

Vergaderjaar 2022–2023

36 200 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2023

Nr. 15

VERSLAG HOUDENDE EEN LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 12 oktober 2022

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 29 september 2022 voorgelegd aan de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor Langdurige Zorg en Sport en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bij brief van 11 oktober 2022 zijn ze door de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor Langdurige Zorg en Sport en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beantwoord.

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

De voorzitter van de commissie,
Smals

De adjunct-griffier van de commissie,
Heller

Vraag 1

Kan per doel uit het regeerakkoord voor concreet worden aangegeven wat er bij uw ministerie in 2023 gaat gebeuren om deze doelen te realiseren?

Antwoord:

De doelen van het Regeerakkoord zijn op VWS-terrein doorvertaald in onze beleidsagenda. We laten ons leiden door drie uitgangspunten: (1) In een gezonde samenleving kunnen mensen hun leven leiden, bijdragen en meedoen, mét of zonder aandoening of beperking; (2) In een gezonde samenleving streven we naar zo min mogelijk gezondheidsverschillen; (3) In een gezonde samenleving kijken we om naar elkaar en helpen we elkaar waar dat nodig is. Om al deze veranderingen in te zetten zijn we aan de slag gegaan met vijf grote trajecten: het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), het Integraal Zorgakkoord (IZA), het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO), een toekomstbestendige Wmo en de Hervormingsagenda Jeugd. Ons doel is dat de zorg toegankelijk en betaalbaar blijft. Dat lukt alleen als we de zorg anders organiseren, werken in de zorg aantrekkelijker maken en tegelijkertijd proberen de vraag naar zorg af te remmen. Dat bereiken we onder meer met een stevig preventiebeleid. Met het Nationaal Preventieakkoord gericht op stoppen met roken, terugdringen van problematisch alcoholgebruik en tegengaan van overgewicht zijn belangrijke ambities gesteld en afspraken gemaakt. We zijn gestart met de versterking van onze pandemische paraatheid: in 2023 zullen we belangrijke stappen zetten op het terrein van de versterkte publieke gezondheid.

Vraag 2

Hoe komt de uit het regeerakkoord opgenomen passage «we versterken de deskundigheid van artsen in het handelen rondom het (zelfgekozen) levenseinde» terug in de begroting?

Antwoord:

Het gaat bij het versterken van de deskundigheid van artsen specifiek om psychiaters en andere artsen die te maken krijgen met persisterende doodswensen en euthanasiewensen/-verzoeken op psychische grondslag. Hiervoor wordt voor een initiatief vanuit het ggz-veld tot het opzetten van een landelijk expertisenetwerk door VWS een subsidie beschikbaar gesteld. Het gaat om een subsidie van in totaal € 300.000 verspreid over een periode van 3 jaar (2023–2026).

Deskundigheidsbevordering van artsen/ggz-behandelaren is essentieel opdat (meer) psychiaters zelf euthanasieverzoeken van mensen op basis van psychisch lijden in behandeling nemen, deze onderzoeken, beoordelen en eventueel uitvoeren. In de praktijk worden patiënten nog te vaak en te snel doorverwezen naar het Expertisecentrum Euthanasie waardoor mensen met psychische aandoeningen lang moeten wachten totdat hun verzoek in behandeling wordt genomen. Terughoudendheid en handelingsverlegenheid van ggz-behandelaren en andere artsen spelen daarbij een rol.

Vraag 3

Waarin zit in het begrotingsjaar 2023 het verschil tussen verplichtingen en uitgaven binnen de curatieve zorg (ruim € 1 miljard)?

Antwoord:

Het verschil tussen verplichtingen en uitgaven in begrotingsjaar 2023 op artikel 2 curatieve zorg is circa € 135 miljoen. Door het kas- verplichtingenstelsel wordt bij meerjarige verplichtingen het totale bedrag van een verplichting ten laste van de verplichtingenruimte van het lopende jaar gebracht. Immers de verplichting moet worden opgenomen op het

moment dat deze wordt aangegaan (ook als het een meerjarig programma betreft). Het kasritme wordt verdeeld over de jaren dat de daadwerkelijke uitgaven gedaan worden. Uiteindelijk zijn het verplichtingen en kasbudget aan elkaar gelijk. Op deze manier ontstaan er verschillen tussen de beschikbare verplichtingenruimte en kasbudget in één begrotingsjaar.

Vraag 4

Wat is het verschil tussen transformatiegeld en transitiegeld in het kader van het Integraal Zorgakkoord (IZA)?

Antwoord:

Transformatiemiddelen in het kader van het IZA worden ingezet om de noodzakelijke zorgtransformatie naar arbeidsbesparende, passende zorg te realiseren en/of te versnellen. De term transitiemiddelen wordt nog wel eens gebruikt om hetzelfde aan te geven.

Vraag 5

Hoeveel geld wordt er vanaf volgend jaar de komende jaren besteed aan transgenderzorg?

Antwoord:

VWS stelt vanaf 2023 € 2,8 miljoen beschikbaar voor transgenderzorg, zoals toegelicht op pagina 54 van de ontwerpbegroting VWS 2023. Deze middelen zijn bestemd voor een regeling die het voor transgender-vrouwen mogelijk maakt om een subsidie aan te vragen voor een borstvergroting. De subsidieregeling loopt in beginsel op 1 februari 2024 af. In 2023 zal worden bekeken of de subsidieregeling zal worden verlengd.

Daarnaast worden in 2023 middelen beschikbaar gesteld voor de evaluatie van de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch en de subsidie voor Genderpraatjes. Bij Genderpraatjes kunnen jongeren die worstelen met hun genderidentiteit en de lange wachttijden voor de transgenderzorg laagdrempelig en volledig anoniem terecht voor allerlei soorten vragen die te maken hebben met identiteitskwesies.

Tot slot wordt er de komende jaren, naast het bedrag uit de begroting, ook via de Zorgverzekeringswet geld besteed aan transgenderzorg.

Vraag 6

Klopt het dat uw ministerie begroot heeft dat het afschaffen (dus niet verlagen) van de verplichte vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg € 300 miljoen oplevert? Is er ook gekeken naar hoeveel een verlaging oplevert?

Antwoord:

In Zorgkeuzes in Kaart 2020¹ is berekend dat het afschaffen van de verplichte vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg een besparing zou opleveren van € 304 mln. in 2021. Tevens is hierbij berekend wat het verlagen van de verplichte vergoeding voor niet-gecontracteerd zorg zou opleveren: als de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg zou worden begrensd op 60% van een nader te bepalen tarief, zou dit een besparing opleveren van € 101 mln. in 2021.

Vraag 7

Heeft een eventuele korting op de beschikbaarheidsbijdrage gevolgen voor de dekkingsgraad van traumahelikopters en/of brandwondencentra?

¹ Kamerstukken 2019–2020, 29 689, nr. 1075.

Antwoord:

De beschikbaarheidsbijdrage is een subsidie die op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg wordt verstrekt. Zowel de traumahelikopters als de brandwondencentra worden op deze wijze bekostigd. Het zijn noodzakelijk geachte vormen van zorg die niet zomaar tot stand komen of blijven. Op grond van de jurisprudentie dient de beschikbaarheidsbijdrage redelijkerwijs kostendekkend te zijn. Dit betekent dat er niet zomaar een korting kan worden doorgevoerd en ik ben dat overigens op dit moment ook niet van plan. Uiteraard wordt bij de bepaling van de hoogte van de beschikbaarheidsbijdragen wel rekening gehouden met de opbrengsten uit het in rekening brengen van tarieven voor het leveren van die vorm van zorg. Dit principe geldt voor beide beschikbaarheidsbijdragen.

Vraag 8

Hoeveel levert een betere gegevenswisseling in de zorg de komende jaren (volgens de begroting) op en wat zijn daarvoor de randvoorwaarden?

Antwoord:

In de begroting is ermee rekening gehouden dat een betere gegevensuitwisseling in de zorg een besparing oplevert van € 113 miljoen in 2027 (bruto, excl. intensiveringen) oplopend tot € 340 miljoen structureel in 2029.

Randvoorwaarden daarvoor zijn onder andere een goede inzet van generieke functies, het gebruik van (open) API's, passende grondslagen voor uitwisseling en een netwerk van landelijk dekkende infrastructuren. Daarnaast is ook een goede samenwerking en nauwkeurige communicatie van en met het veld een essentiële randvoorwaarde zodat wat wordt beoogd ook aansluit bij de praktijk.

Vraag 9

Zijn er maximale prijsstijgingen waarmee medicijnen kunnen stijgen na de herberekening van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)?

Antwoord:

De herberekening van de GVS-vergoedingslimieten is erop gericht dat fabrikanten worden gestimuleerd hun prijzen te verlagen in lijn met vergelijkbare, maar goedkopere producten, door de vergoedingslimieten te actualiseren aan het huidige, lagere, gemiddelde prijsniveau in het cluster.

In sommige GVS-clusters zullen de vergoedingslimieten stijgen omdat het gemiddelde prijsniveau in die clusters in de loop der tijd is toegenomen.

In het algemeen geldt in Nederland de Wet geneesmiddelenprijzen, waarmee de prijs die een fabrikant of leverancier in Nederland mag vragen voor zijn middel is gemaximeerd. Hiermee bestaat dus een begrenzing aan eventuele stijgingen van prijzen voor geneesmiddelen. Daarnaast geldt voor sommige geneesmiddelen een centraal financieel arrangement en/of hebben zorgverzekeraars dan wel zorgaanbieders contractueel afspraken gemaakt over de prijzen van geneesmiddelen. Ook daarmee worden de prijzen voor geneesmiddelen begrensd.

Vraag 10

Kunt u een overzicht geven van alle bezuinigen, ombuigingen en extensiveringen?

Antwoord:

In de onderstaande tabel zijn de omvangrijkste ombuigingen onder het Uitgavenplafond Zorg (UPZ) in de Zvw en de Wlz opgenomen. De

toelichtingen bij deze mutaties kunt u vinden in de ontwerpbegroting 2023. In onderstaande tabel is het corresponderende paginanummer opgenomen.

De ombuigingen zijn bedoeld om de groei in de zorguitgaven af te remmen. Er is daarmee sprake van minder meer. Dit is nodig om de zorguitgaven ook in de toekomst houdbaar te houden. De zorguitgaven groeien nog steeds fors, van € 97,4 mld in 2022 naar € 103,3 mld in 2023. De zorg is daarmee per saldo één van de grootste groeiers op de Rijksbegroting.

Bovendien wordt door het kabinet in de periode 2022–2026 geïnvesteerd in de zorg, namelijk € 0,3 miljard in 2022 oplopend tot € 1,5 miljard in 2026 (zie ook antwoord op vraag 38).

De incidentele extra uitgaven op de VWS-begroting vanwege de uitbraak van het coronavirus, € 6,1 miljard in 2022 en € 2,7 miljard in 2023 (zie ontwerpbegroting 2023 pagina 15), zijn in onderstaande tabel niet meegenomen.

Tabel omvangrijkste maatregelen Kabinet Rutte IV (Bedragen x € 1 miljoen)

	2022	2023	2024	2025	2026	Toelichting
Zvw	0	- 1.084	- 1.598	- 2.088	- 2.648	
Valpreventie bij 65-plussers	0	- 50	- 80	- 95	- 103	OW 2023, pagina 177
Passende zorg als norm (enkel bewezen effectieve zorg) in Zvw	0	0	0	- 23	- 70	OW 2023, pagina 177
Integraal Zorgakkoord (IZA)	0	- 540	- 854	- 1.171	- 1.554	OW 2023, pagina 177
Juiste zorg op de juiste plek	0	0	0	- 100	- 200	OW 2023, pagina 177
Sturing op doelmatigheid via de tarieven	0	0	- 120	- 140	- 147	OW 2023, pagina 177
Doelmatige inkoop geneesmiddelen en medische technologie	0	- 15	- 35	- 50	- 65	OW 2023, pagina 179
Standaardisatie inkoop- en verantwoordingseisen Zvw	0	0	- 30	- 30	- 30	OW 2023, pagina 179
Aanpassing basisniveau IZA-sectoren	0	- 350	- 350	- 350	- 350	OW 2023, pagina 179
Pakketmaatregel vitamine D	0	- 129	- 129	- 129	- 129	OW 2023, pagina 180
Wlz	- 81	- 161	- 455	- 899	- 1.002	
Valpreventie bij 65-plussers	0	- 20	- 30	- 35	- 38	OW 2023, pagina 189
Meerjarige contracten ouderenzorg	0	0	- 70	- 135	- 70	OW 2023, pagina 189
Meerjarige contracten ghz en ggz	0	0	- 55	- 110	- 65	OW 2023, pagina 189
Doorontwikkeling Kwaliteitskader verpleeghuiszorg	0	0	- 100	- 200	- 350	OW 2023, pagina 189
Bevorderen doelmatigheid behandeling en geneesmiddelen Wlz	0	0	0	- 170	- 170	OW 2023, pagina 190
Integraal Zorgakkoord (IZA)	0	0	0	0	- 15	OW 2023, pagina 190
Scheiden wonen en zorg	0	- 43	- 86	- 130	- 173	OW 2023, pagina 190
Zorginfrastructuur	- 2	- 11	- 27	- 32	- 34	OW 2023, pagina 191
Tijdelijke middelen Kwaliteitskader verpleeghuiszorg	- 79	- 87	- 87	- 87	- 87	OW 2023, pagina 191
Totaal maatregelen	- 81	- 1.245	- 2.053	- 2.987	- 3.650	

Vraag 11

Waarom wordt er € 3 miljard minder uitgegeven vanwege het eigen risico en € 2 miljard vanwege de eigen bijdrage Wet langdurige zorg (Wlz)?

