,5
Overige zorg en welzijn	3,9
Verpleging, verzorging en thuiszorg	7,3
Gehandicaptenzorg	6,9
Jeugdzorg	6,3
Sociaal werk	6,4
<i>Bron: CBS</i>	

Vraag 934

Wat is de gemiddelde uittreedleeftijd van zorgverleners, uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord:

We beschikken niet over gegevens over de gemiddelde leeftijd waarop zorgverleners de zorgsector verlaten. Wel heb ik naar aanleiding van de vraag van het lid Sazias in de tweede termijn van het Algemeen Overleg arbeidsmarkt in de zorg van 4 juli jl. over de leeftijd van medewerkers die de zorg verlaten, het CBS gevraagd om cijfers over welk deel van de werknemers de zorg uit stroomt per leeftijdscategorie. In de volgende voortgangsrapportage van het Actieprogramma Werken in de zorg die u in het laatste kwartaal van 2019 ontvangt, zal ik hierover rapporteren.

Vraag 935

In welke regio's is er een tekort aan zorgpersoneel? Aan welk zorgpersoneel is dat?

Antwoord:

In alle regio's is in meer of mindere mate sprake van een tekort aan zorgpersoneel. Dit betreft in absolute zin voornamelijk verzorgenden (IG) en verpleegkundigen (mbo, hbo en gespecialiseerd) en in relatieve zin ook begeleiders in de GGZ en Gehandicaptenzorg, gedragsdeskundigen (ondermeer gz-psychologen) en een aantal specifieke medisch specialisten (ondermeer specialist ouderengeneeskunde en de SEH-arts).

Vraag 936

Hoeveel mensen zijn geregistreerd onder de wet BIG en hoeveel mensen zijn dit per beroepsgroep?

Antwoord:

Beroepsgroep ¹	Aantallen
Apothekers	5.673
Artsen	72.191
Bachelor Medisch Hulpverleners	164
Fysiotherapeuten	34.753
Gz-psychologen	15.837
Physician assistants	1.238
Psychotherapeuten	4.926
Tandartsen	11.438
Verloskundigen	4.350
Verpleegkundigen	192.555
	343.125

¹ Aantal registraties per 2 september 2019.

Vraag 937

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 938

Welke maatregelen treft u om de agressie tegen hulpverleners in de zorg aan te pakken?

Antwoord:

Van 2012 tot 2017 is door de sociale partners in de zorg met de Ministeries van VWS, SZW en JenV⁴⁹ met het actieplan Veilig Werken in de Zorg ingezet op het creëren van een veiliger werkklimaat in de zorg. In het actieplan zijn diverse maatregelen en verbeterpunten voor organisaties geformuleerd. Inmiddels bevatten de arbocatalogi van de meeste branches richtlijnen voor organisaties over hoe om te gaan met agressie. In verschillende branches heeft het actieplan geleid tot aanvullende initiatieven. Voor de gehandicaptenzorg werken de sociale partners bijvoorbeeld aan een aanpak ter versteviging van het organisatieklimaat om zo de veiligheid te vergroten. Regioplus organiseert daarnaast, met steun van VWS, jaarlijks grote bijeenkomsten voor onder andere agressiecoaches om hen te ondersteunen. Dat agressie in de sector zorg en welzijn nog steeds veel voorkomt, laat ook zien dat het thema voortdurend aandacht nodig heeft, ook voor de sector als geheel. De sociale partners komen daarom – in overleg met VWS – uiterlijk begin volgend jaar met een voorstel voor aanvullende maatregelen.

Vraag 939

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. Voor het huidige studiejaar (studiejaar 2019/2020) hebben alle hogescholen hun numerus fixus laten vallen voor de voltijds opleidingsvariant. Alleen de Hanzehogeschool maakt nog gebruik van een numerus

⁴⁹ Betrokken sociale partners waren: ActiZ, ZorgThuisNL, NVZ, NFU, VGN, GGZ Nederland, Jeugdzorg Nederland, NU»91, FNV, CNV Publieke Taak, FBZ.

fixus voor studiejaar 2019/2020. Bij de 16 hogescholen waar geen fixus gold, kunnen kandidaat-studenten, mits voldaan aan de vooropleidings-eisen, beginnen zonder selectie.

Vraag 940

Zijn er wachtlijsten voor andere zorgberoepen? Zo ja, welke? Hoe lang bedraagt de wachttijd gemiddeld?

Antwoord:

Bij opleidingen kunnen er meer belangstellenden dan beschikbare opleidingsplaatsen. Daar kan dan sprake zijn van wachttijden. Daar bestaat echter geen inzicht in, omdat daarover geen informatie wordt verzameld.

Vraag 941

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. De aantallen opleidingsplekken in Nederland voor gesubsidieerde vervolgopleidingen in de zorgsector in 2020 zijn in onderstaande tabel weergegeven.

Opleiding	Aantal plaatsen
Huisarts	750 ¹
Medisch specialist	1.216 ¹
Arts spoedeisende hulp (SEH-arts)	30 ¹
Specialist ouderengeneeskunde	186 ¹
Arts verstandelijk gehandicapten	24 ¹
Sociaal geneeskundigen	56 ²
GGZ	1367 ¹
Verpleegkundig specialisten, physician assistants	790 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 942

Hoeveel zorgverleners zijn in het jaar 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. In algemene zin zien we dat sinds 2016 de werkgelegenheid – net als de zorguitgaven – sterk toeneemt. Dit is terug te zien in de werkgelegenheidscijfers. Het aantal werknemers in zorg en welzijn is sinds 2016 gestegen van 1.131.400 (1^e kwartaal 2016) naar 1.214.400 (1^e kwartaal 2019).

Vraag 943

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 944

Hoeveel werkzoekenden zijn er in de zorg per sector en functieniveau?

Antwoord:

Bij het UWV stonden in mei 2019 in totaal 79.977 mensen met een zorg- of welzijnsachtergrond ingeschreven als werkzoekend, waarvan 54.146 zonder dienstverband en 25.731 met dienstverband. In onderstaande tabel is een onderverdeling naar opleidingsniveau weergegeven.

Over werkzoekenden met een dienstverband is niet bekend in welke (zorg)sector of in welke functie ze werken.

	Werkzoekenden zonder dienst- verband	Werkzoekenden met dienstverband
Lager opgeleiden (zonder startkwalificatie)	20.484	5.968
Middelbaar opgeleiden (mbo 2, 3, 4 en havo/vwo)	18.960	10.203
Hoger opgeleiden (HBO of WO)	12.942	8.336
Opleidingsniveau onbekend	1.760	1.224
Totaal	54.146	25.731

Bron: UWV

Vraag 945

Wat is de loonontwikkeling van inservice-verpleegkundigen sinds het jaar 2010?

Antwoord:

De loonontwikkeling van inservice-verpleegkundigen is niet te bepalen. Deze hangt af van de feitelijke functie die een inservice-verpleegkundige vervult, alsmede van factoren als leeftijd en ervaring en incidentele loonontwikkeling. Algemeen geldt dat de loonontwikkeling van de zorgmedewerkers die van de cao's volgt. Tussen 2010 en 2018 bedraagt de contractloonontwikkeling in zorg en welzijn 11,9%.

Vraag 946

Wat is de loonontwikkeling van mbo-verpleegkundigen sinds het jaar 2010?

Antwoord:

De loonontwikkeling van mbo-verpleegkundigen is niet te bepalen. Deze hangt af van de feitelijke functie die een mbo-verpleegkundige vervult, alsmede van factoren als leeftijd en ervaring en incidentele loonontwikkeling.

Algemeen geldt dat de loonontwikkeling van de zorgmedewerkers die van de cao's volgt. Tussen 2010 en 2018 bedraagt de contractloonontwikkeling in zorg en welzijn 11,9%.

Vraag 947

Wat is de loonontwikkeling van hbo-verpleegkundigen sinds het jaar 2010?

Antwoord:

De loonontwikkeling van hbo-verpleegkundigen is niet te bepalen. Deze hangt af van de feitelijke functie die een hbo-verpleegkundige vervult, alsmede van factoren als leeftijd en ervaring en incidentele loonontwikkeling.

Algemeen geldt dat de loonontwikkeling van de zorgmedewerkers die van de cao's volgt. Tussen 2010 en 2018 bedraagt de contractloonontwikkeling in zorg en welzijn 11,9%.

Vraag 948

Wat is de loonontwikkeling van verzorgenden IG sinds het jaar 2010?

Antwoord:

De loonontwikkeling van verzorgenden IG is niet te bepalen. Deze hangt af van de feitelijke functie die een verzorgende IG vervult, alsmede van factoren als leeftijd en ervaring en incidentele loonontwikkeling.

Algemeen geldt dat de loonontwikkeling van de zorgmedewerkers die van de cao's volgt. Tussen 2010 en 2018 bedraagt de contractloonontwikkeling in zorg en welzijn 11,9%.

Vraag 949

Wat is de loonontwikkeling van verzorgenden sinds het jaar 2010?

Antwoord:

De loonontwikkeling van verzorgenden is niet te bepalen. Deze hangt af van de feitelijke functie die een verzorgende vervult, alsmede van factoren als leeftijd en ervaring en incidentele loonontwikkeling.

Algemeen geldt dat de loonontwikkeling van de zorgmedewerkers die van de cao's volgt. Tussen 2010 en 2018 bedraagt de contractloonontwikkeling in zorg en welzijn 11,9%.

Vraag 950

Wat is de loonontwikkeling van gespecialiseerde verpleegkundigen sinds het jaar 2010?

Antwoord:

De loonontwikkeling van gespecialiseerd verpleegkundigen is niet te bepalen. Deze hangt af van de feitelijke functie die een gespecialiseerd verpleegkundige vervult, alsmede van factoren als leeftijd en ervaring en incidentele loonontwikkeling.

Algemeen geldt dat de loonontwikkeling van de zorgmedewerkers die van de cao's volgt. Tussen 2010 en 2018 bedraagt de contractloonontwikkeling in zorg en welzijn 11,9%.

Vraag 951

Hoe verhoudt de loonontwikkeling van inservice-, mbo- en hbo-verpleegkundigen zich sinds het jaar 2010 ten opzichte van vergelijkbare beroepen in de niet-publieke sector? Kunt dit in kwalitatieve en kwantitatieve zin aangeven?

Antwoord:

De loonontwikkeling van afzonderlijke beroepsgroepen is niet te bepalen. Deze hangt onder meer af van de feitelijke functie die een gespecialiseerd verpleegkundige vervult, alsmede van factoren als leeftijd en ervaring en incidentele loonontwikkeling. Algemeen geldt dat de loonontwikkeling van de zorgmedewerkers die van de cao's volgt.

Tussen 2010 en 2018 bedraagt de contractloonontwikkeling in sector zorg en welzijn gemiddeld 11,9%. De contractloonontwikkeling in de markt-sector is in deze periode eveneens 11,9%.

De contractloonontwikkeling in de sector zorg en welzijn loopt dus in de pas met die in de marktsector.

Vraag 952

Wat wordt precies betaald met deze € 5 miljoen («Daarnaast wordt onderzoek gedaan naar de functiedifferentiatie van mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundigen. Hiervoor is € 5 miljoen beschikbaar voor de periode 2019 tot en met juni 2023»)»? Door wie wordt er onderzoek gedaan en wat is de vraagstelling die meegegeven is?

Antwoord:

Er wordt een wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd naar de effecten en implementatie van functiedifferentiatie bij verpleegkundigen. Dat dit onderzoek wordt uitgevoerd maakt onderdeel uit van de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg 2019–2022. Zie bijgaande link: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2018/06/04/bestuurlijk-akkoord-medisch-specialistische-zorg-2019-t-m-2022> op pagina 7.

Voor meer informatie over de inhoud van het programma en welke partijen daarbij betrokken zijn verwijs ik u naar de website van de NVZ. Zie daarvoor de volgende link: <https://nvz-ziekenhuizen.nl/nieuws/meerjarig-onderzoek-naar-functiedifferentiatie-verpleegkundigen-van-start>

Vraag 953

Kunt u bevestigen dat in de Jeugdwet is geregeld dat de wet binnen drie jaar geëvalueerd zou worden? Kunt u bevestigen dat de inmiddels uitgevoerde evaluatie enkel een eerste tussenevaluatie was? Herinnert u de aangenomen motie Van der Burg-Ypma, die verzoekt om na vijf jaar alsnog de reguliere evaluatie uit te voeren? Deelt u dat dit zou betekenen dat de reguliere evaluatie per eind 2019 of uiterlijk in het eerste kwartaal van het jaar 2020 gereed zou moeten zijn? Per wanneer is de reguliere evaluatie van de Jeugdwet gereed? Wat is de planning voor de reguliere evaluatie van de Jeugdwet?

Antwoord:

De Kamer heeft de evaluatie van de Jeugdwet op 30 januari 2018 ontvangen. Hiermee is voldaan aan de wettelijke opdracht ex artikel 12.2 Jeugdwet om binnen drie jaar na de inwerkingtreding van de wet de Kamer te informeren over de doeltreffendheid en de effecten van de wet in de praktijk. De oorspronkelijke termijn van 5 jaar was door aanname van een amendement van mevrouw Bergkamp in het najaar van 2013 teruggebracht naar 3 jaar. De Kamerleden Van der Burg en Ypma hebben in het VAO Jeugdhulp van 19 mei 2016 inderdaad bij motie gevraagd de evaluatie van de Jeugdwet na 3 jaar als een tussenevaluatie te beschouwen (TK 31 839, nr. 516). In reactie op de motie heeft de voormalig Staatssecretaris van VWS verwezen naar het huidige kabinet. Het kabinet voert voornoemde motie uit met deelonderzoeken die als een vervolg op de evaluatie van de Jeugdwet kunnen worden beschouwd. Zo heeft de Kamer juni 2019 de uitkomsten van het onderzoek naar de positie van de jeugd-ggz in het nieuwe stelsel van jeugdhulp ontvangen, als aanvulling op de evaluatie van de Jeugdwet. Op 24 april 2019 heeft de Kamer het verdiepend onderzoek jeugdontvangen naar de volumeontwikkeling jeugdhulp en de gemeentelijke tekorten. Met het programma Zorg voor de Jeugd, dat de Kamer april 2019 heeft ontvangen, geeft het kabinet vervolg aan de evaluatie van de Jeugdwet. De uitkomsten van dit programma worden gemonitord. De Kamer wordt periodiek over de voortgang geïnformeerd. De derde voortgangsrapportage ontvangt de Kamer begin november, tijdig voor het Wetgevingsoverleg Jeugd van 18 november 2019.

Vraag 954

Kunt u bevestigen dat 30% van het jeugdzorgbudget opgaat aan coördinatiekosten? Zo nee, om wat voor percentage gaat het dan? Wat is streefgetal, dat wil zeggen het maximaal te accepteren percentage, aan coördinatiekosten binnen de jeugdhulp?

Antwoord:

De 29% coördinatiekosten zijn afkomstig uit een benchmarkanalyse van consultant Berenschot, waarbij Berenschot onderscheid maakt tussen direct cliëntgebonden kosten en alle overige kosten die als coördinatiekosten worden samengevat.

De uitsplitsing die Berenschot maakt voor de coördinatiekosten bestaat uit de volgende onderdelen:

1. De kosten die het Rijk maakt (bijv. inspectie (IGJ));
2. De kosten die gemeenten maken (bijvoorbeeld voor de toegang tot zorg en inkoop);
3. De kosten die zorgaanbieders maken (bijvoorbeeld kantoorruimten, personele overhead, ICT).

De inschatting van Berenschot is gebaseerd op landelijk gemiddelden. Zo hebben we in de Tweede Kamer met elkaar geconstateerd dat we nog onvoldoende inzicht hebben in waar het jeugdhulpbudget precies aan uitgegeven wordt. Dit is ook mijn constatering bij de benchmarkanalyse van Berenschot. We moeten preciezer inzicht hebben om vast te kunnen stellen waar en hoe we (Rijk, gemeenten en aanbieders) winst kunnen boeken. Hiertoe wordt momenteel het diepteonderzoek «inzicht in besteding jeugdzorgmiddelen» uitgevoerd.

Er is niet bekend hoeveel FTE, gefinancierd vanuit de Jeugdwet, zich met zorgverlening c.q. niet met zorgverlening bezighoudt.

Vraag 955

Welke acties en onderzoeken heeft u uitgevoerd om de verantwoording van de uitgaven aan jeugdzorg, ook in relatie tot administratieve lasten, te verbeteren?