Antwoord:

In tabel 1 in hoofdstuk 6 Financieel beeld zorg is de financiering in beeld gebracht van de zorguitgaven die toegerekend worden aan het Uitgavenplafond Zorg (UPZ). Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen bruto zorguitgaven en de netto zorguitgaven. De bruto zorguitgaven is de optelsom van de premie gefinancierde en begrotingsgefinancierde uitgaven onder het UPZ. Voor de premie gefinancierde uitgaven in de Zvw en Wlz geldt dat een deel van de financiering uit eigen bijdragen wordt gehaald. Daarbij gaat het om de totale eigen betalingen voor de Zvw ter hoogte van € 3,3 miljard (opbrengsten eigen risico en eigen bijdragen) en de eigen bijdragen voor Wlz-zorg (€ 2,2 miljard). De totale bruto zorguitgaven minus deze eigen betalingen vormen de netto zorguitgaven.

Vraag 12

Er wordt gesproken over de begrotingssystematiek in de zorg als oorzaak voor de snel stijgende uitgaven, maar deze begrotingssystematiek geldt toch enkel in de Zorgverzekeringswet (Zvw)? En klopt het dat de uitgaven in de Wlz het meest stijgen?

Antwoord:

Het grootste deel van de zorguitgaven bestaat uit uitgaven van private partijen (verzekeraars en zorgkantoren) aan andere private partijen (zorgaanbieders). De hoogte van deze zorguitgaven wordt bepaald door de aanspraken die zijn opgenomen in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Gegeven het systeem van de Zvw en Wlz is het verzekerde pakket van de Zvw en de Wlz dan ook de belangrijkste bepalende factor voor de hoogte van de zorguitgaven, uiteraard in combinatie met de patiënten en cliënten die gebruik maken van de Zvw en Wlz. De uitgaven aan zorg kunnen worden beïnvloed door het aanpassen van de wet- en regelgeving waarin de samenstelling van het basispakket Zvw en de aanspraken Wlz zijn vastgelegd en/of aanpassingen in de eigen risico/bijdrage.

De begrotingssystematiek is dan ook niet de oorzaak van de stijgende zorguitgaven, maar de budgettaire vertaling van de effecten van de onderliggende wet- en regelgeving van de Zvw en de Wlz en het verwachte zorggebruik. De budgettaire basis voor elk kabinet is de onafhankelijke CPB-raming voor de (volume)groei van de zorguitgaven bij ongewijzigd beleid. In het coalitieakkoord zijn afspraken gemaakt over maatregelen om de groei van de zorguitgaven af te remmen («minder meer»).

De maatregelen laten onverlet dat de zorguitgaven van de Zvw en de Wlz deze kabinetsperiode groeien. Figuur 8 en 9 van het Financieel Beeld Zorg, in de ontwerpbegroting 2023 tonen dat de jaar-op-jaar groei van de netto Wlz-uitgaven deze kabinetsperiode hoger is dan de jaar-op-jaar groei van de netto Zvw-uitgaven.

Vraag 13

Kunt u een overzicht geven van de gemiddelde zorgkosten per inwoner van zoveel mogelijk Europese Unie (EU)-landen en van het Verenigd Koninkrijk?

Antwoord:

De tabel hieronder geeft een overzicht van de gemiddelde zorgkosten per inwoner in de EU-landen en het Verenigd Koninkrijk voor het jaar 2019 (recentere cijfers zijn niet voor alle landen beschikbaar). Zonder te corrigeren voor koopkracht betalen inwoners van vijf andere EU-landen meer aan zorg dan inwoners in Nederland. Als de zorguitgaven gecorrigeerd worden voor koopkracht dan heeft, op Duitsland na, Nederland de hoogste gemiddelde zorguitgaven per inwoner in de EU.

(Onder totale zorguitgaven wordt verstaan alle activiteiten van gezondheidszorg, onafhankelijk of deze binnen of buiten de gezondheidszorg plaatsvinden. Deze uitgaven worden berekend o.b.v. zorgrekeningen, die ook activiteiten omvatten zoals jeugdzorg, welzijnswerk, maatschappelijke dienstverlening en kinderopvang. Daarnaast bevat het ook uitgaven voor en door niet-ingezetenen. De kosten voor de langdurige zorg worden echter beperkt meegenomen omdat de Wmo kosten niet worden meegeteld.)

Gemiddelde zorguitgaven per inwoner in Euro's (2019)

	Uitgaven per inwoner in Euro's	Gecorrigeerd voor koopkracht
België	4.439	3.917
Bulgarije	626	1.314
Tsjechië	1.607	2.394
Denemarken	5.405	3.922
Duitsland	4.889	4.689
Estland	1.426	1.792
Ierland	4.822	3.620
Griekeland	1.402	1.719
Spanje	2.413	2.578
Frankrijk	4.008	3.770
Kroatië	931	1.432
Italië	2.604	2.609
Cyprus	1.813	1.989
Letland	1.060	1.482
Litouwen	1.224	1.963
Luxemburg	5.502	3.870
Hongarije	942	1.532
Malta		
Nederland	4.753	4.130
Oostenrijk	4.689	4.115
Polen	906	1.636
Portugal	1.983	2.359
Roemenië	661	1.349
Slovenië	1.975	2.361
Slowakije	1.198	1.565
Finland	3.983	3.258
Zweden	5.025	3.942
Verenigd Koninkrijk	3.839	3.214

Bron: Eurostat 2022

Vraag 14

Wat zijn de kosten van alle publiekscampagnes en voorlichtingscampagnes die uw ministerie de afgelopen vijf jaar heeft uitgevoerd?

Antwoord:

De kosten voor de publiekscommunicatie en voorlichting van het Ministerie van VWS van 2017 tot en met 2021 bedragen € 101 miljoen. Deze kosten betreffen het voorbereiden en vormgeven van massamediale campagnes, de inzet van media en het evaluatie- en effectonderzoek. De kosten voor publiekscommunicatie waren in 2019 bovengemiddeld hoog door de omvangrijke campagne met betrekking tot de invoering van de nieuwe donorwet en in 2020 en 2021 door de serie campagnes met betrekking tot corona.

Vraag 15

Hoeveel wordt er in totaal aan dak- en thuisloosheid besteed in 2023? Kunt u een overzicht geven van de gelden van de afgelopen vijftien jaar voor deze doelgroep?

Antwoord:

In 2023 ontvangen de centrumgemeenten maatschappelijke opvang € 385 miljoen via de decentralisatie uitkering maatschappelijke opvang. Daarnaast stelt dit kabinet in 2023 € 65 miljoen beschikbaar voor de aanpak van dakloosheid.

De uitgaven voor maatschappelijke opvang maken deel uit van de totale uitgaven aan de Wmo. Gemeenten leveren via het lv3-systeem (informatie voor derden) informatie aan over hun begroting en hun daadwerkelijk gerealiseerde uitgaven. Dit lv3-systeem kent een sterk geaggregeerd niveau en overlap met andere gemeentelijke taken, waardoor het gevraagde inzicht voor alleen maatschappelijke opvang niet kan worden

gegeven. Wel kan worden gemeld dat het budget voor maatschappelijke opvang via een decentralisatie-uitkering (onderdeel Gemeentefonds) aan 43 centrumgemeenten wordt verstrekt.

Hieronder staat een tabel met de hoogte van de decentralisatie-uitkering maatschappelijke opvang vanaf 2010.

Jaar	Decentralisatie-uitkering maatschappelijke opvang (afgerond op mln. euro's) ¹
2010	€ 308 mln.
2011	€ 307 mln.
2012	€ 299 mln.
2013	€ 301 mln.
2014	€ 299 mln.
2015	€ 385 mln.
2016	€ 385 mln.
2017	€ 385 mln.
2018	€ 385 mln.
2019	€ 385 mln.
2020	€ 385 mln. + 200 mln
2021	€ 385 mln.
2022	€ 385 + 65 mln.

¹ Decentralisatie-uitkeringen genereren accres, een indexatie voor loon-, prijs- en volumeontwikkelingen. De indexatie wordt toegevoegd aan de algemene uitkering en is daarom niet apart inzichtelijk.

Vraag 16

Hoeveel geld heeft de overheid tijdens de coronacrisis gestoken in de doorstart van medicijnenfabriek Apotex?

Antwoord:

Namens de Staat heeft de Zuid-Hollandse ontwikkelingsmaatschappij InnovationQuarter een lening verstrekt van € 6,7 miljoen aan InnoGenerics voor de overname van Apotex. Het Ministerie van EZK en VWS hebben daar elk voor de helft aan bijgedragen².

Daarnaast heeft VWS subsidie verstrekt aan het Nationaal Farmaceutisch Kenniscentrum (NFKC, voorheen bekend als Nationaal Farmaceutisch Kennis-, Ontwikkel- en Opleidingscentrum NFKOO) voor de periode van 2020–2023. Het NFKC werkt daarin met verschillende samenwerkingspartners, waaronder ook InnoGenerics, aan behoud en opbouw van kennis binnen kennisinstellingen over therapieontwikkeling en registratie van de ontwikkelde producten³.

Vraag 17

Welke potentiële kopers heeft u op het oog voor Intravacc en hoeveel moet het opleveren?

Antwoord:

Bij het voorgenomen verkoopproces is de Staat als verkopende partij gebonden aan uitgebreide mededinging- en concurrentieregels en om die reden kan ik de vragen over de potentiële kopers en de te verwachten opbrengst niet beantwoorden.

Vraag 18

Hoe komt het dat de bezuiniging van de modernisering van het GVS niet in de begroting is terug te lezen?

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2020–2021, 29 477, nr 692.

³ Tweede Kamer, vergaderjaar 2020–2021, 29 477, nr. 696.

Antwoord:

De besparing door de GVS-modernisering komt voort uit het regeerakkoord van het Kabinet Rutte III (2017), de financiële consequenties van deze maatregel zijn destijds al verwerkt in de begroting van VWS.

Vraag 19

Op welk artikel is de voorgenomen bezuiniging op de modernisering van het GVS ingeboekt?

Antwoord:

Op het budgettair kader Apotheekeerzorg, zie tabel 6 op pagina 182 van de conceptbegroting van VWS.

Vraag 20

Kunt u de meest actuele ramingen delen hoeveel de modernisering van GVS over 2023 had moeten opleveren? Kunt u tevens uitsplitsen waar deze besparingen vandaan hadden moeten komen?

Antwoord:

De met de GVS-modernisering te behalen taakstelling staat sinds 2018 (brief d.d. 15 juni 2018, Kamerstukken 29 477, nr. 489) op € 140 miljoen per jaar. Dit bedrag is verder niet uitgesplitst, maar is gebaseerd op een conservatieve inschatting van de gedragseffecten van de maatregel. Het bedrag heeft in zijn geheel betrekking op de zogeheten extramurale geneesmiddelenkosten.

De daadwerkelijke besparing is afhankelijk van de mate waarin de gedragseffecten zich voordoen. Dit heeft zowel betrekking op aanpassing van de prijzen door fabrikanten als de mate waarin patiënten wisselen naar een goedkoper geneesmiddel. Deze gedragseffecten kunnen ook leiden tot lagere uitgaven als gevolg van de maximeringsregeling.

De ingeschatte besparing bij een maximering van € 250 per patiënt per jaar ligt zo rond de € 150 miljoen tot € 200 miljoen, afhankelijk van het gekozen scenario voor de gedragseffecten. Hiermee kan invulling worden gegeven aan de taakstelling. De minimumopbrengst als zich geen gedragseffecten voordoen (geen prijsaanpassingen door fabrikanten en niemand wisselt) komt op grofweg € 100 miljoen.

Vraag 21

Wat waren in 2010–2021 de onderschrijdingen op de begroting van uw ministerie? Kunt u dit in een tabel weergeven? Wat is er met die bedragen gebeurd? Hoeveel jaar achter elkaar heeft uw ministerie te maken met onderschrijdingen? Waarom wordt de wijze van ramen niet aangepast?

Antwoord:

In onderstaande tabel treft u de onderuitputting op zowel de uitgaven als ontvangsten op de VWS-begroting voor de jaren 2010–2021.

De VWS-begroting heeft een eindejaarsmarge van 1% van het totale budget. In 2020 was dit bijvoorbeeld circa € 36 miljoen euro. Met de eindejaarsmarge kan een deel van deze middelen, wanneer sprake is van overlopende verplichtingen, worden meegenomen naar het volgende jaar. De resterende onderuitputting komt ten goede aan de staatsschuld.

De onderschrijdingen op de VWS-begroting vinden jaarlijks op verschillende (kleinere) posten op de begroting plaats. De totale onderschrijding is een optelsom van deze posten. Waar we structurele onderuitputting op individuele posten signaleren, worden structurele ramingsbijstellingen doorgevoerd. Daarnaast wordt er op instrumentniveau taakstellend onderuitputting ingeboekt om zodoende de totale onderschrijding zoveel mogelijk te beperken. Voor 2020 en 2021 is tevens sprake van vrijval op de

VWS-begroting die samenhangen met de corona gerelateerde uitgaven. Daarmee geven de laatste jaren een enigszins vertekend beeld.

Tabel I: Realisatiecijfers 2010–2021 – (begroting VWS, plafond R) in miljoen euro

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Onderuitputting VWS-begroting	– 68	– 39	– 62	– 87	– 103	– 146	– 168	– 68	– 169	– 187	– 273	– 46

Vraag 22

Wat is de ontwikkeling van de zorgkosten in relatie tot de ontwikkeling van het bruto binnenlands product (bbp) in de jaren 2010–2021? Wat is de prognose voor de jaren 2023–2027? Kunt u dit in een tabel weergeven?

Antwoord:

In onderstaande tabel staat de netto zorguitgaven onder het Uitgaven-plafond Zorg (UPZ) in relatie tot de ontwikkeling van het bruto binnenlands product (BBP) in de jaren 2010–2021 en de prognose voor de jaren 2023–2027.