Antwoord:

Voor het beperken van de administratieve last is het belangrijkste dat gemeenten of regio's vooraf goede afspraken maken met veldpartijen over de ambities, geld, in te kopen jeugdhulp, interpretatie van het berichtenverkeer en ver

Antwoording. Als er sprake is van een gedeeld beeld kan vervolgens worden aanbesteed. Zowel het ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd, het programma inkoop in het sociaal domein en het project Informatievoorziening Sociaal domein van gemeenten en aanbieders kunnen ondersteunen.

Om de variatie aan inkoopafspraken te beperken zijn uitvoeringsvarianten en standaarden voor het berichtenverkeer gedefinieerd en het gebruik hiervan is in de Jeugdwet vastgelegd. Momenteel loopt het onderzoek «inzicht in besteding jeugdzorgmiddelen» dat aanvullende inzichten kan opleveren. Voor bestaande administratieve lasten (niet iedere gemeente koopt de jeugdhulp elk jaar opnieuw in) organiseert de speciaal adviseur administratieve lasten Rita Verdonk (landelijke) schrapessies. Dit alles vindt plaats in samenhang met het programma Ontregel de Zorg (ORDZ).

Vraag 956

Kunt u de uitgaven van de Jeugdzorg op een rij zetten van de jaren 2015 tot en met 2019?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 405.

Vraag 957

Waaruit is de 29% aan coördinatiekosten in de jeugdzorg opgebouwd? Hoeveel fte dat gefinancierd wordt uit de Jeugdwet houdt zich bezig met zorg? Hoeveel fte dat gefinancierd wordt uit de Jeugdwet houdt zich niet bezig met zorgverlening?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 954.

Vraag 958

Zijn er wachtlijsten bij jeugdinstellingen en jeugdreclassering? Zo ja, wat is de omvang van deze wachtlijsten?

Antwoord:
Er is geen landelijk beeld van de omvang van deze wachtlijsten. Het is echter wel bekend dat er zijn jeugdhulpaanbieders die een wachtlijst hebben. Dit kan zowel op het geheel van de organisatie zijn, als op specifieke onderdelen van het jeugdhulpaanbod van de betreffende aanbieder. Het is aan gemeenten, op regioniveau, om te zorgen dat wachtlijsten bij individuele aanbieders niet tot onverantwoord lange wachttijden voor jongeren leidt.

Vraag 959

Hoeveel kinderen maken gebruik van de jeugdzorg en jeugd-ggz?

Antwoord:
Zie antwoord op vraag 960 voor jeugdzorg. Er zijn geen cijfers beschikbaar voor jeugd GGZ.

Vraag 960

Hoeveel jeugdigen maken vanaf 2015 gebruik van de Jeugdwet in aantallen?

Antwoord:
In onderstaande tabel het aantal jeugdigen dat gebruik maakt van jeugdzorg. Dit behelst het totaal van jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering.

Perioden	2015	2016	2017	2018
Totaal jeugdzorg	380.100	404.080	419.580	428.080

Vraag 961

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 Stuurgroep – waarin de VNG, de brancheorganisaties van jeugdhulpaanbieders, beroepsorganisaties, cliëntenorganisaties en de Ministeries OCW, JenV en VWS samenwerken aan het actieprogramma Zorg voor de Jeugd – brengt twee keer per jaar (in mei en november) verslag aan mij uit over haar inspanningen en resultaten middels een voortgangsrapportage.

In juni ontving u de tweede voortgangsrapportage. Per actielijn zijn de belangrijkste resultaten hierin in een factsheet samengevat. Samen met de partners van het programma zijn belangrijke stappen gezet. In de periode waar de tweede voortgangsrapportage over rapporteert werden de eerste projecten en adviezen opgeleverd, zijn twee wetstrajecten afgerond en organisaties ingericht. Daarnaast zijn onderdelen van het programma in actieplannen uitgewerkt, zijn verscheidende pilots gestart en is het Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd (OZJ) gestart om bij te dragen aan een lerend jeugdhulpstelsel. In alle regio's zijn expertteams actief die lerende weg steeds meer casuïstiek oplossen, jeugd-ggz en lokale teams weten elkaar steeds beter te vinden (zoals in Utrecht, Amsterdam en Brunssum), de inzet van praktijkondersteuners bij huisartsen blijkt goed te werken (o.a. in Kennemerland, Haarlem, Apeldoorn en Steenwijkerland) en onderwijs en zorg werken steeds beter samen (o.a. Onderwijs Jeugdhulp Arrangementen in Enschede en Zeeland). Hoewel de trends met voorzichtigheid geduid moeten worden, lijken de eerste tekenen van transformatie niettemin zichtbaar: jeugdhulp met verblijf is gedaald, gezinsgerichte jeugdhulp is gestegen, fors meer jongeren worden geholpen in het eigen netwerk en meer jongeren boven de 18 jaar ontvangen pleegzorg.

De eerstvolgende voortgangsrapportage verwacht ik u begin november (voor het WGO op 18 november) met mijn halfjaarlijkse voortgangsbrief te kunnen toezenden.

Vraag 962

Bij hoeveel gemeenten zijn er tekorten op de jeugdzorgbudgetten en wat is de totale omvang van deze tekorten?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 244.

Vraag 963

Hoeveel rechtszaken hebben jeugdzorgorganisaties aangespannen tegen gemeenten?

Antwoord:

Uit navraag bij de Raad voor de Rechtspraak blijkt dat niet exact is te achterhalen hoeveel rechtszaken jeugdzorgorganisaties hebben aangespannen.

Vraag 964

Wat zijn de belangrijke en noodzakelijke veranderingen die door de extra € 1.020 miljoen op gang worden gebracht?

Antwoord:

Gemeenten hebben in 2019 € 420 miljoen extra middelen gekregen en ontvangen in 2020 en 2021 jaarlijks € 300 miljoen. Deze middelen hebben gemeenten ontvangen omdat hun budget op dit moment niet toereikend is.

Tegelijkertijd heeft het kabinet afspraken gemaakt met de VNG om het jeugdhulpstelsel effectiever, efficiënter en beter te laten functioneren en de vernieuwing van de jeugdzorg te bespoedigen. De afspraken zien op drie inhoudelijke thema's die momenteel verder met de VNG verder worden uitgewerkt. Het gaat hierbij om de inhoudelijke begrenzing van de jeugdhulp, terugdringen van vermijdbare uitgaven en de ordening van het jeugdhulplandschap.

Vraag 965

Kunt u expliciet aangeven op welke wijze de tabel Budgettaire gevolgen van beleid in de begroting voor het jaar 2020 is gewijzigd ten opzichte van de tabel in de begroting voor het jaar 2019? Wat is het verschil tussen beleidsinformatie en informatiebeleid?

Antwoord:

In de begroting 2019 waren kindermishandeling en zorg voor jeugd afzonderlijke posten in de begroting. Deze posten zijn nu samengevoegd tot de post jeugdbeleid.

De budgetten uit de begroting 2019 die betrekking hebben op: het Transformatiefonds, de Jeugdautoriteit, Schippersinternaten, de Kindertelefoon en het vertrouwenswerk (AKJ) en de financiering van de Huisvestingslastenregeling gesloten jeugdhulp, zijn samengevoegd tot de post jeugdstelsel.

De post kennis en informatiebeleid had in begroting 2019 de naam kennis en beleidsinformatie. In de begroting 2020 is de naam gewijzigd naar kennis en informatiebeleid en zijn de kennisprogramma's jeugd hieraan toegevoegd.

Vraag 966

Kunt u voor de jaren 2019, 2020, 2021 en 2022 aangeven hoe hoog de subsidies aan schippersinternaten zijn?

Antwoord:

Onderstaand treft u de verwachte subsidies aan voor de schippersinternaten voor de jaren 2019–2022. Dit sluit aan bij het subsidieoverzicht in bijlage 4 van de Begroting 2020.

Jaar	2019	2020	2021	2022
Bedrag (*1.000 euro)	19.322	17.824	17.825	17.825

Vraag 967

Hoe is het beschikbare budget 2020 van € 85,9 miljoen verdeeld over kapitaallasten gesloten jeugdzorg, subsidies aan schippersinternaten, het Nederlands Jeugdinstituut, de Nationale Jeugdraad, de Landelijke Organisaie Cliëntenraden (LOC), de Nederlandse

Antwoord:

Van het beschikbare budget van 85,9 miljoen is circa 96% juridisch verplicht. Dit wordt o.a. besteed aan de genoemde posten en is als volgt verdeeld:

Kapitaallasten gesloten jeugdzorg: 18,7 miljoen

Subsidie schippersinternaten: ca. 16,5 miljoen

Subsidie NJI: ca. 8,5

Subsidie NJR: ca. 0,8

Subsidie LOC: ca. 0,4

Subsidie de Nederlandse vereniging pleeggezinnen: ca. 0,1 miljoen

Subsidie Kinderrechtencollectief: ca. 0,2 miljoen

Subsidie GGD GHOR: ca. 2 miljoen

Subsidie LECK: ca. 0,8 miljoen

Subsidie Kindertelefoon: ca. 4,5 miljoen

Subsidie AKJ: ca. 8,4 miljoen

Vraag 968

Waarom wordt met ingang van het jaar 2020 de GGD GHOR, en het LECK ook gefinancierd vanuit de post subsidies, in tegenstelling tot het jaar 2019?

Antwoord:

Beide instanties zijn ook in 2019 gefinancierd middels een subsidie.

Vraag 969

Wat valt onder de post jeugdbeleid?

Antwoord:

In de begroting 2019 waren kindermishandeling en zorg voor jeugd afzonderlijke posten in de begroting. Deze posten zijn nu samengevoegd tot de post jeugdbeleid.

Vraag 970

Wat valt onder de post jeugdstelsel?

Antwoord:

Binnen de post jeugdstelsel zijn de budgetten uit de begroting 2019 die betrekking hebben op: het Transformatiefonds, de Jeugdautoriteit, Schippersinternaten, de Kindertelefoon en het vertrouwenswerk (AKJ) en de financiering van de Huisvestingslastenregeling gesloten jeugdhulp, samengevoegd.

Vraag 971

Kunt u aangeven hoeveel budget er begroot is voor afzonderlijk de Academische Werkplaatsen Transformatie Jeugd (AWTJ), de Regionale Kennisnetwerken Jeugd (RKJ) en het programma Wat werkt voor de jeugd?

Antwoord:

Voor de uitvoering van het programma Academische Werkplaatsen Transformatie Jeugd (2015–2020) heeft ZonMw voor de gehele projectperiode een bedrag van € 6 mln. ontvangen. In 2016 is daar een aanvulling van € 1.725.000 op verstrekt, zodat de totale subsidie voor het programma AWTJ 2015–2020 € 7.725.000 bedraagt.

Voor de uitvoering van het programma Regionale Kenniswerkplaatsen Jeugd (2020–2024) ontvangt ZonMw voor de gehele projectperiode een bedrag van € 8.000.756.

Voor de uitvoering van het programma Wat werkt voor de Jeugd (2019–2025) ontvangt ZonMw voor de gehele projectperiode een bedrag van € 21 mln.

Vraag 972

Waarom is er voor gekozen om de posten Kindermishandeling en Zorg voor de jeugd samen te voegen tot de post Jeugdbeleid?

Antwoord:

Er heeft een wijziging plaatsgevonden in de gehele structuur van de budgettaire tabellen in de VWS begroting voor het jaar 2020. Dit heeft ook gevolgen gehad voor de structuur van de budgettaire tabel van artikel 5. Naar aanleiding hiervan is gekozen om in de budgettaire tabel de posten kindermishandeling en zorg voor de jeugd samen te voegen tot jeugd-beleid zodat de budgettaire gevolgen van beleid meer in samenhang worden gepresenteerd en aansluiten bij de beoogde beleidsdoelen.

Vraag 973

Hoeveel geld wordt besteed aan de kennisprogramma's Jeugd, uitgesplitst naar de verschillende programma's?

Antwoord:

Voor de uitvoering van het programma Academische Werkplaatsen Transformatie Jeugd (AWTJ) heeft ZonMw voor de gehele projectperiode (2015–2020) een bedrag van € 6 miljoen ontvangen. In 2016 is daar een aanvulling van € 1.725.000 op verstrekt, zodat het totale subsidie voor het programma AWTJ 2015–2020 € 7.725.000 bedraagt.

Voor de uitvoering van het programma Regionale Kenniswerkplaatsen Jeugd (2020–2024) ontvangt ZonMw voor de gehele projectperiode een bedrag van € 8.000.756.

Voor de uitvoering van het programma Wat werkt voor de Jeugd (2019–2025) ontvangt ZonMw voor de gehele projectperiode een bedrag van € 21 miljoen.

Daarnaast is er voor het onderzoeksprogramma Geweld hoort nergens thuis voor de eerste ronde onderzoeksoproepen voor de periode 2019–2024 € 1,5 miljoen beschikbaar gesteld.

Ten slotte is er in het kader van het programma Zorg voor de Jeugd onderzoek uitgezet ter waarde van € 294.118.

Vraag 974

Waarom zijn de posten Kindermishandeling en Zorg voor jeugd samengevoegd tot de post Jeugdbeleid?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 972.

Vraag 975

Hoe wordt getoetst dat de onder (1) Betere toegang tot jeugdhulp voor kinderen en gezinnen, (2) Alle kinderen de kans bieden zich te ontwikkelen, (3) Kwetsbare jongeren beter op weg helpen zelfstandig te worden en (4) Investeren in vakmanschap van jeugdprofessionals, genoemde acties ook daadwerkelijk bijdragen aan deze afzonderlijk genoemde doelstellingen? Welke indicatoren worden hiervoor gebruikt?

Antwoord:

De monitoring van het actieprogramma Zorg voor de Jeugd vindt plaats via drie sporen:

- Meetbaar: factsheets per actielijn met data, voortgang, vervolgstappen en duiding van de ontwikkelingen.
- Specifiek inzoomen: bij sommige doelgroepen en thema's willen we nader monitoren.
- Merkbaar: op basis van ervaringsverhalen van kinderen, ouders en jeugdprofessionals wordt d.m.v. grootschalig luisteren een beeld geschetst vanuit de leefwereld.

De resultaten van de monitoring vindt u in de halfjaarlijkse voortgangsrapportages van de stuurgroep.

Begin van dit jaar is onder andere met de stuurgroepleden, ervaringsdeskundigen en jeugdprofessionals per actielijn bepaald welke beweging we nastreven en zijn bijpassende indicatoren gekozen. Met technische ondersteuning van het Centraal Bureau voor Statistiek en het Nederlands Jeugdinstituut zijn indicatoren op basis van bestaande data ingevuld (ter

voorkoming van nieuwe administratieve lasten). Waar nodig, zijn databronnen slim gekoppeld om tot nieuwe indicatoren te komen. De meest recente data (30 april 2019) zijn opgenomen in de factsheets van deze voortgangsrapportage; de data worden jaarlijks bijgewerkt.

De door u gevraagde indicatoren vindt u in de tweede voortgangsrapportage op de volgende pagina's:

- (1) «Betere toegang tot jeugdhulp voor kinderen en gezinnen» vindt u op pagina 19–20
- (2) «Alle kinderen de kans bieden zich te ontwikkelen» vindt u op pagina 44–45
- (3) «Kwetsbare jongeren beter op weg helpen zelfstandig te worden» vindt u op pagina 56–57
- (4) «Investeren in vakmanschap van jeugdprofessionals» vindt u op pagina 76–77.

Vraag 976

Hoeveel geld wordt in totaal en Rijks breed besteed aan de aanpak van kindermishandeling?

Antwoord:

Zoals ik op vraag 613 heb geantwoord zijn gemeenten primair verantwoordelijk voor de aanpak van kindermishandeling. Met het programma Geweld hoort nergens thuis ondersteun ik namens de andere opdrachtgevers, de Minister voor Rechtsbescherming en de VNG, de gemeenten bij het verder ontwikkelen van de aanpak.

Zie de antwoorden 613 en 616 voor de investeringen vanuit VWS.

Daarnaast investeert de strafrechtketen, in het kader van het programma Geweld hoort nergens thuis, in de samenwerking met Veilig Thuis onder meer met het oog op acute en structurele veiligheid in gezinnen en huishoudens. Ook wordt gewerkt aan verbetering van de strafrechtelijke aanpak, daar waar nodig samen met Veilig Thuis. Vanuit het Ministerie van JenV is gedurende de looptijd van het programma Geweld hoort nergens thuis (t/m 2021) jaarlijks € 2,3 miljoen vrijgemaakt om deze verbeteringen te ontwikkelen en te implementeren.