Bij de beoordeling van deze cijfers is van belang dat de groei van de zorguitgaven wordt beïnvloed door wijzigingen in de definitie van de zorguitgaven onder het BKZ/UPZ (zoals de overheveling van grote delen van de Wmo en de jeugdzorg uit het UPZ in 2019) en door statistische vertekeningen, zoals in 2021 de statistische verlaging van de uitgaven vanwege de nieuwe bekostigingssystematiek in de ggz.

Ontwikkeling netto zorguitgaven in relatie tot ontwikkeling BBP 2010–2027 (bedragen x € 1 miljard)

	Basisjaar 2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Netto zorguitgaven UPZ (€)	56	59	61	64	64	64	64	66
Groei van de netto zorguitgaven (€)		3	2	3	0	0	– 1	2
Groei van de netto zorguitgaven (%)		6%	3%	5%	0%	0%	– 1%	3%
BBP (€)	625	639	650	653	661	672	690	708
Groei BBP (€)		14	11	3	8	11	18	18
Groei BBP (%)		2%	2%	0%	1%	2%	3%	3%
Netto zorguitgaven UPZ / BBP (%)		9%	9%	10%	10%	10%	9%	9%

	2017 ¹	2018 ¹	2019	2020	2021 ²	Basisjaar 2022	2023	2024	2025	2026	2027
63	66	70	74	76		81	89	95	100	105	110
– 3	3	4	4	2			8	6	5	5	5
– 5%	5%	6%	6%	2%			10%	6%	5%	5%	5%
738	774	813	797	856		933	994	1.039	1.084	1.123	1.164
30	36	39	– 17	60			61	46	45	39	40
4%	5%	5%	– 2%	8%			6%	5%	4%	4%	4%
8%	8%	9%	9%	9%			9%	9%	9%	9%	9%

¹ Dit betreft de netto zorguitgaven exclusief de rijksbijdrage Wmo (met uitzondering van beschermd wonen) en jeugd in 2017 en 2018. Omdat deze vanaf 2019 geen onderdeel meer uitmaken van de netto zorguitgaven is deze correctie nodig om vergelijkbare cijfers te presenteren.

² De zorguitgaven zijn in 2021 gecorrigeerd als gevolg van de technische correctieboekings van de schadelastdip ggz van – € 1,2 miljard. Per 1 januari 2022 wordt een nieuw bekostigingsmodel voor de ggz ingevoerd. In dit nieuwe model wordt voor de bekostiging niet meer gewerkt met DBC's en komt er een aparte bekostiging voor de basis-ggz. De DBC's die worden geopend in 2021 worden derhalve uiterlijk 31-12-2021 afgesloten; dit geldt ook voor de huidige bekostiging van de basis-ggz. Hierdoor is er in 2021 om technisch-administratieve redenen sprake van eenmalig lagere zorguitgaven in termen van schadelast. Deze technische aanpassing heeft geen gevolgen voor de hoeveelheid ggz die feitelijk kan worden geleverd of op de omzetten van zorgaanbieders. Er is geen sprake van een bezuiniging. Deze technische bijstelling heeft dan ook geen gevolgen voor het EMU-saldo en geen invloed op de premiehoogte.

Bron: VWS- en CPB-cijfers

Vraag 23

Hoe groot is het huidige tekort aan intensive care (ic)-verpleegkundigen? Wat is de verwachting voor de jaren 2023–2027? Wat is het huidige tekort aan intensivisten? Wat is de verwachting voor de jaren 2023–2027? Tot

hoeveel operationele bedden kan de ic op dit moment worden opgeschaald in geval van een pandemie, ramp of terreuraanslag? Wat is de verwachting voor de jaren 2023–2027?

Antwoord:

Het aantal fte vacatures voor ic-verpleegkundigen is 320 fte per 31-12-2021. De vacaturegraad is daarmee 8,8% (verhouding tussen aantallen fte vacatures en aantal fte werkzaam). In 2020 was de vacaturegraad 8,5%.

Indien de instroomaantallen voor de opleiding gehaald zouden worden is de verwachting dat in 2028 er evenwicht is tussen vraag en aanbod. De laatste jaren worden die instroomaantallen echter niet gehaald. De instroom van het aantal IC-verpleegkundigen in opleiding is toegenomen de afgelopen jaren van 203 in 2014 naar 448 in 2020, maar voldoet nog niet aan het advies van het Capaciteitsorgaan om tekorten in te lopen. In 2021 is de instroom teruggelopen naar 394. Zie ook de instroom in de opleiding voor IC verpleegkundigen in onderstaande tabel:

Opleiding / Instroom	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Advies Capaciteitsorgaan 2020 instroom per jaar
IC-verpleegkundige	203	225	349	405	432	429	448	394	775

Eind dit jaar verwachten wij een nieuw capaciteitsplan met nieuwe ramingen van het Capaciteitsorgaan voor deze opleiding en verwachtingen voor de komende jaren. Overigens, omdat het acute cluster (IC, SEH, Ambulance en Cardiac care) kampte met grote personeelstekorten als gevolg van de toegenomen zorgvraag door de coronapandemie is in 2020 gestart met de Basis Acute Zorg (BAZ) opleiding. Na de BAZ opleiding kunnen modules worden gevolgd die leiden tot de volgende uitstroom richtingen; IC-verpleegkundige, Ambulance verpleegkundige, SEH-verpleegkundige, Cardiac care verpleegkundige, Medium care verpleegkundige. Bij de start in 2020 stroomden 74 verpleegkundigen in bij deze opleiding, in 2021 is dit sterk toegenomen en stroomden 678 verpleegkundigen in. Dit jaar zijn tot op heden 1036 verpleegkundigen ingestroomd.

Ten aanzien van het tekort aan intensivisten is geen eenduidige uitspraak te doen. Het beroep van intensivist is geen geneeskundig specialisme zoals erkend door het College Geneeskundig Specialismen. De Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) die verantwoordelijk is voor de (her)registratie van geneeskundig specialisten houdt hiervan dan ook geen register bij.

Conform het antwoord op vraag 161 kan het volgende gezegd worden over het aantal bedden. Het LNAZ geeft aan hoeveel IC-bedden er landelijk beschikbaar moeten zijn.

Uit de update van 28 september 2022 van het LCPS blijkt dat de operationele IC-capaciteit op dit moment 1.011 bedden bedraagt. Vanaf 2023 maken zorgverzekeraars en ziekenhuizen afspraken voor een basiscapaciteit van 1.150 IC-bedden via reguliere contractering. Dat betekent dat deze bedden, indien nodig, ingezet kunnen worden, zonder dat andere zorg daarvoor moet worden afgeschaald. Bij een plotselinge stijging van het aantal patiënten, is mogelijk opschaling boven de 1.150 IC-bedden nodig. Het LNAZ werkt momenteel aan een herijkt opschalingsplan waarvan opschaling tot meer dan 1.150 IC-bedden een onderdeel is. Dit plan wordt medio oktober 2022 verwacht.

Vraag 24

Hoe groot is het huidige tekort aan ambulancepersoneel? Wat is de verwachting voor de jaren 2023–2027? Wat is het huidige tekort aan personeel op de spoedeisendehulpdiensten? Wat is de verwachting voor de jaren 2023–2027? Hoeveel spoedeisendehulpdiensten waren er in 2010? Hoeveel waren er in 2021? Wat is de verwachting voor de jaren 2023–2027?

Antwoord:

Het aantal fte vacatures van ambulanceverpleegkundigen is 100 fte per 31-12-2021. De vacaturegraad was daarmee 4,7% (verhouding tussen aantallen fte vacatures en aantal fte werkzaam). In 2020 was vacaturegraad 7,5%. De vacaturegraad is dus gedaald. Zie ook tabel A hieronder. De verwachting is dat er in 2028 evenwicht is tussen vraag en aanbod mits de instroomaantallen voor de opleiding gehaald worden. De laatste jaren worden die instroomaantallen echter niet gehaald, zie ook tabel C hieronder.

Het aantal fte vacatures van SEH-verpleegkundigen is 137 fte per 31-12-2021. De vacaturegraad was daarmee 6,1%. In 2020 was de vacaturegraad 6,9% en deze is daarmee licht gedaald. Zie ook tabel A hieronder. De laatste jaren waren de instroomaantallen in de opleiding hoger dan het advies van het Capaciteitsorgaan, zie ook tabel C hieronder. Eind dit jaar verwachten wij een nieuw capaciteitsplan met nieuwe ramingen van het Capaciteitsorgaan voor deze opleidingen en verwachtingen voor de komende jaren.

In dit kader is het ook goed om te weten dat er, om ziekenhuisopleidingen te vernieuwen en flexibiliseren, in 2018 gestart is met CZO Flex. VWS subsidieert het project. De verpleegkundige vervolgoedingen worden geflexibiliseerd door ze op te bouwen uit modules. In 2020 is vervroegd gestart met de Basis Acute Zorg (BAZ-)opleiding, omdat het acute cluster (IC, SEH, Ambulance en Cardiac care) kampte met grote personeelstekorten als gevolg van de toegenomen zorgvraag door de coronapandemie. Na de BAZ opleiding kunnen modules worden gevolgd die leiden tot de volgende uitstroom richtingen; IC-verpleegkundige, Ambulance verpleegkundige, SEH-verpleegkundige, Cardiac care verpleegkundige, Medium care verpleegkundige. Bij de start in 2020 stroomden 74 verpleegkundigen in bij deze opleiding, in 2021 is dit sterk toegenomen en stroomden 678 verpleegkundigen in en in 2022 zijn er tot nu toe 1036 ingestroomd.

In tabel A en B zijn ook de vacaturegraad van de SEH-verpleegkundigen en SEH-artsen opgenomen. Het aantal spoedeisendehulpdiensten in 2010 en 2021 zijn niet eenduidig weer te geven vanwege een verandering in de uitvraag hiernaar. In tabel D, hieronder, vindt u de gegevens zoals deze wel beschikbaar zijn over de ontwikkeling van het aantal SEH's.

Tabel A: Vacaturegraad verpleegkundigen (in %)

	2016	2018	2020
Ambulanceverpleegkundige	Niet bekend	5,6	7,5
SEH-verpleegkundige	4,3	9,1	6,9

Tabel B: Vacaturegraad SEH-artsen (in %)

	2019–1e halfjaar	2019–2e halfjaar	2020–1e halfjaar	2020–2e halfjaar
SEH-arts	7,3	6,9	5,9	6,0

Bron tabel A en B: RIVM, «Feiten en cijfers acute zorg», 2022.

Tabel C: Instroom in opleidingen

Opleiding / Instroom	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Advies Capaciteitsorgaan 2020 instroom per jaar
SEH-verpleegkundigen	162	204	243	343	399	382	368	321	294
Ambulance-verpleegkundigen	121	120	142	169	179	172	186	183	253

Tabel D: Aantal SEH's

	2011 ¹	2012 ¹	2013 ¹	2014 ¹	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Aantal ziekenhuislocaties met SEH	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	94	94	94	89	87	83	82	83
Aantal SEH's 24/7	99	n.b.	94	n.b.	91	90	89	86	83	80	80	80

¹ Cijfers van en voor 2014 zijn niet één-op-één vergelijkbaar met cijfers na 2014 omdat de manier van uitvragen verschillend is. Er werd bijvoorbeeld minder specifiek onderscheid gemaakt tussen 24/7 en dag/avond openstelling.

Bron: RIVM bereikbaarheidsanalyse SEH en acute verloskunde

De SEH-capaciteit (aantal bedden) is in de afgelopen jaren overigens niet gedaald, maar licht gestegen (van 1.304 in 2018 naar 1.330 in 2022).

Zoals opgenomen in de Beleidsagenda acute zorg streef ik naar goede en toegankelijke acute zorg voor iedereen. Daarom richt ik mij niet specifiek op toe- of afname van het aantal SEH's, maar zet ik in op een aantal acties zoals het vervangen van de 45-minutennorm, het aanscherpen en uitbreiden van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen en het maken van regioplannen voor de acute zorg.

Vraag 25

Hoe groot is het huidige tekort aan tandartsen? Wat is de verwachting voor de jaren 2023–2027?

Antwoord:

Op basis van het aantal registraties in het BIG-register is bekend dat er per 1 september 2022 in totaal 12.612 tandartsen zijn en 734 geregistreerd mondhygiënist⁴ (van in totaal ongeveer 3.569 mondhygiënist⁵) zijn. Eind van dit jaar verwachten VWS en OCW van het Capaciteitsorgaan een nieuwe capaciteitsraming en instroomadvies voor de opleidingen tandarts en mondhygiënist, waarbij ook aandacht wordt besteed aan de verdeling van tandartsen en het tandartsbezoek over de regio's. Dan zal bekend worden wat het landelijke en regionale beeld is. Afgelopen jaren zijn er onvoldoende tandartsen opgeleid ten aanzien van het advies van het Capaciteitsorgaan. Hierover ben ik in overleg met OCW.

Vraag 26

Hoeveel winst hebben de zorgverzekeraars de afgelopen tien jaar gemaakt? Hoe groot is hun solvabiliteitsreserve op dit moment? Hoe hebben de reserves van de zorgverzekeraars zich de afgelopen tien jaar ontwikkeld?

Antwoord:

In de tabel hieronder vindt u de resultaten van zorgverzekeraars in de afgelopen tien jaar.

⁴ Cijfers | Over het BIG-register | BIG-register (bigregister.nl).

⁵ Capaciteitsplan-2021-2024-Deelrapport-3b-ELM.pdf (capaciteitsorgaan.nl).

Jaar	Resultaat (x € 1 miljoen)
2011	381
2012	937
2013	1.229
2014	976
2015	375
2016	- 309
2017	- 566
2018	265
2019	290
2020	137
2021	- 395

Bron: Voor 2011–2013 DNB en 2014–2021 jaarcijfers verzekeraars.

De jaren 2011 t/m 2013 zijn gebaseerd op de verslagstaten van DNB waarin een landelijk overzicht van het resultaat technische rekening zorgverzekeraars voor de basisverzekering werd gepubliceerd. Deze resultaten werden gepresenteerd op basis van Solvency I-cijfers en kunnen daardoor niet worden aangevuld met de cijfers na 2015. Vanaf 2016 is Solvency II ingegaan en worden de resultaatcijfers gebaseerd op de jaarcijfers die zorgverzekeraars openbaar publiceren in de zogeheten transparantieoverzichten. Sinds 2014 presenteren zorgverzekeraars zelf wel al cijfers op basis van Solvency II voor de basisverzekering op hun website. De jaren 2014–2021 betreft het resultaat op de basisverzekering inclusief beleggingsopbrengsten en na inzet van het resultaat voor lagere premies in het komende jaar.

Voor 2021 (het jaar waarvoor de meest recente cijfers beschikbaar zijn) vindt u hieronder de aanwezige en vereiste solvabiliteit basisverzekering en de solvabiliteitsratio's voor de jaren 2014 t/m 2021. Gegevens over de solvabiliteit zijn net als de hierboven genoemde resultaten niet beschikbaar voor oudere jaren aangezien Solvency II pas per 1 januari 2016 van kracht is. Sinds 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 2021 bijna € 9,8 miljard. Hiervan is bijna € 6,9 miljard. wettelijk vereist. De solvabiliteitsratio bedraagt gemiddeld 142%.

Solvabiliteit basisverzekering 2014–2021, Solvency II voor het jaar 2021 (x € 1 miljoen)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Aanwezige solvabiliteit 2021	Vereiste solvabiliteit 2021
ASR	151%	146%	144%	138%	140%	144%	140%	138%	206	149
CZ	163%	169%	173%	149%	157%	154%	160%	160%	2.344	1.468
DSW	154%	157%	141%	147%	134%	130%	144%	145%	409	282
Eno	114%	108%	160%	159%	166%	155%	144%	146%	87	59
Menzis	129%	124%	123%	129%	138%	145%	142%	132%	1.181	898
ONVZ	157%	166%	142%	121%	132%	124%	155%	142%	207	146
VGZ	137%	155%	149%	141%	142%	143%	136%	136%	2.376	1.752
Z&Z	172%	188%	157%	151%	165%	168%	171%	158%	345	219
ZK	162%	174%	167%	137%	141%	146%	149%	138%	2.625	1.901
Macro	151%	160%	155%	140%	145%	146%	148%	142%	9.778	6.874

Bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering, zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op de website.

Zilveren Kruis betreft een optelling door VWS van de solvabiliteitscijfers van de risicodragers van Zilveren Kruis. VGZ betreft een inschatting op basis van de solvabiliteit basis- plus aanvullende verzekering van VGZ, naar rato van de schade basis- en aanvullende verzekering VGZ.

Vraag 27

Kan in tabelvorm in beeld worden gebracht wat de effecten zijn van het bevroren van het verplichte eigen risico op de nominale premie, de inkomensafhankelijke premie en de zorgtoeslag van de komende jaren (ten minste tot 2025) en wat het verschil zou zijn ten opzichte van een situatie waarin wel geïndexeerd zou worden?

Antwoord:

In de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel voor het bevrozen van het eigen risico is een tabel gemaakt van het verwachte effect op het gemiddelde eigen risico, de nominale premie en de zorgtoeslag. De effecten van het bevrozen van het eigen risico zijn al in de begroting verwerkt.

De onderstaande tabel toont het effect ten opzichte van de situatie dat er bij het coalitieakkoord niet besloten zou zijn om het eigen risico te bevrozen.

Cumulatieve effect bevrozen eigen risico

	2023	2024	2025
Maximale eigen risico	- € 15	- € 30	- € 45
Gemiddelde eigen risico	- € 7	- € 14	- € 22
Nominale premie	€ 11	€ 22	€ 33
Zorgtoeslag	€ 4	€ 7	€ 11
IAB percentage	0,01%	0,03%	0,04%

Vraag 28

Is de subsidieregeling voor Pre Expositie Profylaxe (PrEP) voldoende om het aanbod met de vraag te verenigen? Hoeveel geld ontbreekt om PrEP zodanig toegankelijk te stellen dat er geen wachtlijst meer is?

Antwoord:

Er is in de pilot voor Pre Expositie Profylaxe (PrEP) op dit moment maximaal plek voor 8500 deelnemers. Deze aantallen zijn voldoende voor een eventuele zinvolle en betrouwbare evaluatie van de pilot. Het RIVM heeft laten weten dat er eind augustus 2022 8438 personen deelnamen aan de regeling en 2655 personen op de wachtlijst stonden.

Er is momenteel geen budgettaire ruimte om de pilot te verhogen. Het is overigens niet zo dat extra budget er (gelijk) toe zal leiden dat de wachtlijst verdwijnt. De GGD'en kampen immers ook met capaciteitsproblemen. Uitbreiding van de budgetten hoeft niet te betekenen dat GGD-en ook in staat zijn extra deelnemers te laten deelnemen.

Vraag 29

Kunt u aangegeven hoeveel geld er beschikbaar wordt gesteld om anticonceptie gratis toegankelijk te stellen voor personen in een kwetsbare situatie? Kunt u een inschatting maken hoeveel mensen met deze middelen toegang hebben tot gratis anticonceptie?

Antwoord:

De Minister van VWS in overleg met de betrokken partijen deze maatregel uit het coalitieakkoord aan het uitwerken. Op korte termijn informeer ik u hierover in mijn brief over de aanpak onbedoelde en ongewenste zwangerschap.

Vraag 30

Kunt u uitsplitsen welk bedrag aan informele zorg wordt toegekend?

Antwoord:

Nee deze informatie is niet uit te splitsen. Informele zorg vindt plaats in het verlengde van alle zorgdomeinen en vaak ook buiten de scope van professionals. Daarom is het vrijwel onmogelijk een reële inschatting te maken hoeveel mensen informele zorg verlenen en hoe dit gekapitaliseerd of tot uitdrukking gebracht kan worden in een bedrag.

Vraag 31

Kan worden uitgesplitst waar de € 100 miljoen per jaar in de begroting kan worden teruggevonden voor de aanpak van alzheimer, kanker en obesitas? Klopt het dat er een tekort is van € 36.120.00 per jaar?

Antwoord:

Uw Kamer wordt binnenkort door de Minister van VWS, de Minister voor LZS en de Staatssecretaris van VWS geïnformeerd over de voorgenomen besteding van de coalitiemiddelen voor volksziektes. In tabel 2 van de memorie van toelichting bij de begroting zijn voor het onderzoek naar en de aanpak van volksziektes per abuis niet alle belangrijke beleidsmatige uitgavenmutaties die dit jaar hebben plaatsgevonden meegenomen. Het totaalbedrag lijkt hierdoor lager. In onderstaande tabel zijn de juiste cijfers opgenomen. Deze bedragen, verdeeld over verschillende posten, zijn beschikbaar op de VWS-begroting voor onderzoek naar en de aanpak van volksziektes (bedragen zijn afgerond op € 0,5 miljoen). Op de aanvullende post bij Ministerie van Financiën staat nog € 6 miljoen gereserveerd. We onderzoeken of we deze middelen in latere jaren beschikbaar maken voor leefstijlgeneeskunde en het proefbevolkingsonderzoek borstkanker.

Bedragen in € miljoen	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Totaal
Gezonde leefstijl en omgeving	0,5	48,0	50,5	51,0	4,5	4,0	158,5
Obesitas		21,5	20,5	20,5			62,5
Lacunes kanker		11,0	9,5	8,5			29,0
Dementie		13,0	15,5	15,5			44,0
Aanvullende Post							6,0
Totaal	0,5	93,5	96,0	95,5	4,5	4,0	300,0

Vraag 32

Kunt u aangegeven hoeveel middelen/geld beschikbaar moet worden gesteld om IVF-draagmoederschap te vergoeden voor andere gezinsvormen, inclusief man-vrouw koppels, man-man koppels, vrouw-vrouw koppels, personen in transitie, solo ouders en personen die naast hulp van een draagmoeder ook gameetdonatie nodig hebben?

Antwoord:

Het Zorginstituut heeft mij in januari 2022 geïnformeerd over de situatie van IVF-draagmoederschap bij vrouwen met een medische indicatie.⁶

Daaruit ontleen ik de volgende cijfers:

- Stimulatie, punctie en bevruchting in het laboratorium kost € 2.230⁷
- Het terugplaatsen van een embryo bij de draagmoeder kost € 310⁸
- De opslag van ingevroren embryo's kost € 77 per jaar.⁹

Ervan uitgaande dat er minstens één embryo wordt teruggeplaatst met een maximum van vier, liggen de kosten van IVF-draagmoederschap tussen de € 2.617 en de € 3.547. Dit is exclusief de verloskundige zorg, de eventuele kosten voor donorzaad (ongeveer € 175 per rietje) en de onkostenvergoeding voor de draagmoeder.

Er zijn mij echter geen cijfers bekend over het aantal personen of koppels met een kinderwens die daarvoor mogelijk gebruik zouden willen maken van IVF-draagmoederschap, waardoor ik niet kan aangeven hoeveel geld daarmee gemoeid zou zijn.

⁶ Bijlage bij Kamerstuk TK 2021–2022, 29 689, nr. 1146.

⁷ NZa, opendisdata.nl, nov 2021: Zorgproduct 972804009.

⁸ NZa, opendisdata.nl, nov 2021: Zorgproduct 972804038. In dit bedrag is de evt. benodigde medicatie voor het voorbereiden van de baarmoeder inbegrepen.

⁹ NZa zorgproductapplicatie: Zorgactiviteit 191170.

Vraag 33

Hoe komt het dat de modernisering van het GVS wordt uitgesteld en uit welke middelen wordt deze incidentele tegenvaller voor 2023 uit gefinancierd?

Antwoord:

De redenen voor uitstel van de GVS-modernisering en de financiering van het besparingsverlies staan in de brief d.d. 26 september 2022 (Zie Kamerstukken 29 477, nr. 786).

Vraag 34

Kunt u per zorgwet een leesbaar overzicht maken met daarin de genomen bezuinigingsmaatregelen, over een periode van 2010 tot en met 2022?

Antwoord:

Voor de intensiveringen en maatregelen onder het Uitgavenplafond Zorg vanaf de start van het Kabinet Rutte I tot en met de ontwerpbegroting 2018, verwijst de Minister van LZS u naar de antwoorden op de Kamervragen 16 t/m 19 bij de ontwerpbegroting 2018 (TK 34 775 XVI nr.14).

Alle genoemde maatregelen, ramingsbijstellingen en intensiveringen vanaf de Startnota Kabinet Rutte I tot en met de ontwerpbegroting 2018 zijn via de VWS-begrotingen aan uw Kamer gepresenteerd. Voor de volledigheid vindt u hieronder een overzicht van de betreffende Kamerstukken van de VWS-begrotingen en bijbehorende paginanummers.

- Startnota (Kamerstuk 32 500 XVI, nr. 29)
- OW 2012 (Kamerstuk 33 000 XVI, nr. 2), pagina 178 en 179
- OW 2013 (Kamerstuk 33 400 XVI, nr. 2), pagina 152, 161, 165 en 166
- OW 2014 (Kamerstuk 33 750 XVI, nr. 2), pagina 171, 183, 188 en 190
- OW 2015 (Kamerstuk 34 000 XVI, nr. 2), pagina 156, 157, 167, 168, 173 en 176
- OW 2016 (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 2), pagina 146, 153, 156 en 159
- OW 2017 (Kamerstuk 34 500, XVI, nr. 2), pagina 151, 154, 163 en 168
- OW 2018 (Kamerstuk 34 775, XVI, nr. 2), pagina 168, 169, 177, 178, 179 en 187

De maatregelen voor de jaren 2010 en 2011 zijn opgenomen in tabel 1. In tabel 2 zijn de maatregelen vanaf de Startnota Kabinet Rutte III tot en met de ontwerpbegroting 2022 opgenomen. De toelichtingen bij deze mutaties kunt u vinden in desbetreffende VWS-begrotingen.

Tabel 1

- OW 2010 (Kamerstuk 32 500 XVI, nr. 2), pagina 181 t/m 188
- OW 2011 (Kamerstuk 32 123 XVI, nr. 2), pagina 177 t/m 181

Tabel 2

- Startnota (TK 34 775 XVI, nr. 15 NOTA VAN WIJZIGING)
- OW 2019 (TK 35 000 XVI, nr. 2), pagina 198, 208 en 209.
- OW 2020 (TK 35 300 XVI, nr. 2), pagina 192, 199 en 200.
- OW 2021 (TK 35 570 XVI, nr. 2), pagina 170, 171.
- OW 2022 (TK 35 935 XVI, nr. 2), Pagina 162 t/m 166, 171 t/m 175.