Vanuit het Ministerie van OCW wordt € 1,6 miljoen per jaar geïnvesteerd in de ondersteuning van scholen (po, vo en mbo) bij het bevorderen van een sociaal veilig klimaat. Hierbinnen is ook aandacht voor de aanpak kindermishandeling. Daarnaast is vanuit het Ministerie van OCW € 88.000 beschikbaar voor de periode augustus 2019 tot en met 31 december 2020 voor de beweging tegen Kindermishandeling, specifiek gericht op het onderwijs.

Vraag 977

Waarom zijn de posten voor het Transformatiefonds, de Jeugddautoriteit, Schippersinternaten, de Kindertelefoon en het vertrouwenswerk en de financiering van de Huisvestingslastenregeling gesloten jeugdhulp, binnen het Jeugdstelsel samengevoegd?

Antwoord:

Er heeft een wijziging plaatsgevonden in de budgettaire artikelen in de VWS begroting 2020. Dit heeft ook gevolgen gehad voor de budgettaire tabel van artikel 5. Naar aanleiding hiervan is gekozen om de genoemde posten samen te voegen tot jeugdstelsel zodat de budgettaire gevolgen van beleid meer in samenhang worden gepresenteerd en aansluiten bij de beoogde beleidsdoelen.

Vraag 978

Hoeveel geld wordt afzonderlijk aan de posten Transformatiefonds, de Jeugddautoriteit, Schippersinternaten, de Kindertelefoon en het vertrou-

wenswerk en de financiering van de Huisvestingslastenregeling gesloten jeugdhulp, besteed?

Antwoord:

In het regeerakkoord is een Transformatiefonds Jeugd aangekondigd voor de jaren 2018–2020. Jaarlijks is hiervoor 36 miljoen beschikbaar. In 2020 ontvangen de jeugdhulpregio's de laatste bijdrage uit het Transformatiefonds.

Voor de uitvoeringskosten van de Jeugddoorlooptijd is € 1,2 miljoen beschikbaar in 2020. Met de VNG is afgesproken om – uit de extra beschikbaar gestelde middelen – voor de periode 2019–2021 in totaal € 20 miljoen bij de Jeugddoorlooptijd te positioneren. Dit bedrag is bedoeld om voor levensvatbare instellingen de mogelijkheid te hebben om tijdelijke liquiditeitssteun toe te kennen als de zorgcontinuïteit in gevaar komt.

Verder zijn er in 2020 de volgende middelen beschikbaar voor de genoemde posten:

Schippersinternaten: € 16,5 miljoen

Kindertelefoon: € 4,5 miljoen

AKJ: € 8,4 miljoen

Huisvestingslastenregeling gesloten jeugdhulp: € 18,7 miljoen.

Vraag 979

Hoe hoog zijn de terugbetalingen van Transitie Autoriteit Jeugd (TAJ)-subsidies geweest in de jaren 2018 en 2019? In welke mate is deze tijdelijke liquiditeitssteun niet terugbetaald in deze jaren? Is de verwachting dat in het jaar 2020 een deel van de tijdelijke liquiditeitssteun niet wordt terugbetaald? Zo ja, om welk bedrag gaat het?

Antwoord:

In 2018 en 2019 is respectievelijk € 4.193.834,- en € 2.000.000,- aan tijdelijke liquiditeitssteun terugbetaald. In die jaren hebben instellingen verzoeken tot latere terugbetaling ingediend voor een bedrag van in totaal € 4.154.589,-. Deze verzoeken zijn gehonoreerd of liggen nog ter advisering bij de opvolger van de TAJ, de Jeugddoorlooptijd.

De verwachting is dat in 2020 van één subsidie een deel wordt terugbetaald, omdat de instelling onder de eerste versie van de subsidieregeling een deel van de tijdelijke liquiditeitssteun mag houden als aan bepaalde voorwaarden is voldaan. De Jeugddoorlooptijd heeft hierover een advies in voorbereiding. Voor de overige subsidies is de verwachting dat het volledige bedrag wordt terugbetaald.

Opgemerkt dient te worden dat ook bedragen worden teruggevorderd voor TAJ-subsidies die zijn gegeven voor de vergoeding van frictiekosten. Deze worden ontvangen als de frictiekosten lager uitvallen dan vooraf begroot. Voor 2018 en 2019 ging het om een bedrag van € 1.151.720,-.

Vraag 980

Welke subsidies worden naar verwachting niet volledig uitgeput? Om welk bedrag gaat dit per afzonderlijke subsidie?

Antwoord:

Om verschillende redenen kan het voorkomen dat subsidies onvoorzien niet volledig worden uitgeput. Het is niet bekend bij welke subsidies dit in de toekomst aan de orde zal zijn.

Vraag 981

Op welke wijze wordt bij de ramingen van toekomstige zorgkosten rekening gehouden met de preventieve werking van investeringen in sport en bewegen?

Antwoord:

De preventieve werking van investeringen in sport en bewegen doet zich vooral voor op de langere termijn. Daarom is hiermee in de ramingen van de zorguitgaven voor de komende jaren geen rekening gehouden.

Vraag 982

Hoeveel kinderen in Nederland hebben overgewicht en obesitas? Wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord:

In 2018 heeft 11,7 procent van de jongeren tussen de 4 en 18 jaar overgewicht: 9 procent heeft matig overgewicht en 2,7 procent heeft obesitas. Deze informatie is te vinden op de website van de Staat van Volksgezondheid en Zorg⁵⁰, dit is een monitor van CBS en RIVM.

Vraag 983

Zijn er verschillen in regio's waar het overgewicht van kinderen hoog is? Zo ja, welke?

Antwoord:

De meest recente regionale overgewichtcijfers zijn beschikbaar uit 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%). Het overgewichtpercentage was het laagst in landsdeel Oost (12,9%).

Vraag 984

Hoeveel volwassenen hebben overgewicht en obesitas? Wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord:

In 2018 heeft 50,2 procent van de bevolking van 18 jaar en ouder overgewicht: 35,3 procent heeft matig overgewicht en 15 procent heeft obesitas. Deze informatie is te vinden op de website van De Staat van Volksgezondheid en Zorg⁵¹, dit is een monitor van CBS en RIVM.

Vraag 985

Hoeveel en welke scholen hebben schoolzwemmen in het onderwijspakket zitten?

Antwoord:

32% van de basisscholen biedt een vorm van schoolzwemmen aan (Mulier Instituut, 2017). Het is niet bekend welke scholen dat precies zijn.

Vraag 986

Hoeveel en welke gemeenten bieden schoolzwemmen aan in hun verordening?

⁵⁰ <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/overgewicht-jongeren> met als bron: Gezondheidsenquête/ Leefstijlmonitor, CBS i.s.m. RIVM.

⁵¹ <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/overgewicht> met als bron: Gezondheidsenquête/ Leefstijlmonitor, CBS i.s.m. RIVM.

Antwoord:

Uit factsheets van Mulier Instituut (2019) over schoolzwemmen blijkt dat in 2018 36% van de gemeenten schoolzwemmen ondersteunde. Het is niet bekend welke gemeenten dat zijn.

Vraag 987

Hoeveel kinderen verlaten de basisschool zonder zwemdiploma?

Antwoord:

Uit de steekproef van het Mulier Instituut blijkt dat circa 97% 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 988

Hoeveel kinderen en volwassenen zijn de afgelopen jaren verdrongen omdat zij onvoldoende zwemvaardig waren?

Antwoord:

Gemiddeld verdrinken gemiddeld 84 inwoners van Nederland (exclusief zelfdoding, vervoersongevallen en geweldpleging) per jaar. In de warme zomer van 2018 waren dit er 112. Dit betreft vooral volwassenen die in open water verdrinken. Het is niet eenduidig vast te stellen hoe groot het aandeel was dat voortkwam uit onvoldoende zwemvaardigheid. Het onderzoek risicofactoren van verdrinking in Nederland (Mulier Instituut, 2019) benoemt bij zes risicogroepen de aandachtsgebieden. De overeenkomst tussen deze groepen is dat het vaak gaat om mensen die wel zwemvaardig maar niet zwemveilig zijn door de omstandigheden (stroming, val, temperatuurwisseling, etc.) waarin ze terecht komen.

Vraag 989

Hoeveel kinderen worden niet bereikt door het Jeugdsportfonds?

Antwoord:

In 2018 hebben 74.380 kinderen en jongeren de kans gekregen om te sporten en bewegen door het Jeugdsportfonds. Er zijn in Nederland circa 272.000 minderjarige kinderen die kans hebben om in armoede op te groeien (CBS). Dit betekent dat circa 197.000 kinderen nu nog geen beroep doet op het Jeugdsportfonds.

Vraag 990

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 stilzitten? Welk beleid wordt hierop gemaakt?

Antwoord:

Met diverse initiatieven vanuit het Nationaal Sportakkoord en vanuit landelijke programma's zetten we hierop in. Voor scholen, gemeenten en bereik richting ouders en jeugd in de wijk wordt er onder andere beleid gevoerd via Gezonde School (specifiek vignet sport en bewegen), via de intensivering van de buurtsportcoach in de wijk en via het Jongeren op Gezond Gewicht programma. Ook richting werkgevers hebben we initiatieven zoals de Vitaalste onderneming van Nederland.

Vraag 991

Hoeveel kinderen zijn er structureel gaan sporten naar aanleiding van de sportimpuls?

Antwoord:

Door de projecten die in 2012, 2013, 2014 en 2015 zijn gestart, zijn in totaal 435.134 kinderen in beweging gebracht. Volgens de projectleiders is daarvan ongeveer 19% doorgestroomd naar regulier/ structureel aanbod. Alle Sportimpuls- projecten worden in opdracht van VWS gemonitord. De gegevens van de Sportimpuls-projecten uit ronde 2016 zijn eind 2019 bekend. In 2021 worden de resultaten van de volledige Sportimpuls opgeleverd.

Vraag 992

Hoeveel kinderen leven in armoede? Wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord:

De laatste cijfers van het CBS over kinderen die in armoede leveren betreffen het jaar 2017. In totaal leefden in 2017 ruim 277 duizend minderjarige kinderen in een huishouden met een laag inkomen, duizend minder dan het jaar ervoor.

Vraag 993

Wat is de stand van zaken van het programma om mensen met een beperking meer aan het sporten en meer bewegen te krijgen?

Antwoord:

Het programma Grenzeloos actief is eind 2018 afgelopen en overgegaan in het deelakkoord Inclusief Sporten en bewegen. De eerste resultaten hiervan komen in het voorjaar van 2020 beschikbaar.

Vraag 994

Hoeveel mensen met een beperking maken gebruik van wheels2sport?

Antwoord:

Deze cijfers zijn bij ons niet bekend. VWS investeert niet in Wheels2sport.

Vraag 995

Kunt u per regio aangeven welk beleid zij hebben om meer mensen met een beperking te laten sporten?

Antwoord:

Het Mulier instituut heeft in 2018 onderzoek gedaan naar de positie van gehandicaptensport in gemeentelijk beleid (Gehandicaptensportbeleid in gemeenten: de stand van zaken in 2018). Er kan worden geconcludeerd dat gehandicaptensport als thema de aandacht van gemeenten heeft. Van alle gemeenten die hebben deelgenomen aan het onderzoek, hebben maar drie gemeenten geen beleidsdoelstellingen, geen uitvoeringsnotitie én geen activiteiten op het gebied van gehandicaptensport. Alle andere gemeenten doen iets met het thema. Bij gemeenten lijkt een vergroting van de aandacht voor gehandicaptensport zichtbaar ten opzichte van 2016. Deze is zichtbaar in onder andere een toename van het aantal ondernomen activiteiten, deelname aan samenwerkingsverbanden en de inzet van buurtsportcoaches.

Vraag 996

Kunt u inzicht geven in de verschillen tussen regio's die bezig zijn om mensen met een beperking aan het sporten te krijgen?

Antwoord:

Nee, het is niet mogelijk om op dit moment inzicht te geven in de verschillen. Wat wel bekend is dat binnen het programma Grenzeloos actief 48 regionale samenwerkingsverbanden zijn ontstaan. Hierin werken

sport-, welzijn-, zorgpartijen en de gemeente samen om mensen met een beperking te begeleiden naar het sport- en beweegaanbod.

Hoe ver regio's zijn binnen die samenwerking verschilt per regio. Zo zitten 19 regio's in de opstartfase en zullen zij zich de komende jaren in lijn met de afspraken in het Nationaal Sportakkoord verder ontwikkelen. Voor 11 regio's geldt dat deze volledig in uitvoering zijn. Dit betekent dat partijen concrete afspraken met elkaar hebben gemaakt over de rolverdeling bij de ondersteuning van mensen met een beperking.

Vraag 997

Kunt u een overzicht geven van het aantal mensen met een beperking dat nu sport en hoeveel mensen dit waren in de afgelopen jaren? Hoe groot is de stijging van het aantal mensen met een beperking die aan het sporten zijn?

Antwoord:

Het aantal mensen met een beperking dat sport bedraagt circa 1,2 miljoen. Het betreft hier mensen met een motorische, auditieve en visuele beperkingen en mensen met een chronische aandoening.

Het aantal mensen met een beperking en chronische aandoening dat wekelijks sport laat een redelijk stabiel patroon zien over de jaren heen (2016: 1.207.000, 2017: 1.215.000, 2018: 1.231.000, bron: sportenbewegenincijfers.nl).

Vraag 998

Welke belemmeringen zijn er om alle mensen met een beperking aan het sporten te krijgen?

Antwoord:

Er zijn verschillende belemmeringen waar binnen het Sportakkoord aan gewerkt wordt die ervoor zorgen dat niet iedereen die een handicap heeft ook gaat sporten. Dit zijn:

- Financiële belemmeringen,
- Vervoersproblematiek;
- Moeilijk verkrijgen van sporthulpmiddelen;
- Angst voor het niet welkom voelen

Vraag 999

Welke inzet is er voor komende jaren om meer mensen met een beperking aan het sporten te krijgen?

Antwoord:

- Het platform Uniek Sporten wordt verder ontwikkeld met inspirerende verhalen en campagnes om 45% meer unieke bezoekers naar het platform te krijgen. Hierdoor kunnen meer mensen met een handicap een passende sport vinden.
- Er wordt ingezet om de bewustwording onder sport- en beweegaanbieders te vergroten, zodat ze niet denken in problemen, maar in mogelijkheden. Dit gebeurt via de alliantie «Sporten en bewegen voor iedereen» en een landelijke campagne die nu in ontwikkeling is.
- Via twee lijnen wordt gekeken hoe de beschikbaarheid van hulpmiddelen voor sport vergroot kan worden. Dit gebeurt via de WMO lijn en de zorgverzekeringslijn. Hoe kunnen we binnen bestaande regelgeving ervoor zorgen dat er duidelijkheid komt in waar mensen ondersteuning kunnen krijgen om een sporthulpmiddel aan te schaffen en waar ze de juiste informatie kunnen verkrijgen over het soort hulpmiddel.

- De komende jaren wordt verkend hoe de bestaande vervoersvoorziening uit te breiden en voor meer sporters met een handicap in te zetten.

Vraag 1000

Wat is het aantal sportblessures in het jaar 2019? Wat was het aantal in voorgaande jaren? Welke kosten zijn hiermee gemoeid? Kunt u deze cijfers voorzien van uw duiding?

Antwoord:

In 2018 werden in Nederland in totaal ongeveer 5,4 miljoen sportblessures opgelopen. Sportblessures worden in Nederland sinds mei 2017 voor het eerst op de huidige wijze via de Leefstijlmonitor van VeiligheidNL en het RIVM/CBS gemeten waardoor een vergelijking met voorgaande jaren niet te maken is. Het aantal sportblessures in 2019 is nog niet bekend.

Alleen van ernstige sportblessures is een trendanalyse over de jaren te maken. Zo is in de periode 2009–2018 het aantal SEH-bezoeken in verband met een ernstige sportblessure met veertien procent gedaald. De medische kosten voor sportblessures bedroegen in 2018 € 360 miljoen (€ 160 mln. directe medische kosten, € 200 mln. verzuimkosten).

Vraag 1001

Hoe hoog zijn de inkomsten uit de loterijopbrengsten en welk bedrag gaat hiervan naar de sport?

Antwoord:

Zie het antwoord bij vraag 1002.

Vraag 1002

Wat waren de loterijopbrengsten aan de sport in de jaren 2010 tot en met 2019?

Antwoord:

De loterijopbrengsten aan de sport in de periode 2010 t/m 2019 zijn als volgt:

Gerealiseerde afdrachten (Lotto/Nederlandse Loterij) aan NOC*NSF:

Bedragen x € 1 miljoen

2019	n.n.b.
2018	43
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

2019	n.n.b.
2018	16
2017	15
2016	12
2015	14
2014	10
2013	14
2012	10
2011	9
2010	8

Vraag 1003

Wat zijn de verwachte loterijopbrengsten aan de sport in het jaar 2020?

Antwoord:

Een prognose voor de afdrachten vanuit de NLO en de Goede Doelen Loterijen voor 2020 kan nog niet worden gegeven. Dit hangt af van de feitelijke lot-verkoop.

Vraag 1004

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. Dit jaar is de informatiecoördinator gestart, die een impuls moet geven aan de samenwerking en informatie-uitwisseling tussen de verschillende partners en het opwerken van signalen van matchfixing. Verder wordt gewerkt aan een onderzoek naar de toegevoegde waarde van strafbaarstelling van matchfixing, waarvan de resultaten dit najaar verwacht worden. Tot slot is een intelligencepunt in de sport opgezet. Vanwege het grensoverschrijdende karakter van matchfixing, wordt ook op Europees niveau nadrukkelijk samengewerkt om onder meer de informatie-uitwisseling te verbeteren.

Vraag 1005

Kunt u een overzicht sturen van het aantal scholen dat een uur, twee uur of drie uur gymonderwijs geeft, 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 de groepen 3 t/m 8:

Groep 1–2: 17% heeft 1 uur gymonderwijs, 40% heeft 2 uur gymonderwijs en 43% heeft 3 uren of meer gymonderwijs.

Groepen 3 t/m 8: 23% heeft 1 uur gymonderwijs, 74% heeft 2 uur gymonderwijs en 4% heeft 3 uur of meer.

Ruim de helft van het voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo) geeft 2 of 3–5 uren per week. Op het VMBO gaat het om respectievelijk 58% (2 uur) en 37% (3–5 uren) les. Voor HAVO geeft 61% 2 uren les en 23% 3–5 uren. Op het VWO geeft 63% 2 uren en 18% 3–5 uren les.

Vraag 1006

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 op de tien basisscholen komt dat voor in de groepen 3 t/m 8 (11%).

Vraag 1007

Hoeveel basisscholen maken gebruik van Academie lichamelijke opvoeding (ALO)-opgeleide leerkrachten voor gymlessen?

Antwoord:

Uit de 1-meting bewegingsonderwijs in het primair onderwijs van het Mulier Instituut (periodieke monitor, peildatum 2018) is gebleken dat voor groep 1–2 in totaal 23% een ALO opgeleide leerkracht is. Voor de groepen 3 t/m 8 is dat 59%.

Vraag 1008

Hoeveel basisscholen en middelbare scholen bieden natte gymlessen (zwemonderwijs) aan?

Antwoord:

Bij 32% van de basisscholen wordt een vorm van schoolzwemmen aangeboden. Bij 43% richt zich dit op het behalen van een zwemdiploma, bij 36% op een «natte gymles» en bij 20% op beide. Over middelbare scholen zijn geen gegevens beschikbaar.

Vraag 1009

Hoeveel kinderen, volwassenen en ouderen voldoen niet aan de Nederlandse norm Gezond bewegen? Kunt u hierover uw duiding geven?

Antwoord:

Op dit moment voldoet 53% van de totale Nederlandse bevolking (inclusief ouderen) niet aan de norm gezond bewegen. Voor kinderen specifiek tussen de 4 en 11 jaar voldoet bijna 45% niet aan de richtlijn van 1 uur matig intensieve inspanning per dag.

Het percentage mensen dat aan de beweegrichtlijn voldoet zien we graag omhoog gaan. Met de inzet van de maatregelen uit het Sportakkoord en Preventieakkoord zetten we in op een groei van 10% op kortere termijn.

Vraag 1010

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 kinderen dagelijks sporten en bewegen.

Vraag 1011

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 dat wordt besteed aan lessen met betrekking tot een gezonde leefstijl. Vanuit het programma Gezonde School wordt structureel aandacht besteed aan gezondheid op scholen aan de hand van de leefstijlpijlers van het programma. Er zijn op dit moment 1231 basisscholen met een vignet Gezonde School.

Vraag 1012

Hoeveel extra gymdocenten zijn aangenomen van het geld bestemd voor werkdrukverlichting?

Antwoord:

Het aantal (extra) vakleerkrachten dat is aangesteld met de werkdrukmiddelen wordt niet centraal geregistreerd. Wel is in juni 2019 een peiling uitgevoerd onder schoolbestuurders in opdracht van de PO-Raad, de koepelorganisatie van schoolbesturen in het primair onderwijs. Hieruit blijkt dat 49 procent van de schoolbestuurders de werkdrukkiddelen (deels) gebruikt om een vakleerkracht aan te stellen. Dit zijn vakleerkrachten in brede zin, het is niet bekend hoeveel vakleerkrachten bewegingsonderwijs hiervan zijn aangesteld.

Vraag 1013

Hoeveel scholen geven inmiddels drie uur gym? En hoeveel door een ALO-opgeleid docent?

Antwoord:

Zie mijn antwoorden op de vragen 1005 en 1007.

Vraag 1014

Wat kost het om op alle basisscholen drie uur gymles te geven?

Antwoord:

De berekeningen uit het onderzoek van Regioplan Bewegingsonderwijs en vakleerkrachten (2017) laten zien dat een 3^e lesuur bewegingsonderwijs bij benadering op € 180–190 miljoen extra komt. Wat het bewegingsonderwijs momenteel totaal kost verwijs ik u naar het Ministerie van OCW en de begroting van OCW.

Vraag 1015

Hoeveel JOGG-gemeenten zijn er momenteel?

Antwoord:

Momenteel zijn er 142 JOGG-gemeenten.

Vraag 1016

Hoeveel procent van het totaal 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) waarin de uitkomsten van het RIVM onderzoek uitgebreid worden beschreven. In het kader van het Nationaal Preventieakkoord wordt extra ingezet op een toename van het aantal gezonde schoolkantines. De voortgang maakt onderdeel uit van de monitoring van het Nationaal Preventieakkoord.

Vraag 1017

Hoeveel procent van het totaal aantal scholen heeft een rookvrij schoolplein?

Antwoord:

Uit het rapport van het Mulier Instituut uit 2019 blijkt dat in 2018 80% van de scholen in het primair onderwijs een geheel rookvrij terrein had, in het

voortgezet onderwijs was dit 62% en het middelbaar beroepsonderwijs 14%. In datzelfde jaar had 16% van de scholen in het primair onderwijs een gedeeltelijk rookvrij schoolterrein, dit geldt voor 37% van de scholen in het voortgezet onderwijs en 80% in het middelbaar beroepsonderwijs.

Vraag 1018

Kunt u aangeven wat het huidige inspanningen zijn om kinderen uit gezinnen met lage inkomens aan het sporten te krijgen?

Antwoord:

In het kader van het (kinder)armoedebeleid stelt het Rijk sinds 2017 jaarlijks € 100 mln. beschikbaar. Hiervan gaat € 85 miljoen euro naar gemeenten. Ook gaan er in de periode 2017–2020 middelen naar vier landelijke armoedepartijen, waaronder het Jeugdfonds Sport en Cultuur (zie ook TK 24 515, nr. 484).

Daarnaast is het zoveel mogelijk wegnemen van financiële drempels een aandachtspunt in het Nationaal Sportakkoord. Het Jeugdfonds Sport en Cultuur heeft haar leeftijdsgrens aangepast om ook jongere kinderen van 2–4 jaar te kunnen ondersteunen. Ook hebben gemeenten minimaregelingen waar kinderen uit gezinnen met lage inkomens gebruik van kunnen maken om te gaan sporten en bewegen.

Vraag 1019

Kunt u inzichtelijk maken hoeveel kinderen uit arme gezinnen nu sporten en hoeveel dat was in voorgaande jaren? Is hiervan een stijging te zien of niet? Kunt u uw antwoord van een duiding voorzien?

Antwoord:

In de afgelopen jaren betrof dit 53.084 kinderen in 2016, 60.103 in 2017 74.380 in 2018. Hier is een duidelijke stijging te zien.

Dit komt enerzijds door de middelen die het Jeugdfonds Sport en Cultuur ontvangt vanuit SZW om kinderen uit gezinnen in armoede te ondersteunen bij het sporten en bewegen. Anderzijds door de samenwerking die het Jeugdfonds Sport en cultuur heeft met verschillende partijen waaronder gemeenten waardoor de doelgroep steeds beter bereikt wordt.

Vraag 1020

Kunt u goede voorbeelden geven van gemeenten die heel veel inzet plegen om kinderen uit lage inkomensgezinnen te laten sporten?

Antwoord:

Op 21 november 2018 heeft de Staatssecretaris van SZW de eerste evaluatie van de bestuurlijke afspraken met de VNG over kinderen in armoede aan de Tweede Kamer aangeboden (TK 24 515, nr. 455). Daaruit blijkt onder meer dat 93% van de gemeenten die kindervoorzieningen aanbiedt ook voorzieningen aan kinderen in armoede verstrekt op het terrein van maatschappelijke participatie. Het gaat dan onder andere om sport, cultuur en een bibliotheekpas. Daarnaast zijn gemeenten ook heel actief met het Jeugdfonds Sport en Cultuur. Daar zijn verschillende goede voorbeelden van. Zo is de gemeente Uithoorn heel actief om het Jeugdfonds te promoten. De gemeente Zeist heeft zelf een zogenaamde open einde regeling. Beide gemeenten hebben daarnaast een zwemlesregeling waardoor kinderen in armoede ook zwemlessen kunnen nemen.

Vraag 1021

Wat is het totaal aan project- en instellingssubsidies dat aan NOC*NSF wordt gegeven?

Antwoord:

In 2020 wordt afgerond € 52 miljoen aan NOC*NSF gegeven. Het gaat hierbij om ruim € 39 miljoen voor de instellingssubsidie en om circa € 13 miljoen aan projectsubsidies.

Vraag 1022

Hoe groot is het deel van de begroting van NOC*NSF dat door overheidsgeld wordt gefinancierd?

Antwoord:

Het deel van de begroting van NOC*NSF dat in 2019 door overheidsgeld wordt gefinancierd is 37,9%. In 2020 is dit naar verwachting 38,3%.

Vraag 1023

Welke opdrachten voor het jaar 2020 zijn juridisch verplicht?

Antwoord:

De volgende opdrachten voor 2020 zijn juridisch verplicht:

- Onafhankelijk voorzitter Alliantie Inclusieve sport
- SBIR Milieuvriendelijke sportvelden
- Evaluatie impact buurtsportcoaches
- Impact app buurtsportcoaches
- Diverse challenges (inclusief sporten, buitenspelen, energiebesparende maatregelen accommodaties)

Vraag 1024

Hoeveel medewerkers van NOC*NSF verdienen meer dan de Balkenende norm? Hoe hoog zijn deze salarissen en welke functies betreft dit?

Antwoord:

Uit de jaarrekening 2018 blijkt dat er één medewerker boven de WNT norm beloond wordt. Het betreft hier de functie van algemeen directeur. NOC*NSF is geen bestuursorgaan en valt daardoor niet onder de Wet Normering Topinkomens (WNT). NOC*NSF heeft recent besloten dat alle nieuwe arbeidsovereenkomsten binnen de WNT norm moeten vallen.

Vraag 1025

Welk deel van de topsporters kan zonder extra ondersteuning rondkomen van de stipendiumregeling?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS heeft geen zicht op de inkomenssituatie van topsporters en deze zal per topsporter verschillend zijn. Afhankelijk van de inkomenssituatie zal een topsporter volledig of gedeeltelijk aanspraak kunnen maken op de stipendiumregeling, welke bedoeld is als aanvulling op het eventuele inkomen van een topsporter. Bij een volledige aanspraak hebben topsporters recht op een stipendium met als ondergrens het wettelijk minimum(jeugd)loon en afhankelijk van de leeftijd van de topsporter kan dit oplopen tot modaal niveau. Ook kunnen topsporters gebruik maken van een kostenvergoedingsregeling voor kosten die topsporters maken voor het uitoefenen van hun topsport.

Vraag 1026

Op welke wijze zijn sportbonden, dus niet NOC*NSF, betrokken geweest bij de totstandkoming van het sportakkoord?

Antwoord:

Elk deelakkoord kende een eigen uitwerkingsteam waarin bonden zitting hadden. Bonden die hier onder andere bij betrokken zijn geweest zijn de Koninklijke Nederlandse Voetbalbond (KNVB), de Koninklijke Nederlandse

Gymnastiek Unie (KNGU), de Nederlandse Volleybalbond (Nevebo) en de Koninklijke Nederlandse Golf Federatie (NGF).

Naast de bonden is ook NLActief intensief betrokken bij de totstandkoming van het sportakkoord. Ook zijn verschillende bonden nauw betrokken geweest bij de uitwerking van de sportlijn van het sportakkoord.

Vraag 1027

Hoe vaak heeft de Nederlandse Sportraad een positief advies uitgebracht over de subsidie aanvraag voor een sportevenement?

Antwoord:

Op dit moment heeft de Nederlandse sportraad één advies uitgebracht over een subsidieaanvraag. Het oordeel van de beoordelingscommissie of het EK wielrennen in Alkmaar «internationaal aansprekend» is, was negatief.

Vraag 1028

In hoeveel gemeenten staan buurtsportcoaches in contact met, of zijn zij onderdeel van, lokale teams of wijkteams die in het kader van de jeugdhulp actief zijn?

Antwoord:

Hier zijn geen gegevens over bekend. Wel is bekend dat 3% van de buurtsportcoaches wordt ingezet in de sector Jeugdhulp.

Vraag 1029

Welke criteria gelden er voor instanties die in aanmerking willen komen voor de ter beschikking gestelde subsidie?

Antwoord:

Rechtspersonen zonder winstoogmerk kunnen een beroep doen op de subsidieregeling collectieve erkenning Indisch en Moluks Nederland, mits het ingediende bijdraagt aan de verankering van het Indisch en Moluks erfgoed in de Nederlandse samenleving. Rechtspersonen die meer dan € 200.000 aan staatssteun (de-minimissteun) tijdens een periode van drie kalenderjaren hebben ontvangen, komen niet in aanmerking voor subsidie. Dit bedrag is inclusief de aangevraagde subsidie. Een project moet betrekking hebben op educatie, kennis of cultuur en moet uiteraard voldoen aan de overige formele vereisten van de regeling. Deze staan op de website: <https://www.dus-i.nl/subsidies/collectieve-erkenning-van-indisch-en-moluks-nederland>.

Vraag 1030

Welke projecten zijn afgelopen jaar gefinancierd door de subsidie Collectieve erkenning Indisch Nederland?

Antwoord:

Met de subsidieregeling collectieve erkenning Indisch en Moluks Nederland zijn in 2019 21 projecten gefinancierd voor een totaalbedrag van € 1 miljoen. De subsidies zijn bedoeld voor projecten voor educatie, kennisontwikkeling en voor culturele- en welzijnsactiviteiten. Een onderverdeling is moeilijk te maken omdat de meeste projecten resultaten beogen op meerdere onderdelen. Een totaaloverzicht van gefinancierde projecten in het kader van deze regeling is op korte termijn te vinden op de website van DUS-I: <https://www.dus-i.nl/subsidies/collectieve-erkenning-van-indisch-en-moluks-nederland>

Vraag 1031

Op welke manier wordt de subsidie Collectieve erkenning Indisch Nederland toegekend?

Antwoord:

Tijdens de subsidierondes van 2018 en 2019 zijn aanvragen in het kader van de subsidieregeling collectieve erkenning Indisch en Moluks Nederland beoordeeld op volgorde van binnenkomst van complete aanvragen. Oftewel «wie het eerst komt, wie het eerst maalt». Daarnaast moesten complete aanvragen bijdrage aan de doelstelling van de regeling. De formele vereisten staan de op de website: <https://www.dus-i.nl/subsidies/collectieve-erkenning-van-indisch-en-moluks-nederland>.

In januari 2020 start een nieuwe aanvraagronde op basis van een gewijzigde selectiemethode, te weten «loten». Deze wijziging is toegelicht in de voortgangsrapportage beleid oorlogsgetroffenen die op 25 september jl. naar Uw Kamer is verzonden.