Tabel 1 omvangrijkste maatregelen ontwerpbegroting 2010 en 2011 (Bedragen x € 1 miljoen)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Toelichting
Zvw								
Preferentiebeleid en verlopen								OW 2010 pagina 178
patenten	- 370	- 495	- 545	- 545	- 545	- 545		
Wijziging voorcalculatie	- 67	- 53	- 56	- 58	- 60	- 60		OW 2010 pagina 178
Maatregelen medisch specialisten		- 375	- 375	- 375	- 375	- 375		OW 2010 pagina 178
Tariefmaatregel ggz		- 119	- 119	- 119	- 119	- 119		OW 2010 pagina 178
Wet geneesmiddelenprijzen	- 13	- 73	- 80	- 80	- 80	- 80		OW 2010 pagina 178
Doelmatig voorschrijven		- 127	- 110	- 110	- 110	- 110		OW 2010 pagina 179
Aanpassing inschrijftarief		- 60	- 60	- 60	- 60	- 60		OW 2010 pagina 179
Beloning doelmatig voorschrijven			120	60	60	60		OW 2010 pagina 179
Zelfverwijzers		- 48	- 117	- 117	- 117	- 117		OW 2010 pagina 179
Tariefmaatregel alle vrije								
beroepsbeoefenaren		- 58	- 94	- 94	- 94	- 94		OW 2010 pagina 179
Pakketuit-/opname		- 3	- 3	- 3	- 3	- 3		OW 2010 pagina 179
Aanpak topinkomens			- 27	- 27	- 27	- 27		OW 2010 pagina 179
Maatregel medisch specialisten		- 137	- 137	- 137	- 137	- 137	- 137	OW 2010 pagina 180
Aanvullende tariefsmaatregel								
medisch specialisten			- 136	- 136	- 136	- 136	- 136	OW 2011 pagina 183
Intertemporele compensatie								
korting medisch specialisten		33	- 33					OW 2011 pagina 183
ZBC's onder Wmg instrument			0	- 197	- 197	- 197	- 197	OW 2011 pagina 183
Korting ziekenhuizen			- 549	- 549	- 549	- 549	- 549	OW 2011 pagina 183
Onder verantwoordelijkheid van								
de ziekenhuissector brengen van								
bepaalde dure geneesmiddelen			- 50	- 50	- 50	- 50	- 50	OW 2011 pagina 183
Efficiencymaatregel ambulances			- 13	- 25	- 39	- 39	- 39	OW 2011 pagina 183
Farmaceutische hulp		- 158	- 105	- 105	- 105	- 105	- 105	OW 2011 pagina 183
Uitbreiding inkoopbeleid								
zorgverzekeraars ten aanzien van								
geneesmiddelen			- 30	- 30	- 30	- 30	- 30	OW 2011 pagina 183
Functionele bekostiging eerste-								
lijnsdiagnostiek			- 60	- 60	- 60	- 60	- 60	OW 2011 pagina 184
Zorgstandaarden			- 40	- 75	- 75	- 75	- 75	OW 2011 pagina 184
Stepped care			- 30	- 60	- 60	- 60	- 60	OW 2011 pagina 184
Veiligheidsprogramma's			- 15	- 15	- 15	- 15	- 15	OW 2011 pagina 184
Beweegkuur opnemen in pakket			- 9	39	0	- 11	- 21	OW 2011 pagina 185
Verhoging eigen bijdrage								
fysiotherapie			- 30	- 30	- 30	- 30	- 30	OW 2011 pagina 185
Pakketmaatregel tandheelkunde								
18-21 jaar			- 100	- 100	- 100	- 100	- 100	OW 2011 pagina 185
Pakketmaatregel anticonceptie >								
21 jaar			- 32	- 32	- 32	- 32	- 32	OW 2011 pagina 185
Pakketmaatregel extracties door								
tandheelkundige specialisten			- 5	- 5	- 5	- 5	- 5	OW 2011 pagina 185
Pakketmaatregel beperkte								
vergoeding antidepressiva			- 20	- 20	- 20	- 20	- 20	OW 2011 pagina 185
Pakketmaatregel mobiliteitshul-								
pen			- 21	- 21	- 21	- 21	- 21	OW 2011 pagina 185
Invoering eigen bijdrage								
tweedelijns ggz			- 110	- 110	- 110	- 110	- 110	OW 2011 pagina 185
AWBZ en Wmo gemeentefonds								
Ramingsbijstelling PGB	- 50	- 60	- 60	- 60	- 60	- 60		OW 2010 pagina 180
Vermogensinkomensbijstelling	- 40	- 70	- 70	- 70	- 70	- 70		OW 2010 pagina 180
Invulling best practices		- 91	- 91	- 91	- 91	- 91		OW 2010 pagina 180
Inzet reserve AWBZ knelpunten		- 113	- 19	- 18	- 20	- 19		OW 2010 pagina 180
Ontbureaucratisering AWBZ			- 50	- 50	- 50	- 50		OW 2010 pagina 180
Ramingsbijstelling tariefsmaatre-								
gelen AWBZ	- 60	- 60	- 60	- 60	- 60	- 60		OW 2010 pagina 180
Prikkelwerking Wmo			- 50	- 50	- 50	- 50		OW 2010 pagina 180
Bovenbudgettaire vergoedingen								
omzetten in ZZP prijzen				- 20	- 20	- 20	- 20	OW 2011 pagina 185
Beëindigen bonus-malusregeling			- 60	- 60	- 60	- 60	- 60	OW 2011 pagina 185
Contracteerruimte verlagen			- 142	- 142	- 142	- 142	- 142	OW 2011 pagina 186
Onder contracteerruimte brengen								
capaciteitsgroei			0	- 100	- 150	- 200	- 250	OW 2011 pagina 186
Verhogen van de minimale eigen								
bijdrage			- 60	- 80	- 80	- 80	- 80	OW 2011 pagina 186
Persoonsgebonden budgetten			- 210	- 260	- 260	- 260	- 260	OW 2011 pagina 186
Rentevergoeding kapitaallasten				- 10	- 10	- 10	- 10	OW 2011 pagina 186
Correctie invoering eigen bijdrage								
begeleiding		- 68	- 80	- 80	- 80	- 80	- 80	OW 2011 pagina 186

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Toelichting
Inzet reserve AWBZ-knelpunten		- 4	- 98	- 99	- 97	- 98	- 98	OW 2011 pagina 186
Budget Wmo			- 150	- 150	- 150	- 150	- 150	OW 2011 pagina 186

Tabel 2 omvangrijkste maatregelen sinds Kabinet Rutte III t/m OW 2022 (Bedragen x € 1 miljoen)

	2018	2019	2020	2021	2022	Toelichting
Zvw						
H51 Hoofdlijnenakkoorden 2019–2021	0	- 460	- 1190	- 1920	- 1920	NVW pagina 8
H52 Maatregelen genees- en hulpmiddelen	0	- 61	- 158	- 305	- 465	NVW pagina 8
Ramingsbijstelling geneesmiddelen	- 100	- 100	- 100	- 100	- 100	OW 2019, pagina 198
Prijsonwikkeling genees- en hulpmiddelen (intra- en extramuraal)	0	182	182	182	182	OW 2019, pagina 198
Pakketmaatregel vitaminen, mineralen en paracetamol	0	- 40	- 40	- 40	- 40	OW 2019, pagina 198
Ramingsbijstelling opleidingen	0	- 225	- 176	- 86	- 150	OW 2020, pagina 192
Verlagen groeirimte geneesmiddelen	0	- 120	- 160	- 230	- 230	OW 2020, pagina 192
Ramingsbijstelling apotheekzorg en hulpmiddelen	0	0	- 168	- 100	- 100	OW 2021, pagina 170
Besparingsverlies vertraging Wgp	0	0	88	0	0	OW 2021, pagina 170
Besparingsverlies uitstel modernisering GVS	0	0	0	40	0	OW 2021, pagina 170
Voorraadverhoging apotheekzorg	0	0	5	25	25	OW 2021, pagina 171
Inzet resterende groeirimte Zvw					- 41	OW 2022, pagina 165
Wlz						
Ramingsbijstelling Wlz	- 100	- 223	- 159	- 165	- 159	OW 2019, pagina 208
Ramingsbijstelling groei Wlz	0	- 30	- 110	- 160	- 160	OW 2019, pagina 209
Ramingsbijstelling NHC in Wlz-tarief	11	- 8	- 30	- 36	- 43	OW 2019, pagina 208
Ramingsbijstelling Wlz	0	- 37	- 116	- 273	- 322	OW 2020, pagina 199
Tariefherijking verpleeghuisczorg	0	0	- 87	- 87	- 87	OW 2020, pagina 200
Ramingsbijstellingen overige Wlz-uitgaven	0	0	- 11	- 121	- 138	OW 2021, pagina 179
Bijstellen Zorginfrastructuurmiddelen	0	0	0	0	- 35	OW 2022, pagina 174
Tijdelijke middelen kwaliteitskader	0	0	0	0	- 307	OW 2022, pagina 174

Vraag 35

Waar kunnen zorgverleners melding maken van agressie en geweld buiten de werkgever om?

Antwoord:

Zorgverleners die te maken krijgen met agressie kunnen gelukkig vaak terecht bij hun werkgever voor opvang en nazorg. Daarnaast acht ik, de Minister van LZS, het van belang dat zorgprofessionals die in aanraking komen met bedreiging of intimidatie hiervan aangifte doen bij de politie. Door politie en OM zijn in het kader van het programma Veilige Publieke Taak afspraken gemaakt omtrent vervolging van agressie tegen mensen met een publieke taak, waaronder medewerkers in zorg en welzijn. Deze afspraken zijn vastgelegd in de zogenaamde Eenduidige Landelijke Afspraken (ELA).

Vraag 36

Is er een onafhankelijk meldpunt waar zorgverleners agressie en geweld kunnen melden?

Antwoord:

Nee, er is hiervoor geen onafhankelijk meldpunt. Ik, de Minister van LZS, acht het van belang dat zorgprofessionals die in aanraking komen met bedreiging of intimidatie hiervan aangifte doen bij de politie. Door politie en OM zijn in het kader van het programma Veilige Publieke Taak afspraken gemaakt omtrent vervolging van agressie tegen mensen met een publieke taak, waaronder medewerkers in zorg en welzijn. Deze afspraken zijn vastgelegd in de zogenaamde Eenduidige Landelijke Afspraken (ELA).

Vraag 37

Kunt u een overzicht sturen van de jaarlijkse uitgaven aan zorg vanaf 2000 tot en met 2022, in zijn totaal en 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 2022 opgenomen, in zowel totaal (tabel 1) als uitgesplitst per wet (tabel 2).

Het betreft hier de zorguitgaven die vallen onder de definitie van het Uitgavenplafond Zorg (het UPZ), dit betreft grotendeels de premiegefinancierde uitgaven. De zorguitgaven die verantwoord worden op de VWS-begroting en de middelen voor de Wmo en Jeugdzorg die per 2019 zijn toegevoegd aan het gemeentefonds zijn niet in de tabellen opgenomen.

Tabel 1 Ontwikkeling van de zorguitgaven en -ontvangsten onder het Uitgavenplafond Zorg 2000–2022 (bedragen x € 1 miljard)¹

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006 ²	2007 ³	2008	2009	2010 ⁴
Bruto zorguitgaven	34,6	38,4	43,1	43,7	44,9	46,5	48,3	51,0	55,5	59,3	62,5
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
Netto zorguitgaven	32,0	35,8	40,7	41,3	42,7	42,7	44,5	47,3	52,6	56,3	59,4
2011	2012	2013	2014	2015 ⁵	2016	2017	2018	2019 ⁷	2020	2021 ⁸	2022
64,5	67,9	68,8	69,3	68,9	71,0	72,8	76,1	74,8	79,4	81,2	86,7
3,2	3,6	4,6	5,1	5,1	5,1	5,0	5,0	5,0	5,1	5,1	5,3
61,3	64,3	64,2	64,2	63,7	65,9	67,8	71,1	69,9	74,3	76,1	81,4

Tabel 2 Ontwikkeling van de zorguitgaven en -ontvangsten onder het Uitgavenplafond Zorg per wet 2000–2022 (bedragen x € 1 miljard)¹

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006 ²	2007 ³	2008	2009	2010 ⁴
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
Eigen risico	0,7	0,9	0,8	0,5	0,4	2,0	2,1	2,0	1,3	1,4	1,5
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
Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (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
Eigen betalingen	1,6	1,6	1,6	1,8	1,8	1,8	1,8	1,6	1,6	1,6	1,5
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
Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)⁶											
Bruto Wmo-uitgaven (gemeentefonds)								1,4	1,5	1,5	1,5
Jeugdwet⁷											
Bruto Jeugdwet-uitgaven (gemeentefonds)											

2011	2012	2013	2014	2015 ⁵	2016	2017	2018	2019 ⁷	2020	2021 ⁸	2022
36,0 1,5	36,7 1,9	39,2 2,7	39,2 3,1	41,8 3,2	43,8 3,2	45,1 3,1	46,8 3,2	48,8 3,1	50,8 3,2	51,0 3,1	54,2 3,2
34,5	34,7	36,5	36,1	38,6	40,6	42,0	43,6	45,6	47,6	47,9	51,0
25,2 1,6	27,9 1,7	27,5 1,9	27,8 2,0	19,5 1,9	19,9 1,9	20,4 1,9	21,6 1,8	23,8 1,8	26,2 1,9	28,2 2,0	30,5 2,1
23,6 1,5	26,2 1,5	25,5 1,6	25,8 1,7	17,7 4,9	18,0 4,9	18,5 4,9	19,9 5,1	22,0 1,8	24,3 1,9	26,2 1,5	28,3 1,5
			2,0	1,9	1,9	2,0					

Bron: VWS

¹ De zorguitgaven zijn exclusief de begrotingsgefinancierde zorguitgaven (VWS-begroting en aanvullende post Financiën). Door het rijk beschikbaar gesteld voor de acute problematiek in de jeugdzorg – deels het gevolg van de corona-pandemie – en de financiële druk die dit veroorzaakt wordt beschikbaar gesteld via het gemeentefonds en de VWS-begroting.

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 particuliere verzekeringen.

³ De integratie-uitkering Wmo huishoudelijke hulp is in 2007 ingevoerd.

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 Wet langdurige zorg (Wlz) is in 2015 in werking getreden. Hierbij zijn middelen vanuit de AWBZ/Wlz overgeheveld naar de Wmo en Jeugdwet, vandaar die afname van de uitgaven bij de AWBZ/Wlz en toename bij de Wmo en Jeugdwet.

⁶ De uitgaven voor Wmo en de Jeugdwet betreffen alleen het deel 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 overhead wordt niet per taak inzichtelijk gemaakt maar op één taakveld door gemeenten geboekt.

⁷ Bij de startnota Kabinet Rutte III zijn vanaf het jaar 2019 middelen vanuit het Wmo-budget en jeugdbudget, dat voorheen tot het Uitgavenplafond Zorg behoorde (met uitzondering van het budget voor beschermd wonen) overgeheveld naar de algemene uitkering van het gemeentefonds (Uitgavenplafond Rijksbegroting). Vandaar die afname van de uitgaven van Wmo en Jeugdwet vanaf het jaar 2019.

⁸ De zorguitgaven zijn in 2021 gecorrigeerd als gevolg van de technische correctieboekings van de schadelastdip ggz van – € 1,2 miljard. Per 1 januari 2022 wordt een nieuw bekostigingsmodel voor de ggz ingevoerd. In dit nieuwe model wordt voor de bekostiging niet meer gewerkt met DBC's en komt er een aparte bekostiging voor de basis-ggz. De DBC's die worden geopend in 2021 worden derhalve uiterlijk 31-12-2021 afgesloten; dit geldt ook voor de huidige bekostiging van de basis-ggz. Hierdoor is er in 2021 om technisch-administratieve redenen sprake van eenmalig lagere zorguitgaven in termen van schadelast. Deze technische aanpassing heeft geen gevolgen voor de hoeveelheid ggz die feitelijk kan worden geleverd of op de omzetten van zorgaanbieders. Er is geen sprake van een bezuiniging. Deze technische bijstelling heeft dan ook geen gevolgen voor het EMU-saldo en geen invloed op de premiehoogte.

Vraag 38

Hoeveel wordt er door uw kabinet geïnvesteerd in de zorg? Kunt u dit weergeven in een totaalbedrag, als ook uitgesplitst in aparte tabellen voor de Zvw, Wlz, Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 en de Jeugdwet?

Antwoord:

In de periode 2022–2026 wordt door het Kabinet Rutte IV € 0,3 miljard in 2022 oplopend tot € 1,5 miljard in 2026 geïnvesteerd in de zorg. De incidentele extra uitgaven op de VWS-begroting vanwege de uitbraak van het coronavirus (€ 6,1 miljard in 2022 en € 2,7 miljard in 2023), zie ontwerp-begroting 2023 pagina 15), zijn in onderstaande tabel niet meegenomen.

In de onderstaande tabel zijn de omvangrijkste intensiveringen onder het Uitgavenplafond Zorg (UPZ) in de Zvw, de Wlz en de aanvullende post van Financiën opgenomen. De toelichtingen bij deze mutaties kunt u vinden in de ontwerp-begroting 2023.

Tabel omvangrijkste intensiveringen Uitgavenplafond Zorg Kabinet Rutte IV (Bedragen x € 1 miljoen)¹

	2022	2023	2024	2025	2026	Toelichting
Zvw	30	327	340	168	171	
Valpreventie bij 65-plussers (overheveling van AP)	0	48	64	64	65	OW 2023, pagina 177
Eigen risico gelijk houden tot en met 2025 en andere vormgeving van het eigen risico voor de medisch-specialistische zorg	0	120	240	94	94	OW 2023, pagina 179
Verlengen voorwaardelijke toelating paramedische herstellzorg i.v.m. corona	30	43	0	0	0	OW 2023, pagina 179
Huisartsen meer tijd (opleiding huisartsen)	0	2	6	10	12	OW 2023, pagina 179
Wachttijsten ggz	0	30	30	0	0	OW 2023, pagina 179
IZA-transformatiegeld	0	84	0	0	0	OW 2023, pagina 179
Wlz	270	239	317	345	374	
Regiobudget scheiden wonen en zorg	40	40	40	40	40	OW 2023, pagina 190
Domeinoverstijgende samenwerking (scheid wonen en zorg)	0	0	28	37	47	OW 2023, pagina 190
Tijdelijke extra compensatie zorg met verblijf (scheid wonen en zorg)	0	18	36	54	72	OW 2023, pagina 190
Transitiemiddelen scheiden wonen en zorg	0	0	33	33	34	OW 2023, pagina 191
Meerkostenregeling i.v.m. corona	200	0	0	0	0	OW 2023, pagina 191
Regionaal stimuleringsbudget zorgkantoren	30	31	31	31	31	OW 2023, pagina 191
IZA sociaal domein	0	150	150	150	150	OW 2023, pagina 191
Aanvullende post Financiën	0	411	1.123	944	1.001	
Integraal Zorgakkoord	0	0	264	262	262	OW 2023, tabel 11A pagina 204
Meer tijd voor huisartsen	0	0	0	0	36	OW 2023, tabel 11A pagina 204
Juiste zorg op de juiste plek (transformatiemiddelen)	0	216	408	408	408	OW 2023, tabel 11A pagina 204
Standaardisatie gegevensuitwisseling	0	159	399	199	200	OW 2023, tabel 11A pagina 204
Valpreventie bij 65-plussers	0	5	0	0	0	OW 2023, tabel 11A pagina 204
Passende zorg als norm in Zvw (investeringsmiddelen)	0	32	53	75	96	OW 2023, tabel 11A pagina 204
Totaal intensiveringen	300	977	1.779	1.457	1.546	

¹ Hierin zijn alle intensivering opgenomen, inclusief de reserveringen op de aanvullende post van het Ministerie van Financiën, welke onder het Uitgavenplafond Zorg vallen.

Vraag 39

Kunt u een (recent) overzicht sturen van de bezuinigingen, uitgesplitst in Wmo, Wlz, Zvw en Jeugdzorg, vanaf de het jaar 2015 tot en met 2022?

Antwoord:

Voor de intensiveringen en maatregelen onder het Uitgavenplafond Zorg vanaf de start van het Kabinet Rutte I tot en met de ontwerpbegroting 2018, verwijst de Minister van LZS u naar de antwoorden op de Kamervragen 16 t/m 19 bij de ontwerpbegroting 2018 (TK 34 775 XVI, nr. 14).

Alle genoemde maatregelen, ramingsbijstellingen en intensiveringen vanaf de Startnota Kabinet Rutte I tot en met de ontwerpbegroting 2018 zijn via de VWS-begrotingen aan uw Kamer gepresenteerd. Voor de volledigheid vindt u hieronder een overzicht van de betreffende Kamerstukken van de VWS-begrotingen en bijbehorende paginanummers.

- Startnota (Kamerstuk 32 500 XVI, nr. 29)
- OW 2012 (Kamerstuk 33 000 XVI, nr. 2), pagina 178 en 179
- OW 2013 (Kamerstuk 33 400 XVI, nr. 2), pagina 152, 161, 165 en 166
- OW 2014 (Kamerstuk 33 750 XVI, nr. 2), pagina 171, 183, 188 en 190
- OW 2015 (Kamerstuk 34 000 XVI, nr. 2), pagina 156, 157, 167, 168, 173 en 176
- OW 2016 (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 2), pagina 146, 153, 156 en 159
- OW 2017 (Kamerstuk 34 500 XVI, nr. 2), pagina 151, 154, 163 en 168

- OW 2018 (Kamerstuk 34 775 XVI, nr. 2), pagina 168, 169, 177, 178, 179 en 187

De maatregelen voor de jaren 2010 en 2011 zijn opgenomen in tabel 1. In tabel 2 zijn de maatregelen vanaf de Startnota Kabinet Rutte III tot en met de ontwerpbegroting 2022 opgenomen. De toelichtingen bij deze mutaties kunt u vinden in desbetreffende VWS-begrotingen.

Tabel 1

- OW 2010 (Kamerstuk 32 500 XVI, nr. 2), pagina 181 t/m 188
- OW 2011 (Kamerstuk 32 123 XVI, nr. 2), pagina 177 t/m 181

Tabel 2

- Startnota (TK 34 775 XVI, nr. 15 NOTA VAN WIJZIGING)
- OW 2019 (TK 35 000 XVI, nr. 2), pagina 198, 208 en 209.
- OW 2020 (TK 35 300 XVI, nr. 2), pagina 192, 199 en 200.
- OW 2021 (TK 35 570 XVI, nr. 2), pagina 170, 171.
- OW 2022 (TK 35 935 XVI, nr. 2), Pagina 162 t/m 166, 171 t/m 175.

Tabel 1 omvangrijkste maatregelen ontwerpbegroting 2010 en 2011 (Bedragen x € 1 miljoen)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Toelichting
Zvw								
Preferentiebeleid en verlopen patenten	- 370	- 495	- 545	- 545	- 545	- 545		OW 2010 pagina 178
Wijziging voorcalculatie	- 67	- 53	- 56	- 58	- 60	- 60		OW 2010 pagina 178
Maatregelen medisch specialisten		- 375	- 375	- 375	- 375	- 375		OW 2010 pagina 178
Tariefmaatregel ggz		- 119	- 119	- 119	- 119	- 119		OW 2010 pagina 178
Wet geneesmiddelenprijzen	- 13	- 73	- 80	- 80	- 80	- 80		OW 2010 pagina 178
Doelmatig voorschrijven		- 127	- 110	- 110	- 110	- 110		OW 2010 pagina 179
Aanpassing inschrijftarief		- 60	- 60	- 60	- 60	- 60		OW 2010 pagina 179
Beloning doelmatig voorschrijven			120	60	60	60		OW 2010 pagina 179
Zelfverwijzers		- 48	- 117	- 117	- 117	- 117		OW 2010 pagina 179
Tariefmaatregel alle vrije beroepsbeoefenaren		- 58	- 94	- 94	- 94	- 94		OW 2010 pagina 179
Pakketuit-opname		- 3	- 3	- 3	- 3	- 3		OW 2010 pagina 179
Aanpak topinkomens			- 27	- 27	- 27	- 27		OW 2010 pagina 179
Maatregel medisch specialisten		- 137	- 137	- 137	- 137	- 137	- 137	OW 2010 pagina 180
Aanvullende tariefsmaatregel medisch specialisten			- 136	- 136	- 136	- 136	- 136	OW 2011 pagina 183
Intertemporele compensatie korting medisch specialisten		33	- 33					OW 2011 pagina 183
ZBC's onder Wmg instrument			0	- 197	- 197	- 197	- 197	OW 2011 pagina 183
Korting ziekenhuizen			- 549	- 549	- 549	- 549	- 549	OW 2011 pagina 183
Onder verantwoordelijkheid van de ziekenhuissector brengen van bepaalde dure geneesmiddelen			- 50	- 50	- 50	- 50	- 50	OW 2011 pagina 183
Efficiencymaatregel ambulances			- 13	- 25	- 39	- 39	- 39	OW 2011 pagina 183
Farmaceutische hulp		- 158	- 105	- 105	- 105	- 105	- 105	OW 2011 pagina 183
Uitbreiding inkoopbeleid zorgverzekeraars ten aanzien van geneesmiddelen			- 30	- 30	- 30	- 30	- 30	OW 2011 pagina 183
Functionele bekostiging eerste- lijnsdiagnostiek			- 60	- 60	- 60	- 60	- 60	OW 2011 pagina 184
Zorgstandaarden			- 40	- 75	- 75	- 75	- 75	OW 2011 pagina 184
Stepped care			- 30	- 60	- 60	- 60	- 60	OW 2011 pagina 184
Veiligheidsprogramma's			- 15	- 15	- 15	- 15	- 15	OW 2011 pagina 184
Beweegkuur opnemen in pakket			- 9	39	0	- 11	- 21	OW 2011 pagina 185
Verhoging eigen bijdrage fysiotherapie			- 30	- 30	- 30	- 30	- 30	OW 2011 pagina 185
Pakketmaatregel tandheelkunde 18-21 jaar			- 100	- 100	- 100	- 100	- 100	OW 2011 pagina 185
Pakketmaatregel anticonceptie > 21 jaar			- 32	- 32	- 32	- 32	- 32	OW 2011 pagina 185
Pakketmaatregel extracties door tandheelkundige specialisten			- 5	- 5	- 5	- 5	- 5	OW 2011 pagina 185
Pakketmaatregel beperkte vergoeding antidepressiva			- 20	- 20	- 20	- 20	- 20	OW 2011 pagina 185
Pakketmaatregel mobiliteitshulpen			- 21	- 21	- 21	- 21	- 21	OW 2011 pagina 185
Invoering eigen bijdrage tweedelijns ggz			- 110	- 110	- 110	- 110	- 110	OW 2011 pagina 185

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Toelichting
AWBZ en Wmo gemeentefonds								
Ramingsbijstelling PGB	- 50	- 60	- 60	- 60	- 60	- 60		OW 2010 pagina 180
Vermogensinkomensbijtelling	- 40	- 70	- 70	- 70	- 70	- 70		OW 2010 pagina 180
Invulling best practices		- 91	- 91	- 91	- 91	- 91		OW 2010 pagina 180
Inzet reserve AWBZ knelpunten		- 113	- 19	- 18	- 20	- 19		OW 2010 pagina 180
Ontbureaucratisering AWBZ			- 50	- 50	- 50	- 50		OW 2010 pagina 180
Ramingsbijstelling tariefsmaatregelen AWBZ	- 60	- 60	- 60	- 60	- 60	- 60		OW 2010 pagina 180
Prikkelwerking Wmo			- 50	- 50	- 50	- 50		OW 2010 pagina 180
Bovenbudgettaire vergoedingen omzetten in ZZP prijzen				- 20	- 20	- 20	- 20	OW 2011 pagina 185
Beëindigen bonus-malusregeling			- 60	- 60	- 60	- 60	- 60	OW 2011 pagina 185
Contracteerruimte verlagen			- 142	- 142	- 142	- 142	- 142	OW 2011 pagina 186
Onder contracteerruimte brengen capaciteitsgroei			0	- 100	- 150	- 200	- 250	OW 2011 pagina 186
Verhogen van de minimale eigen bijdrage			- 60	- 80	- 80	- 80	- 80	OW 2011 pagina 186
Persoonsgebonden budgetten			- 210	- 260	- 260	- 260	- 260	OW 2011 pagina 186
Rentevergoeding kapitaallasten				- 10	- 10	- 10	- 10	OW 2011 pagina 186
Correctie invoering eigen bijdrage begeleiding		- 68	- 80	- 80	- 80	- 80	- 80	OW 2011 pagina 186
Inzet reserve AWBZ-knelpunten		- 4	- 98	- 99	- 97	- 98	- 98	OW 2011 pagina 186
Budget Wmo			- 150	- 150	- 150	- 150	- 150	OW 2011 pagina 186

Vraag 40

Hoeveel winst is er in 2022 gemaakt in de Nederlandse zorgsector?