Vraag 1032

Kunt u aangeven hoe u tot het bedrag bent gekomen van € 10 miljoen dat u structureel reserveert in afwachting van de precieze vormgeving van een beschikbaarheidsregeling voor geneesmiddelen in de sluis?

Antwoord:

De kosten van de beschikbaarheidsregeling zijn vooraf moeilijk in te schatten. De € 10 miljoen is gebaseerd op de inschatting dat het naar verwachting gaat om twee of drie geneesmiddelen per jaar, een beperkt aantal patiënten (50–100 gemiddeld per geneesmiddel) met een waarschijnlijk relatief hoge prijs per patiënt (€ 50.000 of meer).

Vraag 1033

Hoeveel mensen ontvangen zorgtoeslag?

Antwoord:

In 2019 wordt aan 3,6 miljoen eenpersoonshuishoudens en aan 0,7 miljoen meerpersoonshuishoudens (huishoudens met twee volwassenen) zorgtoeslag uitbetaald. Dit betreft dus circa 5 miljoen volwassenen ($3,6 + 2 \times 0,7$).

Vraag 1034

Wat zijn de afbouwgrenzen van de zorgtoeslag vanaf het jaar 2006 tot en met het jaar 2019?

Antwoord:

In onderstaande tabel staat aangegeven vanaf welk inkomen de afbouw van de zorgtoeslag begint. Deze afbouwgrens is gelijk aan het wettelijk minimumloon.

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
2019	20.941

Vraag 1035

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 2020 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 gemiddeld eigen risico (€ 1.421 resp. € 227) heeft een eenpersoonshuishouden recht op zorgtoeslag tot een inkomen van € 30.518. Een meerpersoonshuishouden heeft recht op zorgtoeslag tot een inkomen van € 39.028.

Vraag 1036

Kunt u ons voorrekenen hoe hoog de zorgtoeslag voor de verschillende inkomensgroepen wordt in het jaar 2020?

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 2020 is nog onbekend. Uiterlijk 12 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 (€ 1.421, resp. € 227).

Belastbaar inkomen	15.000	20.000	25.000	30.000	35.000	40.000
Eenpersoons-huishouden	€ 1.256	€ 1.256	€ 771	€ 94	€ 0	€ 0
Meerpersoonshuishouden	€ 2.409	€ 2.409	€ 1.924	€ 1.247	€ 569	€ 0

Vraag 1037

Hoeveel geven andere Europese landen in algemene zin uit aan preventie?

Antwoord:

Eind 2017 is door de OECD een rapport uitgebracht waarin zij de hoogte en verdeling van uitgaven aan preventie vergelijken in OECD landen. Onder preventieuitgaven 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 bijna alle OECD landen tussen de 2% en 4% van hun totale zorguitgaven aan preventie besteden. Zie https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/how-much-do-oecd-countries-spend-on-prevention_f19e803c-en

Vraag 1038

Wat wordt specifiek uitgegeven aan het voorkomen van beginnen met roken, ondersteuning 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:

Een onderverdeling tussen het budget voor alcohol, tabak of drugs is niet goed te maken aangezien er een aantal jaar geleden is gekozen voor een integrale aanpak. Het grootste deel van het budget bestemd voor preventie van schadelijk middelengebruik is bestemd voor subsidies (ca. € 19 miljoen). Het budget wordt gebruikt voor inzet op het terrein van bijvoorbeeld de financiering van Stoptober en NIX18 campagnes, de financiering van verschillende monitors zoals het peilstationonderzoek en de Nationale Drug Monitor (NDM), en de financiering van interventies op het gebied van veilig uitgaan zoals Celebrate Safe. Voor gezonde leefstijl en gezond gewicht is ca. € 24 miljoen aan subsidies opgenomen in de begroting voor 2020. Dit budget wordt onder ander gebruikt voor de financiering van JOGG en de gezonde school en andere acties die voortkomen uit het Nationaal Preventieakkoord.

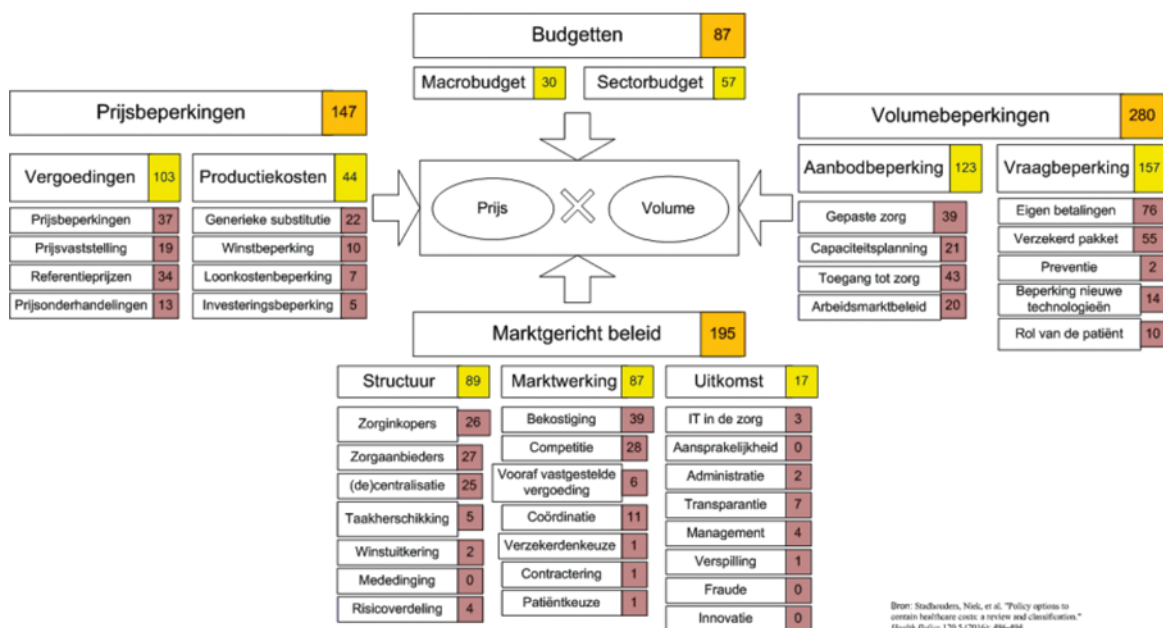
In 2020 wordt ca. € 8 miljoen uitgegeven aan suïcidepreventie. Dit gaat onder andere om een instellingssubsidie aan 113 Zelfmoordpreventie. Voor depressiepreventie staat voor 2020 € 750.000 gereserveerd. Dit bedrag is bestemd voor de uitvoering van het Meerjarenprogramma Depressie Preventie (MJP DP) en wordt ingezet voor het ontwikkelen van een ketenaanpak voor de zes hoog risicogroepen. In 2020 wordt gestart met de aanpak voor chronische ziekten en voor mantelzorgers. Voor 2020 is extra geld vrijgemaakt voor depressiepreventie. In 2020 wordt € 1 miljoen ingezet voor de publiekscampagne om psychische problemen, waaronder depressie, beter bespreekbaar te maken. In aanvulling op deze bedragen is een bedrag van € 500.000 gereserveerd voor een extra impuls richting de campagne, depressiepreventie en suïcidepreventie.

Vraag 1039

Kunt u aangeven waarop andere Europese landen bezuinigen als het gaat om zorg? Kunt u hiervan een overzicht en uw duiding hiervan sturen?

Antwoord:

Uit een analyse van meer dan 700 kostenbeheersingsmaatregelen die 19 Europese OESO-lidstaten sinds 1970 hebben genomen, blijkt dat de meeste maatregelen zich richten op het bedwingen van het volume van zorg. Ongeveer een derde van de maatregelen is gericht op aanpassingen in de werking van de zorgmarkt, een vijfde grijpt in op de prijs van zorg en de minste maatregelen betreffen budgettering. Dit komt overeen met de verhoudingen van ingezette maatregelen die zijn beschreven voor Nederland (Celsus, 2016).



Veel Europese landen hebben naar aanleiding van de financiële crisis maatregelen genomen om de zorgkosten te bedwingen. De meest voorkomende maatregelen zijn volgens Van Gool en Pearson (2014):

- Het aanpassen van de financiering, bijvoorbeeld door hogere belastingen of BTW-tarieven;
- Het aanpassen van het verzekerd pakket;
- Het verhogen van eigen betalingen;
- Het verlagen van de prijs van zorg, zoals lonen en prijzen van geneesmiddelen;
- Het beperken van zorgaanbod, bijvoorbeeld het aantal artsen;
- Structurele hervormingen.

Vraag 1040

Kunt u een overzicht geven van EU-richtlijnen en verordeningen, binnen het domein van het Ministerie van VWS, die nog niet zijn aangenomen?

Antwoord:

Bijgaand treft u het gevraagde overzicht aan. Een eerstvolgende reguliere rapportage ontvangt u voor de Europese Gezondheidsraad van 9 december 2019.

Kwartaalrapportage lopende EU-wetgevingsonderhandelingen

Titel	Document	Korte beschrijving	Stand van Zaken
Verordening Health Technology Assessment	COM (2018) 51	Het voorstel gaat over de gezamenlijke (klinische) beoordeling van de meerwaarde van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen ten opzichte van bestaande behandelingen, via een HTA-assessment.	Het Fins EU-VZS heeft voortgang geboekt, maar vooralsnog is nog geen algemene oriëntatie van de Raad bereikt.
Voorstel voor de financiering en regulering van het Europees Parlement en de Raad inzake het Europees Solidariteitscorps	COM (2018) 0230	Het voorstel heeft betrekking op de financiering van de uitvoering van dit programma voor de jaren 2021–2027.	Trilogie lopen, formele afronding voorzien tijdens Fins EU-VZS.

Vraag 1041

Kunt u aangeven waarom bij de vaststelling van belangrijke internationale prioriteiten het thema geneesmiddelentekorten niet is meegenomen,

zeker gezien Nederland ook afhankelijk is van internationale samenwerking bij de levering van geneesmiddelen, en tekorten een wereldwijd probleem vormen? Kunt u aangeven of u alsnog voornemens bent dit thema te prioriteren in de meerjarige Europese agenda?

Antwoord:

Het thema geneesmiddelentekorten is wel degelijk een prioriteit voor het kabinet

(zie o.a. pagina 15 en 142 van de VWS begroting 2020). Ik heb uw Kamer hierover ook recentelijk geïnformeerd, bijvoorbeeld in mijn brief over geneesmiddelenbeleid van 5 juli jl. (Tweede Kamer 29 477, nr. 605). Op korte termijn zal een nieuwe Europese Commissie aantreden en een meerjarige Europese agenda voor de periode 2020–2025 opstellen. Wat Nederland betreft zal er op het terrein van het geneesmiddelenbeleid ook internationaal blijvend worden ingezet op de toegang tot en betaalbaarheid van geneesmiddelen.

Dit vergt een brede inzet waarvan het tegengaan van geneesmiddelentekorten een belangrijke pijler is. De laatste decennia is de kwetsbaarheid van de keten van geneesmiddelenproductie vergroot. Dat vergt nadere bestudering van wat er nu precies aan de hand is en hoe markten daarop reageren. Ik breng deze vragen in Europa in tijdens gesprekken met andere landen en de Europese Commissie. Op die manier kan in internationaal verband in kaart worden gebracht welke kwetsbaarheden er zijn ontstaan door de concentratie van fabrieken voor de productie van (grondstoffen voor) geneesmiddelen in derde landen en wat dat betekent voor de levering van geneesmiddelen.

Op korte termijn zal ik bij de voorgedragen Europese Commissaris voor Volksgezondheid Stella Kyriakides mijn zorgen kenbaar maken en aangeven dat Nederland Europese samenwerking op het terrein van geneesmiddelen-tekorten onontbeerlijk acht.

Vraag 1042

Wat kunt u melden over de inhoud van de tweejaarlijkse vergadering voor de landen die lid zijn van de Raamwerkconventie voor tabaksregulering (FCTC) die Nederland in 2020 zal organiseren en de kosten daarvan?

Antwoord:

Van 9 tot 18 november 2020 vindt in Den Haag de tweejaarlijkse *Conference of the Parties* (COP) bij het FCTC-verdrag (Framework Convention on Tobacco Control) plaats. Tijdens de COP staat de uitvoering van het verdrag centraal en worden besluiten genomen over de effectieve implementatie ervan. De openings-bijeenkomst zal in het teken staan van «a Tobacco Free Generation».

Verder zal met name in de tweede week de zogeheten *Meeting of the Parties* (MOP) bij het Protocol tot eliminatie van de illegale handel in tabaksproducten, plaatsvinden.

Het FCTC-verdrag speelt een belangrijke rol in het wereldwijde tabaksontmoedigingsbeleid. Het door het kabinet gesloten preventieakkoord bouwt voort op het verdrag en dit vormt de reden voor Nederland om gastheer te willen zijn van deze conferenties.

De kosten van de organisatie van de COP en MOP bedragen samen circa € 4,5 mln. Dit betreft vooral logistieke uitgaven voor de organisatie van de twee weken durende conferenties in het World Forum. Ook wordt een deel van het geld ingezet om de WHO te ondersteunen bij haar werk rond de conferentie (bijvoorbeeld tolken). Aan de vergaderingen wordt deelgenomen door meer dan 1200 deelnemers uit 200 landen.

In Nederland wordt het WHO FCTC-protocol geïmplementeerd in één wetsvoorstel, dat diverse wetswijzigingen bevat. Naar verwachting

ontvangt Uw Kamer het wetsvoorstel en de memorie van toelichting voor het einde van dit jaar.

Vraag 1043

Waarom noemt het kabinet niet ook infectiepreventie, aangezien in het jaar 2020 een nieuwe Europese Commissie zal aantreden en een meerjarige Europese agenda worden opgesteld waarvoor het kabinet als belangrijke internationale prioriteiten vooral thema's kiest waarvoor grensoverschrijdende internationale samenwerking noodzakelijk is?

Antwoord:

Infectiepreventie is voor zowel het kabinet als voor de Europese Commissie zeer zeker een prioriteit. Internationaal werken we hier op verschillende fronten aan, waaronder via samenwerking in WHO-verband, de Global Health Security Agenda en in de EU-context, onder andere via het Europees Centrum voor Ziektepreventie en -bestrijding.

Vraag 1044

Wat is in het jaar 2020 de budgetflexibiliteit op het begrotingsartikel 9 (Algemeen)?

Antwoord:

Van het budget van begrotingsartikel 9 is voor het jaar 2020 is 100% verplicht.

Vraag 1045

Wat is in de jaren 2021 tot en met 2024 de budgetflexibiliteit op begrotingsartikel 9 (Algemeen)?

Antwoord:

Van het budget van begrotingsartikel 9 is voor het jaar 2021 97% verplicht. Van het budget van begrotingsartikel 9 is voor het jaar 2022 en 2023 96% verplicht.

Van het budget van begrotingsartikel 9 is voor het jaar 2024 79% verplicht.

Vraag 1046

Waarvoor is de bijdrage aan overige agentschappen op subartikel 9.1 (Internationale samenwerking) bedoeld en in hoeverre is dit budget al gecommiteerd voor de jaren 2020 tot en met 2024?

Antwoord:

De bijdrage aan agentschappen (overige) op subartikel 9.1 betreft een bijdrage die het RIVM ontvangt vanuit het WHO Partnerschap-programma. De huidige programmaperiode en daarmee de bijdrage loopt tot en met 2023. Het «Grant Arrangement for Voluntary Contribution between the Netherlands Ministry of Health, Welfare and Sport and the World Health Organization 2019–2023» (5 jaar) vormt de basis van het partnerschap. Het op subartikel 9.1 vermelde budget betreft een bijdrage die rechtstreeks naar het RIVM gaat, voor samenwerking op specifieke thema's.

Vraag 1047

Waarvoor is de bijdrage aan overige (inter)nationale organisaties op subartikel 9.1 (Internationale samenwerking) bedoeld en in hoeverre is dit budget al gecommiteerd voor de jaren 2020 tot en met 2024?