Antwoord:

De Minister van LZS beschikt niet over de precieze informatie die u vraagt. Het jaar 2022 wordt pas later afgesloten. Het gemiddelde winstpercentage is in deze sector 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 2017 t/m 2020. In de Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg vallen instellingen van intramurale zorg en delen van de extramurale zorg, zoals de medisch-specialistische zorg, onder het verbod op winstoogmerk op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Zij mogen geen winst uitkeren. Het positieve resultaat dat zij boeken, kan aangewend worden voor het aanleggen van reserves, of herinvesteed worden in de zorg.

Bedrijfsresultaat per sector (x € 1 miljoen)

	2017	2018	2019	2020 ¹
Universitair medische centra	350	244	184	160
Algemene ziekenhuizen	547	566	559	592
Categorale ziekenhuizen	31	32	47	28
GGZ met overnachting	144	77	197	130
Gehandicaptenzorg	308	232	190	334
Jeugdzorg met overnachting	36	8	- 9	25
Maatschappelijke opvang (24-uurs)	43	55	- 4	67
Ambulante jeugdzorg	- 3	8	11	7
Verpleeg-, verzorgingshuizen, thuiszorg	504	592	546	707

¹ Voorlopige cijfers.

Tabel 2 omvangrijkste maatregelen sinds Kabinet Rutte III t/m OW 2022 (Bedragen x € 1 miljoen)

	2018	2019	2020	2021	2022	Toelichting
Zvw						
H51 Hoofdlijnenakkoorden 2019–2021	0	– 460	– 1190	– 1920	– 1920	NVW pagina 8
H52 Maatregelen genees- en hulpmiddelen	0	– 61	– 158	– 305	– 465	NVW pagina 8
Ramingsbijstelling geneesmiddelen	– 100	– 100	– 100	– 100	– 100	OW 2019, pagina 198
Prijzontwikkeling genees- en hulpmiddelen (intra- en extramuraal)	0	182	182	182	182	OW 2019, pagina 198
Pakketmaatregel vitamines, mineralen en paracetamol	0	– 40	– 40	– 40	– 40	OW 2019, pagina 198
Ramingsbijstelling opleidingen	0	– 225	– 176	– 86	– 150	OW 2020, pagina 192
Verlagen groeirimte geneesmiddelen	0	– 120	– 160	– 230	– 230	OW 2020, pagina 192
Ramingsbijstelling apotheekzorg en hulpmiddelen	0	0	– 168	– 100	– 100	OW 2021, pagina 170
Besparingsverlies vertraging Wgp	0	0	88	0	0	OW 2021, pagina 170
Besparingsverlies uitstel modernisering GVS	0	0	0	40	0	OW 2021, pagina 170
Voorraadverhoging apotheekzorg	0	0	5	25	25	OW 2021, pagina 171
Inzet resterende groeirimte Zvw					– 41	OW 2022, pagina 165
Wlz						
Ramingsbijstelling Wlz	– 100	– 223	– 159	– 165	– 159	OW 2019, pagina 208
Ramingsbijstelling groei Wlz	0	– 30	– 110	– 160	– 160	OW 2019, pagina 209
Ramingsbijstelling NHC in Wlz-tarief	11	– 8	– 30	– 36	– 43	OW 2019, pagina 208
Ramingsbijstelling Wlz	0	– 37	– 116	– 273	– 322	OW 2020, pagina 199
Tariefherijking verpleeghuiszorg	0	0	– 87	– 87	– 87	OW 2020, pagina 200
Ramingsbijstellingen overige Wlz-uitgaven	0	0	– 11	– 121	– 138	OW 2021, pagina 179
Bijstellen Zorginfrastructuurmiddelen	0	0	0	0	– 35	OW 2022, pagina 174
Tijdelijke middelen kwaliteitskader	0	0	0	0	– 307	OW 2022, pagina 174

Bron: CBS Statline, tabel Zorginstellingen; financiën en personeel

Vraag 41

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

Antwoord:

In de Wet toelating zorginstellingen is voor zorginstellingen die zorg verlenen waarop aanspraak bestaat uit hoofde van de Zorgverzekeringswet of de Wet Langdurige Zorg een verbod op winstuitkering vastgelegd. Daarbij is middels een algemene maatregel van bestuur voor een aantal categorieën instellingen een uitzondering gemaakt, die categorieën instellingen mogen dus wel winst uitkeren¹⁰. Er is geen integraal overzicht van uitgekeerde winst. Zoals eerder in antwoord op een vraag bij de VWS-begroting 2022 is vermeld, hebben SIRM en Finance Ideas in 2019 in opdracht van VWS onderzoek gedaan naar dividenduitkering door zorgaanbieders met een Wtzi-toelating.¹¹ 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

¹⁰ De instellingen die winst mogen uitkeren vallen onder de uitzonderingsgrond in de Wtzi, voor zover zij *uitsluitend* de volgende vormen van zorg verlenen: audiologische zorg, behandeling van gedragswetenschappelijke aard in verband met een psychiatrische aandoening; farmaceutische zorg; huisartsenzorg; kraamzorg; medisch specialistische zorg, uitsluitend in verband met een psychiatrische aandoening en niet in combinatie met Zvw-verblijf; mondzorg; paramedische zorg; persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, schoonmaak van de woning of behandeling, anders dan behandeling van gedragswetenschappelijke aard in verband met een psychiatrische aandoening, indien deze vormen van zorg niet worden verleend in combinatie met Wlz-verblijf; trombosezorg; uitleen van verpleegartikelen; verloskundige zorg; verstrekken van hulpmiddelen; vervoer; zorg in een kleinschalige woonvoorziening.

¹¹ SIRM en Finance Ideas, juni 2019, Uitkering van dividend door zorgaanbieders: praktijkanalyse en effectanalyse, Utrecht.

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 € 0,6 miljard.»

Vraag 42

Hoeveel reserves hebben de verschillende zorginstellingen opgebouwd?

Antwoord:

De Minister van LZS beschikt 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 de jaren 2016–2020:

Bedragen in € miljoen	2016	2017	2018	2019	2020 ¹
Universitair medische centra	2.228	2.479	2.784	2.980	3.083
Algemene ziekenhuizen	3.930	4.149	4.498	4.795	5.092
Categoriale ziekenhuizen	373	381	395	432	447
GGZ met overnachting	1.341	1.385	1.419	1.597	1.663
Gehandicaptenzorg	2.690	2.921	3.080	3.224	3.507
Jeugdzorg met overnachting	267	321	342	287	321
Maatschappelijke opvang (24-uurs)	271	322	349	314	297
Ambulante jeugdzorg	63	61	69	75	80
Verpleeg-, verzorgingshuizen, thuiszorg	4.462	4.696	5.117	5.546	6.028

¹ Voorlopige cijfers.

Bron: CBS Statline, tabel Zorginstellingen; financiën en personeel

Vraag 43

Kunt u een overzicht geven van alle convenanten die sinds 2015 zijn afgesloten tussen uw ministerie en betrokken partijen in de zorg? Kunt u daarbij aangeven welke convenanten succesvol waren en welke minder succesvol, inclusief toelichting?

Antwoord:

In onderstaande tabel zijn de convenanten die sinds 2015 met partijen in de zorg zijn afgesloten opgenomen en toegelicht.

Titel convenant	Stand van zaken
Convenant houdende afspraken over de samenwerking in het kader van de verbetering van de bestrijding van zorgfraude: «Informatie Knoop-punt Zorgfraude (IKZ)» 08-11-2016	Dit is een convenant over de samenwerking in het kader van de verbetering van de bestrijding van zorgfraude: «Informatie Knoop-punt Zorgfraude (IKZ)». Het convenant uit 2016 is 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 te 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.

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. 10-10-2017	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 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. In 2021 is het convenant geëvalueerd. Verbetersuggesties die uit de evaluatie voortkomen worden door de TIZ opgepakt.
Het Groninger Zorgakkoord 11-03-2019	Met het Groninger Zorgakkoord slaan 20 partijen, waaronder VWS, de handen ineen om ervoor te zorgen dat Groningers in het aardbevingsgebied ook in de toekomst dicht bij huis kwalitatief goede zorg en behandeling in de regio krijgen. Zij investeren gezamenlijk € 331 miljoen in nieuwe toekomstbestendige en aardbevingsbestendige zorggebouwen. De samenwerkingsafspraken zijn tevens een belangrijke aanjager voor innovatie en vernieuwing in de zorgsector.
Convenant VWS en Reshape 14-01-2020	Doel van dit convenant is om in gezamenlijkheid verschillende edities van de Health Innovation School (HIS) mogelijk te maken. De HIS draagt bij aan het stimuleren van een innovatieve manier van denken, het uitwisselen van kennis en vaardigheden en het bevorderen van samenwerking in (regionale) netwerken. Dit stimuleert innovatie waarmee goede zorg toegankelijk en betaalbaar blijft. In 2020 hebben 4 regionale edities plaatsgevonden, deels digitaal in verband met covid-19.
Convenant Randvoorwaarden en facilitering medisch-generalistische zorg voor mensen met een beperking. 29-10-2020	Afspraken tussen belangenorganisaties in de zorg voor het organiseren van randvoorwaarden en het faciliteren van zorgverleners om de kwaliteit en toegankelijkheid van de medisch-generalistische zorg voor mensen met een beperking te verbeteren. VWS is geen partij in dit convenant, maar ondersteunt wel de doelen ervan. In het convenant zijn acties voor VWS opgenomen die VWS ook uitvoert. Om er zo ook aan bij te dragen dat het convenant een succes wordt.
Convenant Capaciteit Beveiligde Bedden Geestelijke Gezondheidszorg en Gehandicaptenzorg 06-11-2020	In dit convenant tussen VWS, JenV, de Nederlandse ggz, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en Dienst Justitiële Inrichtingen wordt opgemerkt dat opname van mensen – die ten gevolge van hun psychische stoornis en/of hun verstandelijke beperking en/of hun verslaving een (ernstig) risico voor zichzelf of hun omgeving vormen – op beveiligde bedden verbeterd kan en moet worden. Hiertoe is het dashboard beveiligde bedden ingericht en het Landelijk Coördinatiepunt Beveiligde bedden. Door de kwartiermaker Landelijk Coördinatiepunt Beveiligde Bedden is in oktober 2021 een evaluatie uitgevoerd, waaruit naar voren kwam dat het instrument het initiële doel dient. Eind 2022 zal worden besloten over het vervolg op het convenant.
Convenant Bevorderen continuïteit jeugdhulp 7-7-2021	Convenant tussen de Branches Gespecialiseerde Zorg voor de Jeugd (BGZJ), de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en de Ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Justitie en Veiligheid (JenV) over het bevorderen van de continuïteit van jeugdhulp. Hiertoe wordt door aanbieders en gemeenten een geschillencommissie ingericht. Ook is door de Jeugddautoriteit in dit kader een early warning systeem ontwikkeld en voert de Jeugddautoriteit periodieke accountgesprekken met aanbieders.
Convenant Versterking Testketen Corona 12-1-2021	Afspraken tussen het Ministerie van VWS, de GGD'en en GGD GHOR Nederland over de samenwerking rond het testen op het coronavirus.
Convenant oorlogsgetroffene tweede generatie «Vindbaar en toereikend aanbod van ondersteuning voor de tweede generatie oorlogsgetroffenen» 08-06-2022	In het convenant zijn afspraken vastgelegd over een vindbaar en toereikend aanbod van immateriële ondersteuning aan tweede generatie oorlogsgetroffenen. Het Joods Maatschappelijk Werk, Stichting Pelita en het Nederlands Veteraneninstituut worden in staat gesteld om mensen uit de tweede generatie oorlogsgetroffenen te ondersteunen. Ook is er aandacht voor deskundigheidsbevordering van de reguliere zorg. Hierbij speelt Stichting Arq een belangrijke rol. Dit convenant treedt in werking op 1 januari 2023 en eindigt op 31 december 2027.

Vraag 44

Welke vaccinatieprogramma's waarover de Gezondheidsraad al positief heeft geadviseerd verwacht u de aankomende jaren in te voeren? Hoe komt dit terug in de begroting 2023?

Antwoord:

Er is momenteel één Gezondheidsraadsadvies, over het invoeren van een vaccinatieprogramma, waarover nog geen definitieve besluitvorming plaats heeft gevonden. Dit betreft het advies over het aanbieden van gordelroosvaccinatie. Zodra duidelijk is of het gordelroosvaccin kosteneffectief kan worden aangeboden, kan bepaald worden of structurele financiële middelen daarvoor nodig zijn en kan besluitvorming plaatsvinden over het al dan niet aanbieden van deze vaccinatie. De eerstvolgende mogelijkheid, waarbij deze middelen opgevoerd kunnen worden, is de voorjaarsbesluitvorming 2023.

Vraag 45

Kan een gordelroosvaccin kosteneffectief worden aangeboden? Zo ja, hoe?