Antwoord:

De bijdrage aan (inter)nationale organisaties (overige) op subartikel 9.1 betreft een aantal bijdragen, waarvan het budget gecommiteerd is tot en met 2020. Het betreft de jaarlijkse bijdrage voor het lidmaatschap aan

SNOMED. Dit is hét internationaal medisch terminologiestelsel om er voor te zorgen dat zorginformatiesystemen dezelfde (technische) taal spreken. Landen die lid zijn van SNOMED zorgen dat organisaties, ontwikkelaars, leveranciers, kopers en uitvoerders de garantie hebben op een vrije en blijvende toegang tot het SNOMED terminologiestelsel en tegelijkertijd een bijdrage kunnen leveren aan de verdere ontwikkeling. Het hogere budget voor 2020 wordt veroorzaakt door ontvangen bijdragen t.b.v. de organisatie van de Internationale tabaksconferentie die in 2020 wordt gehouden (COP-9 van het WHO FCTC verdrag). Ten slotte worden op dit subartikel bijdragen aan enkele specifieke WHO-programma's begroot.

Vraag 1048

Kan uitgesplitst worden waaraan in elk van de jaren 2020 tot en met 2024 de bijdrage aan de World Health Organization (WHO) precies wordt besteed en in hoeverre dit budget al is gecommiteerd?

Antwoord:

Eerder dit jaar is met de WHO een nieuw (meerjarig) partnerschapprogramma afgesloten (2019–2023). Dit programma is het instrument waarmee Nederland, naast de verplichte contributies die het lidmaatschap van deze organisatie met zich meebrengt, vrijwillig bijdraagt aan het werk van de WHO. Deze vrijwillige bijdragen ter grote van € 19.800.000 (circa € 4 miljoen per jaar) komen uit de zogenaamde HGIS-gelden en worden ingezet op voor het Nederlandse volksgezondheidsbeleid relevante aandachtsgebieden. Het geld wordt op verschillende manieren ingezet, waaronder door de inzet van gedetacheerde medewerkers en/of de inzet van het RIVM.

In de onderstaande tabel is te zien hoe deze middelen tot en met 2021 worden ingezet.

	2.019 EUR	2.020 EUR	2.021 EUR
Strategic Objectives			
AMR	380.000	350.000	350.000
IHR/Emergency preparedness	200.000	200.000	200.000
Access to Medicines	200.000	200.000	200.000
NCDs	100.000	100.000	100.000
Convention Secretariat (FCTC)	98.000		
Global Dementia Observatory	230.000	230.000	-
<i>Subtotal HQ</i>	1.208.000	1.080.000	850.000
AMR	400.000	400.000	400.000
Access to Medicines	250.000	250.000	250.000
Vector-borne diseases	100.000	100.000	100.000
NCDs	100.000	100.000	100.000
<i>Subtotal EURO</i>	850.000	850.000	850.000
IHR implementation	200.000	200.000	200.000
AMR	50.000	50.000	50.000
Illicit drugs	50.000	50.000	50.000
<i>Subtotal PAHO</i>	300.000	300.000	300.000
Secondments			
AMR	349.000		
Tobacco/FCTC	223.000	223.000	
Illicit drugs	206.000		
<i>Subtotal secondments</i>	778.000	968.000	968.000
Collaboration with Dutch knowledge institutes (RIVM)			
Global AMR Surveillance (WHO CC)	260.000	260.000	260.000
IHR (WHO CC)	196.000	196.000	196.000
Polio (reference laboratory)	123.000	123.000	123.000
Pathogens in food and water (WHO CC)	100.000	68.000	68.000
Chemical food safety (WHO CC)	45.000	35.000	35.000
Reformulation – nutrition (WHO CC)	40.000	30.000	30.000
Tobacco product regulation (WHO CC)	50.000	40.000	40.000
Life course (WHO CC)	98.000	98.000	98.000
Health Information (collaboration with EURO)	50.000	50.000	50.000
<i>Subtotal RIVM</i>	962.000	900.000	900.000
Total	4.098.000	4.098.000	3.868.000

Vraag 1049

Hoe informeert u de Kamer over de inzet van het Ministerie van VWS richting de WHO op vraagstukken van antimicrobiële resistentie, grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen, niet-overdraagbare ziekten (NCDs), veiligheid van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen en het bevorderen van effectieve gezondheidssystemen?

Antwoord:

Met de Kamer wordt over de agenda van de WHO en onze inzet daarop, niet op een zelfde gestructureerde manier gesproken, als bijvoorbeeld over de agenda van de EU-raad voor Ministers van Volksgezondheid. Wel informeert de Minister van Buitenlandse Zaken uw Kamer periodiek (door middel van zogenaamde scorecards) over het functioneren van de internationale en multilaterale organisaties waar Nederland lid van is. Binnenkort zal de scorecard over de WHO (2019) naar uw Kamer worden gezonden.

Vraag 1050

Hoeveel fte, zowel intern als extern ingehuurd, is er werkzaam op de afdeling «Ethiek»? Kan dit aantal gegeven worden voor de periode 2010 tot en met 2019? Zijn er op het Ministerie van VWS arbeidscontracten afgesloten, dan wel mondelinge overeenkomsten gesloten met mensen over het niet willen meewerken aan bepaalde (initiatief)wetten of onderwerpen vanwege gewetensbezwaren?

Antwoord:

Er is een cluster Ethiek werkzaam binnen VWS. Dit cluster (8,1 fte) houdt zich bezig met medisch ethische onderwerpen en niet met de onderwerpen waar uw vragen over gaan.

Wel speelt ethiek een grote rol in het werk van diverse ambtenaren op het Ministerie van VWS. Er wordt geen aparte administratie bijgehouden in FTE (zowel in- als extern ingehuurd). Er zijn geen arbeidsovereenkomsten, dan wel mondelinge overeenkomsten bekend, met mensen over het niet willen meewerken aan bepaalde (initiatief)wetten of onderwerpen vanwege gewetensbezwaren.

Vraag 1051

Binnen de personele uitgaven kerndepartement, hoeveel medewerkers/fte zijn er werkzaam op het gebied van externe communicatie, zowel kijkend naar eigen personeel, externe inhuur of overige personele uitgaven (hiermee wordt bedoeld, persvoorlichting, publieksvoorlichting, sociale media en dergelijke)? Hoeveel van deze medewerkers/fte werken hierbij specifiek aan de externe communicatie van de bewindspersonen (te denken valt hierbij aan de Vlog terugblik)? Kan dit uitgesplitst worden per bewindspersoon? Hoe ontwikkelen deze aantallen zich sinds het jaar 2010?

Antwoord:

Voor het aantal medewerkers verwijs ik naar het overzicht bij het antwoord op vraag 123. Per bewindspersoon werken gemiddeld 7,5 fte vanwege de inhoudelijke kennis die nodig is t.a.v. de beleidsdossiers waar de bewindspersoon verantwoordelijk voor is. Deze functies zijn:

- Woordvoerder; verdeling van de verschillende dossiers
- Persvoorlichter; voorbereidend werk en directe beantwoording van persvragen
- Speechschrijver; de speeches worden uit naam van de bewindspersoon geschreven
- Social media-adviseur; advisering en uitvoering social mediakanalen en de terugblikvlog
- Adviseur en medewerker Externe Optredens; voorbereiden/uitvoeren van de uitnodigingen (voor externe optredens) de bewindspersoon ontvangt

In onderstaande tabel is de ontwikkeling van de aantallen fte weergegeven.

De vaste formatie van de directie Communicatie is de afgelopen jaren in stapjes uitgebreid. Deze groei is rechtstreeks terug te voeren op de wens om nieuwe ontwikkelingen in het communicatievak een plek te geven binnen de directie. Kennis van de buitenwereld op gestructureerde wijze binnen brengen en meer interactie met diezelfde buitenwereld vormen daarvan de kern. Daarom is er meer aandacht gegeven aan social en webcare, en is het team monitoring geprofessionaliseerd.

2011	2015	2016	2017	2018	2019
35,8	37,1	37,6	43,8	44,0	58,1

Vraag 1052

Om welke technische mutaties voor het jaar 2020 gaat het precies?

Antwoord:

De technische mutaties die zich in ieder geval in 2020 zullen voordoen zijn de bijdragen van buitendiensten aan de SSO's. In de begroting wordt alleen de bijdrage van het kerndepartement aan de SSO's begroot. De bijdrage aan de SSO's van verschillende buitendiensten is hierin nog niet opgenomen. Gedurende het jaar ontvangt het kerndepartement de bijdrage aan de SSO's van de verschillende organisatieonderdelen en zullen deze worden verwerkt.

Vraag 1053

Kunt u aangeven hoeveel handelsvergunningen het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) vanaf het jaar 2017 tot nu heeft verstrekt en geschorst?

Antwoord:

In de periode 1 januari 2017 tot en met 30 september 2019 heeft het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) 3439 nieuwe handelsvergunningen afgegeven. In dezelfde periode heeft het CBG 3996 handelsvergunningen uitgeschreven of geschorst. Het is niet mogelijk om een onderscheid te maken tussen de uitgeschreven of geschorste handelsvergunningen.

Vraag 1054

Kunt u aangeven hoeveel winst het Bureau Medicinale Cannabis (BMC) in 2020 verwacht te maken, aangezien voor het BMC in het jaar 2020 een omzet € 18,5 miljoen wordt verwacht? Wat gebeurt er met deze winst?

Antwoord:

In principe wordt er bij het BMC gestreefd naar kostendekkendheid. Voor zover fluctuaties in de bedrijfsvoering leiden tot een positief resultaat dan komt het overschot na betaling van vennootschapsbelasting ten goede aan de patiënt bijvoorbeeld voor het doen van onderzoek naar de werking van medicinale cannabis.

Vraag 1055

Hoe kan een Uitgavenplafond Zorg in combinatie met hoofdlijnenakkoorden (maximale groeirimte voor ziekenhuizen) en financiële arrangementen voor specialistische geneesmiddelen er voor (blijven) zorgen dat patiënten toegang houden tot nieuwe behandelingen?

Antwoord:

Het stelsel van kaders en afspraken met de zorgveldpartijen zorgt- op een integrale wijze- voor de betaalbaarheid, beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg op korte en langere termijn. Binnen dat stelsel is ruimte gecreëerd- onder meer door jaarlijkse verruiming van de zorguitgaven, door het verbeteren van de doelmatigheid van de organisatie van de zorg en door het stimuleren van innovatieve zorg- om nieuwe behandelingen toegankelijk te maken.

Vraag 1056

Komt de overboeking van het Uitgavenplafond Zorg naar het Uitgavenplafond Rijksbegroting beiden neer op een overheveling van het (private)

premie gefinancierde kader naar het (publieke) belasting gefinancierde kader? Wat betekent deze overheveling voor de toegankelijkheid van premie gefinancierde (specialistische) zorg?

Antwoord:

De overboeking van het uitgavenplafond Zorg naar het uitgavenplafond Rijksbegroting betekent dat uitgaven die voorheen onder het uitgavenplafond Zorg vielen, nu worden verantwoord op de Rijksbegroting in enge zin.

Zoals in de begroting gemeld heeft het grootste deel hiervan betrekking op een overboeking van extra middelen voor jeugdzorg naar de algemene uitkering van het gemeentefonds. Er is in dit geval geen sprake van overheveling van premiegefinancierde zorg naar belasting gefinancierde zorg.

De op één na grootste post betreft de loon- en prijsindexatie voor de Wmo en jeugdbudgetten die net als in voorgaande jaren voor het lopende jaar (in dit geval 2019) overgeheveld wordt naar de algemene uitkering van het gemeentefonds. Hierbij is dus wel sprake van overheveling van premiegefinancierde zorg naar belasting gefinancierde zorg, maar omdat deze gereserveerd stonden met het doel om overgeheveld te worden heeft dit geen effect op de toegankelijkheid van premiegefinancierde (specialistische) zorg.

Vraag 1057

Welke rol spelen apotheekbereidingen in situaties waarin specialistische geneesmiddelen, vanwege de prijs of het totale budgettaire beslag, in de zogenaamde sluis zijn geplaatst en/of overheid en aanbieder een (verlenging van een) financieel arrangement overeen moeten komen? Wordt een apotheekbereiding weer teruggetrokken van de markt wanneer tot vergoeding van een regulier geneesmiddel wordt besloten?

Antwoord:

Ik heb in mijn brief aan uw kamer van 8 april 2019 (kamerstuk 29 477, nr. 569, <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/04/08/brief-magistrale-bereidingen-aan-tweede-kamer>) aangegeven onder welke voorwaarden een apotheekbereiding is toegestaan. Als een geneesmiddel in de sluis is geplaatst of er een financieel arrangement is gesloten gelden er geen andere voorwaarden. De voorwaarden voor apotheekbereidingen zijn altijd hetzelfde en algemeen geldend. Voor de volledigheid geef ik de voorwaarden voor een apotheek hieronder weer:

1. de bereiding vindt plaats in de apotheek, aan de hand van een medisch recept voor één patiënt, of op voorraad, voor nog te bepalen patiënten van die apotheek;
2. de bereiding voldoet aan de Europese Farmacopee; en
3. de bereiding dient voor «verstrekking in het klein».

Als aan deze voorwaarden wordt voldaan, die in bovengenoemde brief uitgebreider zijn toegelicht, kan een apotheker een eigen bereiding aan de patiënt verstrekken. Nogmaals, er zijn geen voorwaarden die betrekking hebben op bijvoorbeeld de periode dat over een geregistreerd alternatief van de apotheekbereiding wordt onderhandeld of in de sluis zit.

Ik heb in bovengenoemde brief wel aangegeven dat het gebruik van geregistreerde geneesmiddelen het uitgangspunt is en moet blijven. Uiteraard tegen een redelijke en aanvaardbare prijs. Indien er voor een geregistreerd geneesmiddel een financieel arrangement met mij is overeengekomen, is er in mijn ogen sprake van een aanvaardbare prijs van dat geregistreerde geneesmiddel.

Maar als er een heel hoge prijs voor een geneesmiddel wordt gevraagd die niet onderbouwd kan worden en er is een kwalitatief goede bereiding

beschikbaar dan sta ik allereerst voor het belang van patiënten. Die kunnen met zo'n bereiding de behandeling krijgen die men nodig heeft.

Vraag 1058

Waarom wordt de groeirimte geneesmiddelen verlaagd? Waarom wordt dit niet ingezet om geneesmiddeltekorten te voorkomen?

Antwoord:

Bij de 1e suppletoire wet op de begroting 2019 is de groeirimte verlaagd. Zoals destijds ook beantwoord op de schriftelijke Kamervragen is dit een bijstelling van de groeirimte (volume en prijs) naar 2,2% in de jaren 2019 en 2020, waar eerder in het budget voor extramurale geneesmiddelen rekening werd gehouden met een groei van 3,5% (het verschil komt o.a. door een beperkte toename van het geneesmiddelengebruik – het gebruik blijft achter bij het niveau dat op basis van de vergrijzing en de bevolkingstoename zou mogen worden verwacht). Ook is de ruimte op het budget verlaagd doordat er (op termijn) minder ruimte wordt aangehouden voor onzekerheden waar raming van Zorginstituut geen rekening mee houdt (zoals instroom van nieuwe extramurale zeer dure geneesmiddelen).

Het onderzoek naar de gevolgen van het vergroten van de voorraden van geneesmiddelen (om geneesmiddeltekorten grotendeels te voorkomen) door Gupta Strategists zal, inclusief de vervolgstappen die genomen dienen te worden, waarschijnlijk in oktober naar de Tweede Kamer worden verzonden.

Vraag 1059

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

Antwoord:

Zie hiervoor het antwoord op vraag 125.

Vraag 1060

Hoeveel apothekers zijn er?

Antwoord:

Er zijn volgens apothekersorganisatie KNMP 5328 actieve apothekers.

Vraag 1061

Hoeveel apotheekhoudende huisartsen zijn er?

Antwoord:

Er zijn bij het CIBG 571 ingeschreven apotheekhoudende huisartsen (hoofdvergunninghouders inclusief associés).

Vraag 1062

Bij welke medicijnen waren er afgelopen jaar tekorten en kon dit niet geleverd worden?

Antwoord:

Ondanks dat er voor veel geneesmiddelen een alternatief geneesmiddel beschikbaar was of uit het buitenland gehaald kon worden, is er in 2018 alsnog een aantal tekorten ontstaan waarvoor er geen of niet direct een ander vergelijkbaar geneesmiddel beschikbaar was. Het CBG en IGJ hebben bij deze tekorten oplossingen aangedragen om de gevolgen voor patiënten zoveel mogelijk te beperken. Middelen met tekorten waarover het CBG heeft gepubliceerd zijn Disulfiram (Refusal), Levothyroxinena-

trium Teva, Levodopa/carbidopa, Mupirocine (Bactroban), Tilmanocept (Lymphoseek) en Levothyroxine (Thyrofix).

Vraag 1063

Hoeveel patiënten moesten vanwege de tekorten in het afgelopen jaar overstappen op een ander medicijn?

Antwoord:

Het is heel vervelend voor een patiënt als een geneesmiddel niet of beperkt voorradig is. Het aantal wisselingen evenals het aantal patiënten dat met wisselen te maken krijgt is de afgelopen jaren stabiel. Het aandeel van de wisselingen van geneesmiddelen dat wordt veroorzaakt door een tekort is relatief beperkt: uit cijfers van Vektis over 2018 blijkt dat het om circa 1,8% van alle wisselingen gaat.

Vraag 1064

Wat zou het kosten en opleveren als fabrikanten worden verplicht grotere medicijnvoorraden aan te houden?

Antwoord:

Het onderzoeksrapport van Gupta Strategists naar de gevolgen van het vergroten van de voorraden van geneesmiddelen zal naar verwachting in oktober aan u worden toegezonden. In dat rapport zal onder meer worden ingegaan op de kosten en opbrengsten van een grotere voorraad.

Vraag 1065

Wat zou het kosten en opleveren als cruciale geneesmiddelen voortaan in Europa worden gemaakt?

Antwoord:

Geneesmiddelen en de actieve ingrediënten voor geneesmiddelen worden op steeds minder locaties in de wereld geproduceerd, en vaak is er ook nog sprake van een concentratie van deze locaties in een bepaalde regio (bijvoorbeeld China en India). Dit zorgt voor een kwetsbare situatie en maakt ons ook afhankelijk van andere regio's. Daarom wil ik onderzoeken of het mogelijk is deze kwetsbaarheden te verminderen, bijvoorbeeld door de productie van een aantal geneesmiddelen naar Europa te halen. Dit wil ik bespreken met mijn Europese collega's, ik kan dit niet alleen oplossen. Ik zal dan ook gezamenlijk met mijn Europese collega's moeten laten onderzoeken wat de kosten en baten zijn van een dergelijk plan. Op dit moment weet ik dat nog niet.

Wel wil ik opmerken dat gezien het feit dat geneesmiddelenproductie een internationale markt is, ik niet perse streef naar het halen van productie van geneesmiddelen naar Nederland. Ik zie veel meer in een Europese oplossing.

Vraag 1066

Wat zou het kosten en opleveren als cruciale geneesmiddelen voortaan in Nederland worden gemaakt?

Antwoord:

Zie antwoord 1065.

Vraag 1067

Wat bedroeg in het afgelopen jaar het marketingbudget van de farmaceutische industrie in Nederland?

Antwoord:

Ik ben niet bekend met de hoogte van marketingbudgetten van de farmaceutische industrie in Nederland; hierover is – voorzover mij bekend – geen openbare informatie beschikbaar.

Wél kan ik aangeven dat in het Transparantieregister Zorg financiële relaties tussen zorgprofessionals en zorginstellingen met geneesmiddelenbedrijven of met leveranciers van medische hulpmiddelen openbaar worden gemaakt door de Stichting Transparantieregister Zorg. Dit register is openbaar en door iedereen online te raadplegen. Het totaalbedrag aan financiële relaties tussen geneesmiddelenbedrijven met zorgprofessionals en zorginstellingen bedroeg over het jaar 2018 ongeveer € 63 miljoen (<https://www.transparantieregister.nl/Transparantieregister/media/Transparantieregister/Algemeen/Kengetallen-Transparantieregister-Zorg-2018.pdf>).

Vraag 1068

Hoeveel apothekers bereiden zelf medicijnen?

Antwoord:

Naast de ziekenhuisapotheken en de collegiaal doorleverende apotheken zijn er enkele tientallen apotheken die op reguliere basis een apotheekbe-reiding maken.

Vraag 1069

Waardoor worden de lager dan verwachte uitgaven aan geneesmiddelen veroorzaakt? Geven de structureel lagere uitgaven aanleiding het beleid en de toon ten aanzien van specialistische geneesmiddelen te wijzigen?

Antwoord:

Met betrekking tot de lager dan verwachte uitgaven aan extramurale geneesmiddelen (openbare apothekers) zie antwoord op vraag 1058.

Nee. De uitgaven aan intramurale geneesmiddelen (ziekenhuizen), waar vooral de nieuwe specialistische geneesmiddelen worden gebruikt, groeien al een aantal jaar fors (zie monitor Geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg, NZa, januari 2019).

Vraag 1070

Hoeveel mensen hebben een Wlz-indicatie? Hoeveel mensen maken gebruik van intramurale verpleeghuiszorg?

Antwoord:

Op 1 juli 2019 hebben 302.612 mensen een indicatie voor een zorgprofiel in de Wlz (bron: ClZ). Hiervan hebben 160.987 mensen een indicatie voor een zorgprofiel VV4-VV10 (verpleeghuiszorg).

Op 1 juli 2019 maken 118.367 mensen gebruik van intramurale verpleeghuiszorg (VV4-VV10). Dit aantal is afgeleid uit de uitvoeringsinformatie van het Zorginstituut. Dit zijn de meest recente cijfers.

Vraag 1071

Hoeveel mensen hebben er nog een indicatie voor verpleeghuiszorg (zzp 1, 2, en 3) en maken gebruik van intramurale zorg?

Antwoord:

In onderstaande tabel is het aantal personen met een indicatie ZZP VV1 t/m VV3 weergegeven volgens de gegevens van het ClZ. Daarnaast is het aantal personen weergegeven dat gebruik maakt van intramurale zorg. Deze aantallen zijn afgeleid uit de uitvoeringsinformatie van het Zorginstituut. Dit zijn de meest recente cijfers.

Zorgprofiel	Aantal personen met indicatie op 1 juli 2019	Aantal personen met intramurale zorg op 1 juli 2019
VV01	526	233
VV02	1.334	686
VV03	2.376	1.438
VV01 t/m VV03	4.236	2.357

Vraag 1072

Kunt u toelichten welke kosten, anders dan werkgelegenheid, het meeste bijdragen aan de groei van de uitgaven?

Antwoord:

De groei van de zorguitgaven wordt vooral veroorzaakt door demografische ontwikkelingen, technologische ontwikkelingen en loon- en prijsstijgingen.

Demografische ontwikkelingen betekenen dat er meer personeel nodig is, maar ook zwaarder gekwalificeerd personeel. Technologische ontwikkelingen leiden onder andere tot de introductie van nieuwe dure medicijnen en hulpmiddelen, maar ook tot dure apparatuur.

Vraag 1073

Wat levert het op als de aftopping op de inkomensafhankelijke bijdrage in de Zvw wordt afgeschaft?

Antwoord:

In de Zorgverzekeringswet ligt vast dat via de inkomensafhankelijke bijdrage (IAB) de helft van de inkomsten wordt gegenereerd. De andere helft betreft de nominale premie, het eigen risico en de rijksbijdrage voor kinderen. Bij een gegeven uitgavenniveau staat de macro-IAB-opbrengst dus vast. Op dit moment wordt de IAB geheven tot de premiegrens werknemersverzekeringen (dezelfde grens die geldt voor de WW- en de WIA premie). Indien de IAB over het gehele inkomen zou worden geheven, dan zou de macro-opbrengst dus niet toenemen, maar zou het percentage dalen.

Vraag 1074

Hoeveel bedragen de winsten, de reserves en overreserves van de zorgverzekeraars? Hoeveel moeten ze wettelijk aanhouden? Wanneer zullen de overtollige reserves zijn afgebouwd?

Antwoord:

Zie de antwoorden op vraag 72 en vraag 74.

Vraag 1075

Kan een overzicht van de reserveontwikkeling van de zorgverzekeraars worden gegeven sinds het jaar 2006?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 72.

Vraag 1076

Kunt u de stijging van 3% in 2018 van de DBC-vrije segment nader toelichten?

Antwoord:

Een stijging in de omzet van het segment met vrije prijzen kan verschillende oorzaken hebben. Naast volume-effecten kan het gaan om prijseffecten, bijvoorbeeld als gevolg van loon- en prijsbijstellingen

(indexering). Op basis van declaratie-informatie van Vektis kan worden bekeken hoe de ontwikkeling is geweest per specialisme. Hieruit is op te maken dat er relatief grote stijgingen plaatsvinden in onder andere de specialismen urologie, maag-darm-leverziekten, geriatrie en anesthesiologie.

Vraag 1077

Kunt u een toelichting geven op de totale uitgaven in de zorg van de jaren 2010 tot 2018, zowel bruto, als netto, in relatie tot de groei in de werkgelegenheid in zorg en welzijn (aantal)?

Antwoord:

De werkgelegenheid in de zorg is een belangrijke factor in de ontwikkeling van de zorguitgaven. Ongeveer tweederde van de zorguitgaven bestaan uit personeelskosten. Er zijn echter ook nog tal van andere factoren die van invloed zijn op de ontwikkelingen van de zorguitgaven, zoals de uitgaven aan dure medicijnen en hulpmiddelen en loon- en prijsontwikkelingen. Met alleen de ontwikkeling van de werkgelegenheid is de ontwikkeling van de zorguitgaven daarmee niet te verklaren.

Uit onderstaande tabellen wordt duidelijk dat de ontwikkelingen van de uitgaven en de werkgelegenheid redelijk parallel lopen. Van 2010 tot en met 2012 was er sprake van een stijging in de uitgaven en het aantal werknemers. Tussen 2012 en 2015 bleven de zorguitgaven redelijk stabiel en daalde de werkgelegenheid in de zorg. Van 2015 zien we weer een (sterkere) stijging van de zorguitgaven en vanaf 2016 stijgt het aantal werknemers in de zorg ook weer.

Zorguitgaven in miljarden euro's

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Netto-uitgaven	59,8	61,3	64,3	64,2	64,2	63,7	65,9	67,8	70,6
Bruto-uitgaven	62,7	64,4	67,9	68,8	69,3	68,9	71,0	72,8	75,6

Aantal werknemers in de zorg (ultimocijfers, X 1000)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Werkgelegenheid	1.163	1.187	1.200	1.185	1.161	1.146	1.148	1.171	1.203

Bron: CBS, AZW-statline

Vraag 1078

Kunt u toelichten waarom verwacht wordt dat de Zvw-uitgaven voor de huisartsenzorg significant zullen stijgen tot en met het jaar 2022 en er daarna een daling inzet?

Antwoord:

Voor de looptijd van het Bestuurlijk Akkoord huisartsenzorg (2019 t/m 2022) zijn er afspraken gemaakt over het beschikbare budgettaire kader in deze jaren. Voor die jaren zijn er ook afspraken gemaakt over incidentele uitgaven. Voor de periode na 2022 moeten nog afspraken worden gemaakt (initiatief ligt bij het volgende kabinet) en dus kan nog geen verwachting worden uitgesproken over het beschikbare budgettaire kader in die jaren.

Vraag 1079

Kunt u toelichten waarom verwacht wordt dat de Zvw-uitgaven voor geneesmiddelen zullen dalen na het jaar 2021?

Antwoord:

De taakstelling op geneesmiddelen uit het regeerakkoord is verwerkt in het financiële kader, waardoor het financiële kader in deze begroting een aflopend karakter heeft. Er is echter nog geen rekening gehouden met toedeling van groeiruimte vanaf 2021 en loon- en prijsbijstellingen van 2020 en verder (deze posten worden standaard pas later verwerkt). Indien met inschattingen daarvan rekening wordt gehouden zal het financiële kader beperkt groeien.

Vraag 1080

Kunt u aangeven hoe groot het aandeel in de uitgaven medisch specialistische zorg van de uitgaven aan dure geneesmiddelen is? Kunt u daarbij expliciet maken welke kortingen er worden gegeven (door het Bureau Financiële Arrangementen van het ministerie, ziekenhuizen en zorgverzekeraars)?

Antwoord:

In 2017 bedraagt het aandeel van de uitgaven aan dure geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg naar schatting 8,8% (monitor «Geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg, NZa, januari 2019, pagina 8). Over 2017 is, zoals gemeld in de voortgangsbrief financiële arrangementen 2018 d.d. 2 oktober 2018, er door middel van financiële arrangementen een korting van € 71 miljoen m.b.t. intramurale geneesmiddelen behaald. Eind oktober 2019 ontvangt u de voortgangsbrief financiële arrangementen 2019 met daarin de laatste informatie over de behaalde kortingen. Met betrekking tot de kortingen die ziekenhuizen en zorgverzekeraars zelf behalen op andere producten kan ik niet expliciet aangeven hoe hoog ze zijn.

Vraag 1081

Hoe ontwikkelt (binnen de post «Overig curatieve zorg») het budget voor de GLI zich in elk van de jaren 2019 tot en met 2024 en op welke veronderstellingen zijn deze ramingen gebaseerd?

Antwoord:

Voor 2019 is een bedrag van € 8,4 miljoen beschikbaar, in de jaren daarna een structureel bedrag van € 10,9 miljoen. Dit budget is bepaald op basis van de grootte van de potentiële doelgroep, ervaringen met pilots in verschillende regio's en de door de NZa vastgestelde maximumtarieven. Het verschil tussen 2019 en de andere jaren vindt zijn oorzaak in het feit dat een volledig GLI-traject twee jaar beslaat. Het jaar 2019 is het eerste jaar en dus zijn alleen de kosten van het eerste jaar geraamd. In de andere jaren is ook budget beschikbaar voor de kosten van het tweede jaar van het traject.

Vraag 1082

Wat is de verklaring voor de daling van de uitgaven aan «Overig curatieve zorg» na 2019?

Antwoord:

Verklaring voor de daling vanaf 2020 is de overheveling van de kwaliteitsgelden curatieve zorg naar de begroting van VWS. Dit betreft de kwaliteitsmiddelen die op grond van de bestuurlijke akkoorden voor de huisartsenzorg, MSZ en ggz beschikbaar zijn gesteld voor onder andere de ontwikkeling van richtlijnen. De middelen die bij begroting 2019 zijn toegevoegd aan de sector Overig curatieve zorg, worden vanaf 2020 via ZonMw gefinancierd en zijn daarom vanaf dat jaar overgeheveld naar de begroting.

Vraag 1083

Kan de beleidsmatige mutatie «BTW-bijstelling GLI» toegelicht worden?

Antwoord:

Na overleg met het Ministerie van Financiën is geconcludeerd dat de GLI op grond van de huidige regelgeving niet onder één van de btw vrijstellingen valt. Om te voorkomen dat als gevolg van de btw heffing minder budget beschikbaar is voor het uitvoeren van de GLI activiteiten is besloten het budget te verhogen. Overigens wordt op Europees niveau nagegaan of deze zienswijze door de Europese Commissie en andere lidstaten wordt gedeeld.

Vraag 1084

Is de vergoeding van een nu startende, twee jaar durende GLI-behandeling ook volgend jaar en het jaar daarna gegarandeerd?

Antwoord:

Ja. De GLI maakt onderdeel uit van het basispakket van de zorgverzekering.

Vraag 1085

Kunt u aangeven waar de stijging van de uitgaven aan geneesmiddelen door wordt veroorzaakt?

Antwoord:

Over de stijging van de uitgaven aan intramurale geneesmiddelen heeft de NZa aangegeven: «Deze stijging wordt veroorzaakt door de komst van nieuwe geneesmiddelen met een hoge prijs en een hoge budgetimpact met een snel stijgend volume, waaronder een stijging van het aantal patiënten.» (Monitor «Geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg, januari 2019, pagina 4).

De stijging van de uitgaven aan extramurale geneesmiddelen (ingeschat op 2,2% in 2020) wordt veroorzaakt door een beperkte groei van het volume en een prijsontwikkeling van rond de 0% (op basis van raming uitgaven door Zorginstituut).

Vraag 1086

Kunt u aangeven hoe groot de besparing als gevolg van de voorgenomen wijziging van de Wet geneesmiddelenprijzen is? Bent u ook van mening dat de bodem door alle beleidsmaatregelen van de afgelopen jaren bereikt is en dat verdere beleidsmaatregelen wel eens zouden kunnen leiden tot beschikbaarheidsproblemen omdat de prijzen in Nederland te laag worden?

Antwoord:

De geschatte besparing voor extramurale geneesmiddelen is vanaf 2020 structureel € 160 miljoen op jaarbasis. Bij de voorgenomen inwerking-treding van het wetsvoorstel per 15 december 2019 zullen de wettelijke maximumprijzen bij de eerstvolgende herijking – 1 april 2020 – worden aangepast. Dit betekent dat de hoogte van de besparing voor 2020 wordt ingeschat op € 120 miljoen. De geschatte besparing voor intramurale geneesmiddelen is vanaf 2020 structureel € 140 miljoen op jaarbasis. Ook hier geldt dat voor 2020 het bedrag aan geschatte besparingen lager ligt, namelijk op € 105 miljoen (omdat de eerste herijking van de wettelijke maximumprijzen op 1 april 2020 plaatsvindt).

Het is moeilijk om in het algemeen te stellen dat de bodem bereikt is. Bij elke maatregel die ik neem, zoals bij de voorgenomen wijziging van de Wet geneesmiddelenprijzen, heb ik oog voor de balans tussen betaal-

baarheid en beschikbaarheid. Daarom wordt een maximumprijs op basis van de Wet geneesmiddelenprijzen ook na de voorgenomen wetswijziging nog altijd gebaseerd is op het *gemiddelde* van de prijzen in met Nederland vergelijkbare landen. De wettelijke maximumprijs betreft dus altijd een prijs die gemiddeld genomen ook in vergelijkbare landen geldt en daar voor die prijs op de markt gebracht kan worden. Als het gaat over beschikbaarheidsproblemen geldt verder dat uit de meldingen bij het Meldpunt geneesmiddelentekorten blijkt dat vaak als reden voor een beschikbaarheidsprobleem een vertraging in de productie of het distributieproces van een geneesmiddel wordt aangegeven. De lage prijzen spelen mogelijk wel een rol op het moment dat een firma na een productieprobleem de productie weer opstart en bij de herverdeling van de beperkte nieuwe voorraad voorrang geeft aan de landen met hogere prijzen. Maar vanwege de lage prijzen besparen we in Nederland ook veel op de zorgkosten.

Vraag 1087

Waardoor wordt de € 9,2 miljoen structurele en nog eens € 40 miljoen additionele onderschrijding veroorzaakt?

Antwoord:

De bijstelling van de uitgaven in 2018 van € 9,2 miljoen is op basis van uitgavengegevens van verzekeraars gedaan. Omdat het om een relatief zeer beperkt bedrag gaat is niet expliciet aan te geven waardoor dit komt. De extra € 40 miljoen in 2019 is ook op basis van gegevens vanuit verzekeraars verwerkt. Omdat het een voorlopige inschatting betreft is nog niet goed aan te geven waardoor dit komt, waarschijnlijk heeft dit onder andere te maken met een beperkte volumegroei (het gebruik van geneesmiddelen blijft achter bij het niveau dat op basis van de vergrijzing en de bevolkingstoename zou mogen worden verwacht).

Vraag 1088

Kunt u per hoofdlijnenakkoord aangeven hoe de feitelijke, niet ingeboekte, uitgavenontwikkeling is?

Antwoord:

In onderstaande tabel is weergegeven wat de feitelijke uitgavenontwikkeling is per hoofdlijnenakkoord voor de jaren 2014–2018 op basis van de stand begroting 2020. De wijkverpleging is in deze tabel opgenomen vanaf het jaar dat deze sector onder de Zvw is gebracht. In de cijferreeksen is overigens niet gecorrigeerd voor technische mutaties en overhevelingen die schommelingen tussen jaren kunnen veroorzaken (bijvoorbeeld de dbc-tijdverkorting in de MSZ in 2015, die in dat jaar tot een eenmalige daling van de uitgaven heeft geleid).

Tabel. Realisatiecijfers hoofdlijnenakkoorden 2014–2018 (bedragen x € 1 miljoen)

	2014	2015	2016	2017	2018
Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg	3.003,3	3.021,5	3.162,6	3.275,3	3.468,8
Wijkverpleging		3.112,1	3.236,7	3.399,7	3.637,2
GGZ	3.732,7	3.257,1	3.405,9	3.561,9	3.664,9
MSZ	20.567,0	19.946,7	21.516,8	21.962,3	22.602,2

Vraag 1089

Hoe wordt het perspectief van patiënten/cliënten meegenomen zodat zorgverleners goed weten wat hun behoeften zijn op het gebied in inzet van eHealth bij hen thuis? Wordt partijen die een aanvraag doen ook gevraagd in welke mate ze patiënten-(organisaties)?

Antwoord:

Bij een aanvraag voor de Stimuleringsregeling E-health Thuis worden plannen reeds getoetst op de criteria of de cliënt betrokken is bij de implementatie van de e-health toepassing én of de cliënt toegevoegde waarde ervaart bij het gebruik van de e-health toepassing. Partijen die subsidie ontvangen rapporteren hier verder jaarlijks over naar de RVO.

Vraag 1090

Klopt het dat voor de gebruikersregeling na het jaar 2020 geen middelen zijn begroot, terwijl in de communicatie van MedMij gesproken wordt over een impulsfinanciering die loopt van eind 2019 tot 2023?

Antwoord:

De impulsfinanciering is bedoeld voor leveranciers van PGO's om aan de eisen van het MedMij afsprakenstelsel te voldoen. Deze financiering betreft 25 * € 160.000,- in totaal en deze is in 2018 volledig uitgekeerd. De gebruikersregeling is om ervoor te zorgen dat burgers kosteloos een PGO kunnen kiezen (€ 7,50 per gebruiker). In de gebruikersregeling staat dat deze loopt tot 31 december 2020. De regeling biedt de mogelijkheid tot verlenging tot 2023. Als er op een eerder moment een oplossing is voor structurele financiering dan kan daar op overgestapt worden en is het niet nodig de regeling tot 2023 door te laten lopen. In de voornemens voor 2020 wordt voorzien in de dekking van deze regeling.

Vraag 1091

Wat is de stand van zaken in het programma Uitkomstinformatie voor samen beslissen?

Antwoord:

In het programma Uitkomstgerichte Zorg 2018–2022 wordt gewerkt aan het verbeteren van de positie van de patiënt in het zorgproces langs vier inhoudelijke lijnen: i) het in kaart brengen van de uitkomsten van behandelingen voor patiënten, ii) ervoor te zorgen dat patiënten en professionals samen beslissen over passende behandelopties, iii) het centraal stellen van de patiënt in de organisatie en financiering van zorg en iv) de informatie van en voor de patiënt eenvoudig op de juiste plek beschikbaar te hebben. Daarnaast wordt binnen het programma gewerkt aan het stimuleren van gedragsveranderingen die nodig zijn om de waarde van zorg voor de patiënt centraal te stellen (veranderaanpak). Voor de stand van zaken van dit programma verwijs ik u naar de voortgangsrapportage van dit programma ik uw Kamer op 5 juli jongstleden heb doen toekomen⁵². De voortgangsrapportage beschrijft de acties en de resultaten van het afgelopen jaar en de wijze waarop de samenwerking met de partijen van het Hoofdpijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg is georganiseerd. Tevens beschrijft de voortgangsrapportage welke ambities en resultaten voor het komend jaar op de agenda staan. Met de uitvoering van de in de VWS-begroting 2020 genoemde werkplannen (gereed september 2019) is inmiddels gestart.

Vraag 1092

Wat is de reden voor de kasschuif ggz met betrekking tot de hoofdlijnenakkoorden?

Antwoord:

In het Hoofdpijnenakkoord ggz is afgesproken dat het tienjarige Onderzoeksprogramma ggz bestendig werd. Om de resultaten van dit onderzoek meer betekenisvol te laten zijn is het nodig dat de toegekende onderzoeken een langere looptijd kennen. Om dit mogelijk te maken is de

⁵² Tweede Kamer, 2018–2019, 31 476, nr. 28.

€ 5 miljoen euro per jaar die hiervoor gedurende de duur van het HLA GGZ beschikbaar is gesteld met een kasschuif uitgesmeerd over een langere periode.

Vraag 1093

Kunt u toelichten wat de stand van zaken is in het meten van patiëntervaringen als belangrijke pijler in het kwaliteitsbeleid?

Antwoord:

Bij de behandeling van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) in de Tweede Kamer is toegezegd de beleving en de ervaringen van patiënten te monitoren. Een belangrijk uitgangspunt van de Wvggz is namelijk dat zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met de wensen en voorkeuren van de betrokkene. Dit zal worden meegenomen met de evaluatie van de Wvggz die binnen twee jaar na inwerkingtreding aan de beide Kamers zal worden gezonden.

Vraag 1094

Op basis van de motie Van den Berg (Kamerstuk 25 424, nr.471) zou de evaluatie van de Wet verplichte ggz in het derde kwartaal van het jaar 2021 moeten zijn – waarom wordt hier dan aangegeven dat deze pas na twee jaar na inwerkingtreding zal zijn?

Antwoord:

In artikel 16:1 van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) staat dat er binnen twee jaar na inwerkingtreding een evaluatie plaatsvindt en deze aan de beide Kamers wordt gezonden. Dat staat per abuis als «twee jaar na inwerkingtreding» weergegeven in de begroting. Zoals ik heb aangegeven in het debat waaruit de bedoelde motie voortvloeide, zal ik in deze evaluatie ook het instrumentarium meenemen en wil ik mijn uiterste best doen om hierover in het derde of vierde kwartaal van 2021 meer duidelijkheid te geven.

Vraag 1095

Met betrekking tot de motie Van den Berg & Kerstens over de begroting en jaarverslag staat dat deze in behandeling is – betekent dat we voor het jaar 2021 verdere verbetering kunnen verwachten?

Antwoord:

De motie Van den Berg & Kerstens verzoekt de regering, om het jaarverslag en de begroting 2020 conform het verzoek van de vaste Kamercommissie VWS van 2015 op te stellen. Concreet betekent dit een verzoek voor zinvolle indicatoren, beleidsconclusies en een smart beleidsverslag.

In de VWS-begroting 2020 is hier als volgt gehoor aan gegeven. In de beleidsagenda zijn diverse indicatoren uit de verschillende actieprogramma's opgenomen en is aandacht besteed aan duidelijke toelichtingen. Daarnaast is niet meer een uitsnede uit de VWS-monitor opgenomen in de begroting maar is deze separaat naar uw kamer verzonden. Uiteindelijk moet dit tevens resulteren in scherpere beleidsconclusies bij het jaarverslag 2020, dat in mei 2021 verschijnt.

Vraag 1096

Hoe staat het met de uitvoering van de motie-Dik-Faber en Rutte over de informatievoorziening aan patiënten over wijzigingen in het spoedzorglandschap (Kamerstuk 29 247, nr. 279)?

Antwoord:

Op 1 oktober jl. heeft u van mij een brief ontvangen over de concept-amvb acute zorg. In deze brief heb ik gereageerd op de onderhavige motie. Ik

heb in dat kader aangegeven dat de concept-amvb acute zorg aangeeft op welke wijze inwoners, patiënten en gemeenten moeten worden betrokken bij de besluitvorming over wijzigingen in het spoedzorglandschap. Naar aanleiding van de motie heb ik de Patiëntenfederatie gevraagd of zij van oordeel is dat de positie van burgers in het besluitvormingsproces met de concept-amvb voldoende stevig wordt verankerd, dan wel of er nog aanpassingen gewenst waren. Op verzoek van de Patiëntenfederatie wordt de toelichting van de concept-amvb aangescherpt en aangevuld. De Patiëntenfederatie heeft mij laten weten dat zij zich, met deze wijzigingen, goed kan vinden in de wijze waarop de positie van inwoners en patiënten bij het besluitvormingsproces wordt verankerd in de concept-amvb.

Vraag 1097

Hoe staat het met de uitvoering van de motie van de leden Dik-Faber en Arno Rutte over afspraken en informatie over alternatieve vormen van spoedzorg (Kamerstuk 29 247, nr. 280)?

Antwoord:

U ontvangt voor de begrotingsbehandeling een brief met betrekking tot de agenda acute zorg. In die brief zal ik tevens een reactie geven op de motie-Dik-Faber en Arno Rutte over afspraken en informatie over alternatieve vormen van spoedzorg (TK 2018–2019, 29 247 nr. 280).

Vraag 1098

Kunt u de Kamer voor de begrotingsbehandeling 2020 informeren over de uitvoering van de motie Dik-Faber over lactatiekundige zorg beter inbedden in de jeugdgezondheidszorg (Kamerstuk 35 000 XVI, nr. 54)?

Antwoord:

Momenteel loopt er in opdracht van VWS een onderzoek naar borstvoeding. Het doel van het onderzoek is inzicht te krijgen in de factoren die ervoor zorgen dat moeders eerder stoppen met borstvoeding geven dan zij zelf zouden willen, én om verbeterpunten te formuleren om deze factoren te verminderen. De resultaten van dit onderzoek verwacht ik in de tweede helft van oktober. Daar ik de resultaten van dit onderzoek wil gebruiken om invulling te geven aan de motie, lukt het niet voor de begrotingsbehandeling te reageren.

Vraag 1099

Hoe staat het met het plan van aanpak om er voor te zorgen dat bewezen niet-effectieve zorg niet langer standaard wordt aangeboden en welke nog niet bewezen zorg nog verder onderzocht moet worden?

Antwoord:

Ik heb u voor de zomer het plan van het Programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (TK 29 689, nr. 999) toegestuurd met de toezegging dat u van mij na de zomer een inhoudelijke reactie zal ontvangen. Deze ontvangt u dan ook op korte termijn, nog voor de begrotingsbehandeling.

Vraag 1100

Kunt u aangeven wat de stand van zaken is van de plannen die momenteel voor de praktische uitvoering van het VN-Verdrag in 2019 met de openbare lichamen in Caribisch Nederland worden opgesteld?

Antwoord:

De afspraken over de uitvoering van het VN-verdrag handicap maken we onderdeel van een breder pakket aan afspraken tussen het Rijk en de openbare lichamen. Hierdoor sluiten we zoveel mogelijk aan bij wat er al is, zodat we komen tot praktische, duurzame uitvoering en het onderwerp zo integraal mogelijk wordt benaderd. Voor Bonaire werken we de

afspraken op de implementatie van het VN-verdrag bijvoorbeeld verder uit in een uitvoeringsagenda zoals afgesproken in de recent door Staatssecretaris Blokhuis ondertekenende samenwerkingsovereenkomst «Gezond en Wel».

Vraag 1101

Kunt u, constaterende dat de eerste resultaten van de health study op 29 mei zijn gepubliceerd door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), de eilanden meer tijd hebben gevraagd om op basis van de resultaten de gezondheidsnota te schrijven en zij hierbij worden ondersteund door het RIVM, aangeven wat hiervan de stand van zaken is?

Antwoord:

De health study is uitgevoerd door middel van een enquête onder burgers op de BES-eilanden en door middel van bloed- en speekselafname en lichaamsmetingen bij een gedeelte van deze burgers. De uitkomsten van bovenstaande onderzoeken zijn gepubliceerd op de site van het CBS. De openbare lichamen van Bonaire, St Eustatius en Saba gebruiken de cijfers bij de totstandkoming van hun lokale nota gezondheidsbeleid.

Op de bloed- en speekselmonsters worden door laboratoria in Nederland nu nog verschillende testen uitgevoerd om bijvoorbeeld te weten hoeveel weerstand er is tegen een infectieziektenuitbraak. De aankomende twee jaar wordt nog gewerkt aan verdere analyse van deze monsters. Dit laboratoriumonderzoek kost veel tijd. Deze gegevens zijn overigens niet direct nodig om een lokale nota gezondheidsbeleid te schrijven.

Saba heeft dit jaar met behulp van het RIVM de volksgezondheidsnota opgeleverd en gepubliceerd. Het RIVM ondersteunt op dit moment Bonaire en St Eustatius bij het opstellen van hun lokale nota's. Doordat het een lokale nota betreft bepalen de twee eilanden zelf het tempo waarin zij hun nota gezondheidsbeleid opleveren.

Vraag 1102

Kunt u aangeven welke besparingen in de voorgaande overheveling van immunoglobulinen en enkele geneesmiddelengroepen naar ziekenhuizen behaald zijn?

Antwoord:

De overheveling van immunoglobulinen en andere geneesmiddelen-groepen heeft nog niet plaatsgevonden. De overheveling van immunoglobulinen is gepland voor 2021, de besparing hierop is nog niet bepaald.

Vraag 1103

Wat is de laatste stand van zaken rond de subsidieregeling voor Kunstmatige Inseminatie met Donorzaad (KID) lesbische paren en alleengaande vrouwen?

Antwoord:

Momenteel vindt consultatie plaats van het concept van de subsidieregeling waarmee wordt geregeld dat kunstmatige inseminatie met donorzaad vergoed blijft voor lesbische paren en alleengaande vrouwen. Voorbereid wordt een subsidieregeling die volgens planning per 1 januari 2020 in werking treedt.