Antwoord:

Of het gordelroosvaccin kosteneffectief kan worden aangeboden is afhankelijk van meerdere factoren, waaronder de effectiviteit, beschermingsduur en prijs van het vaccin. Zoals ik in mijn brief van 19 mei jl. over het beschikbaar stellen van het gordelroosvaccin¹² heb aangegeven, heb ik het RIVM verzocht om verkennende gesprekken met de vaccinaanbieder te starten om te kijken of de vaccinatie kosteneffectief kan worden aangeboden. Over de uitkomst van deze gesprekken en de aannames met betrekking tot de kosteneffectiviteit ben ik met het RIVM in gesprek.

Als het mogelijk blijkt het gordelroosvaccin kosteneffectief aan te bieden, dan is voor een besluit over de invoering ervan structurele financiële dekking nodig. Deze financiële dekking is er nog niet. De eerstvolgende mogelijkheid voor besluitvorming over het opnemen van het vaccin is bij voorjaarsbesluitvorming 2023.

Vraag 46

Is er in deze begroting rekening gehouden met de invoering van een gordelroosvaccin in de komende jaren?

Antwoord:

Of het gordelroosvaccin kosteneffectief kan worden aangeboden is afhankelijk van meerdere factoren, waaronder de effectiviteit, beschermingsduur en prijs van het vaccin. Zoals ik in mijn brief van 19 mei jl. over het beschikbaar stellen van het gordelroosvaccin¹³ heb aangegeven, heb ik het RIVM verzocht om verkennende gesprekken met de vaccinaanbieder te starten om te kijken of de vaccinatie kosteneffectief kan worden aangeboden. Over de uitkomst van deze gesprekken en de aannames met betrekking tot de kosteneffectiviteit ben ik met het RIVM in gesprek.

Als het mogelijk blijkt het gordelroosvaccin kosteneffectief aan te bieden, dan is voor een besluit over de invoering ervan structurele financiële dekking nodig. Deze financiële dekking is er nog niet. De eerstvolgende mogelijkheid voor besluitvorming over het opnemen van het vaccin is bij voorjaarsbesluitvorming 2023.

¹² Kamerstuk 32 793, nr. 605.

¹³ Kamerstuk 32 793, nr. 605.

Vraag 47

Hoeveel geld is er beschikbaar voor de regeling «Behoud langdurig zieke zorgwerknemers»? Hoeveel medewerkers kunnen behouden worden met het beschikbare budget?

Antwoord:

In totaal is € 30 miljoen gereserveerd voor de regeling «Behoud langdurig zieke zorgwerknemers», inclusief maximaal € 1,5 miljoen uitvoeringskosten. Daarvan is € 15 miljoen beschikbaar in 2022 en € 15 miljoen in 2023. De subsidie is voor werkgevers die na het tweede ziektejaar de loondoorbetaling aan hun langdurig zieke zorgwerknemer(s) (met long covid) verlengen. Die verlenging moet minimaal 6 en maximaal 12 maanden bedragen. Werkgevers kunnen een subsidie van € 1.100,- per werknemer per maand ontvangen. Het budget is daarmee voldoende voor ruim 4.300 verlengingen van 6 maanden of bijna 2.200 verlengingen van 12 maanden.

Vraag 48

In hoeverre wordt budget vrijgemaakt om de veiligheid van bloed en plasma in de toekomst te waarborgen, bijvoorbeeld door pathogenen inactivatie, teneinde zo overdracht van bloed overdraagbare pandemieën te voorkomen?

Antwoord:

Er wordt niet op voorhand budget vrijgemaakt om mogelijke toekomstige veiligheidsmaatregelen voor de bloedvoorziening te waarborgen. Wanneer het noodzakelijk blijkt te zijn om maatregelen in te voeren dan zullen de kosten verrekend worden in de prijzen van de kort houdbare bloedproducten en/of het plasma.

Vraag 49

Is er in de begroting, naast de regeling Behoud langdurig zieke zorgwerknemers, geld gereserveerd voor bredere compensatie voor mensen die op de werkvloer besmet zijn geraakt met Long-Covid?

Antwoord:

Nee. Het kabinet beziet de mogelijkheden voor een onverplichte tegemoetkoming aan zorgmedewerkers die in de eerste golf van de coronapandemie zorg hebben verleend aan COVID-19 patiënten en in die periode COVID-19 hebben opgelopen en als gevolg daarvan langdurig ziek zijn geworden. De tegemoetkoming dient – naast de reguliere mogelijkheid tot werkgevers- en overheidsaansprakelijkheid – enkel ter erkenning van het leed dat deze zorgmedewerkers ondervinden. De Raad van State is om voorlichting gevraagd over de precedentwerking, de houdbaarheid van de afbakening en de hoogte van het voorstel tot tegemoetkoming. Het Ministerie van VWS komt met dekking voor dit voorstel binnen de eigen begroting voor 2023. Dat betekent dat hiervoor een prioritering moet plaatsvinden.

Vraag 50

Kunt u de uitgaven aan preventie in de jaren 2005 tot en met 2022 op een rij zetten?

Antwoord:

In aansluiting met de internationale definitie van de OECD houdt het CBS de uitgaven op preventie bij. Elke maatregel die is gericht op het vermijden of verminderen van het aantal of de ernst van letsels en ziekten, de gevolgen daarvan en de daaraan verbonden complicatie. Hieronder vallen: (jeugd)vaccinatieprogramma's, griepvaccinaties, ouder- en kindzorg, screening voor borstkanker en baarmoederhalskanker, bedrijfs-

gezondheidszorg, arbozorg, en ook de jaarlijkse tandartscontrole als onderdeel van de zorgverzekering of aanvullende verzekering, epidemiologische monitoring door het RIVM.

In onderstaande tabel staan de totaaluitgaven (2^e kolom) met een uitsplitsing naar uitgaven overheid (3^e kolom) en eigen betalingen (4^e kolom). De uitgaven in 2020 en 2021 wijken vanwege Covid19 sterk af van voorgaande jaren. De uitgaven voor 2022 zijn nog niet opgenomen.

Preventie zorg	Totaal (mln euro)	Overheid en sociale verzekering (mln euro)	Vrijwillige regelingen, eigen betaling (mln euro)
2005	2.354	1.491	863
2006	2.279	1.637	642
2007	2.447	1.748	699
2008	2.480	1.844	636
2009	2.728	1.993	735
2010	2.815	2.070	744
2011	2.712	1.976	736
2012	2.708	1.949	759
2013	2.628	1.915	713
2014	2.689	1.971	718
2015	2.497	1.779	719
2016	2.561	1.805	756
2017	2.492	1.705	787
2018	2.514	1.697	816
2019	2.721	1.831	890
2020	4.060	3.087	974
2021	9.635	8.507	1.128

Bron: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84043NED/table?dl=6FEE1>

Vraag 51

Is er in de begroting 2023 rekening gehouden met de motie-Paulusma en Bikker (Kamerstuk 25 295, nr. 1908)? Zo ja, op welke wijze?

Antwoord:

Nee. Mede in vervolg op de motie Paulusma en Bikker is verkend wat de overheid kan doen aan de problemen van zorgpersoneel dat in de eerste golf COVID heeft gehad en door aanhoudende post-COVID klachten minder of niet meer kan werken. Zoals in het antwoord op vraag 49 is aangegeven beziet het kabinet de mogelijkheden voor een onverplichte tegemoetkoming voor voornoemde doelgroep; de Raad van State is gevraagd om voorlichting over dit voorstel. Dit voorstel maakt geen onderdeel uit van de huidige ontwerpbegroting.

Vraag 52

Kunt u, binnen het VWS-domein, een overzicht geven van EU-richtlijnen en verordeningen die nog niet zijn aangenomen?

Antwoord:

Verkorte Titel	Volledige Titel	Doc.	Korte beschrijving	Stand van Zaken
Verordening ernstige grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen	Verordening van het Europees Parlement en van de raad: over ernstige grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen en terugtrekken van besluit Nr 1082/2013 /EU	COM (2020)727	Doel is het bewerkstelligen van een sterker en uitgebreider EU-mechanisme om snel op te treden wanneer zich een grensoverschrijdende gezondheidsbedreiging voordoet. Het beoogt de positie van de Unie op het gebied van paraatheid, toezicht, risicobeoordeling en vroegtijdige waarschuwing en reacties te versterken en tegelijkertijd de interne markt beter te beschermen.	Politiek akkoord is bereikt. Voorstel bevindt zich in de eindfase en zal naar verwachting midden oktober worden gepubliceerd.
Verordening algemene productveiligheid	Voorstel voor Verordening inzake algemene productveiligheid, tot wijziging van Verordening (EU) nr. 1025/2012 van het Europees Parlement en de Raad en tot intrekking van Richtlijn 87/357/EEG van de Raad en Richtlijn 2001/95/EG van het Europees Parlement en de Raad	COM (2021) 346	Deze Algemene productveiligheid Verordening (ook wel de General Product Safety Regulation, GPSR) bestaat uit een modernisering van de bestaande Algemene productveiligheids-richtlijn, ook wel de GPSD, die komt met dit voorstel te vervallen. Er wordt ook een richtlijn inzake producten die levensmiddelen nabootsen ingetrokken en een verordening gewijzigd om het normalisatie proces te vereenvoudigen.	De verordening is in onderhandeling in de Raadswerkgroep. In het Europees Parlement is een rapporteur benoemd en zal ook een positie worden bepaald.
Verordening EU Drugsagentschap	Voorstel voor een Verordening van het Europees Parlement en de Raad betreffende het Drugsagentschap van de Europese Unie	COM (2022)18 final	De EU Commissie stelt met deze verordening voor om het mandaat van het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (EWDD) uit te breiden en te versterken, en het agentschap om te vormen tot het Drugsagentschap van de EU (EUDA). Hiermee wordt een beter begrip van de drugsproblematiek en versterking van EU en internationale samenwerking beoogt	Het voorstel ligt nu ter goedkeuring in het Europees Parlement. Daarna zal de triloog fase starten.
Verordening Europese ruimte voor gezondheidsgegevens	Voorstel voor een verordening van het Europees Parlement en de Raad betreffende de Europese ruimte voor gezondheidsgegevens	COM (2022) 197	Doel is het wegnemen van belemmeringen voor het beschikbaar stellen van gezondheidsgegevens voor primair en secundair gebruik in de Unie. Ook wordt een uniform wetgevend kader geborgd dat bijdraagt aan de rechtszekerheid, voorspelbaarheid van wetgeving binnen de Unie, en ondersteuning van verdere eenmaking van de interne markt voor systemen voor elektronische medische dossiers en welzijnstoepassingen.	De verordening is in onderhandeling in de Raadswerkgroep.
Verordening lichaamsmateriaal	Voorstel voor een Verordening van het Europees Parlement en de Raad betreffende kwaliteits- en veiligheidsnormen voor stoffen van menselijke oorsprong die bestemd zijn voor toepassing op de mens en tot intrekking van Richtlijn 2002/98/EG en Richtlijn 2004/23/EG	COM (2022) 338	Doel van de verordening is de donor en de ontvanger van lichaamsmateriaal beschermen. De distributie van het gedoneerde lichaamsmateriaal vindt over de hele EU plaats.	De verordening is in onderhandeling in de Raadswerkgroep.

Vraag 53

Kunt u ons voorrekenen hoe hoog de zorgtoeslag voor de verschillende inkomensgroepen wordt in 2023?

Antwoord:

In onderstaande grafiek is de zorgtoeslag per jaar afgezet tegen het (bruto) toetsinkomen voor zowel een 1-persoonshuishouden als een 2-persoonshuishouden. De weergegeven zorgtoeslag is berekend op basis van de verwachte nominale premie en het verwachte gemiddelde eigen risico voor 2023. De hoogte van de zorgtoeslag kan nog (beperkt) wijzigen bij het bekend worden van de definitieve premie van de zorgverzekeraars.



Vraag 54

Welke inschatting is er gemaakt met betrekking tot het aantal huisartsen dat nodig is, gezien de keuze voor het telkens opleiden van twintig extra huisartsen in een jaar om de werkdruk voor huisartsen te verlagen?

Antwoord:

Het Capaciteitsorgaan raamt de landelijke opleidingsbehoefte van huisartsen. In het Capaciteitsplan met instroomadviezen voor de periode 2021–2024 wordt geadviseerd om jaarlijks een instroom te realiseren van 921 huisartsen in opleiding.

In 2022 waren er 850 plaatsen beschikbaar, in 2023 zijn er 870 plaatsen beschikbaar. Om de stijging in aantallen opleidingsplaatsen te kunnen realiseren en toe te groeien naar het instroomadvies van het Capaciteitsorgaan zijn naast voldoende kandidaten ook opleiders en praktijkopleiders nodig. Het beschikbare aantal plaatsen wordt door VWS daarom vastgesteld in overleg met veldpartijen, om zo een realistisch aantal plaatsen beschikbaar te stellen. VWS is in gesprek met de veldpartijen om afspraken te maken om zo snel mogelijk het aantal opleidingsplaatsen verder te kunnen verhogen.

Vraag 55

Kan voor alle begrotingsartikelen per artikel inzichtelijk gemaakt worden welk deel juridisch verplicht is en welk deel niet?

Antwoord:

Zie hieronder een overzicht van de geschatte budgetflexibiliteit per artikel in totalen en een aparte tabel in percentages. Sinds dit jaar nemen we, naast het juridisch verplichte percentage, ook de percentages op die bestuurlijk gebonden, beleidsmatig gereserveerd en nog vrij te besteden zijn.

Geschatte budgetflexibiliteit in totalen (bedragen x 1.000 euro)

	Artikel 1	Artikel 2	Artikel 3	Artikel 4	Artikel 5	Artikel 6	Artikel 7	Artikel 8
Juridisch verplicht			15.831.730					
Bestuurlijk gebonden	2.213.659	3.845.388		1.355.017	48.584	477.001	200.229	8.321.849
Beleidsmatig gereserveerd	1.899.782	7.698	166.735	135.502	63.533	5.242	5.980	0
Nog niet ingevuld/vrij te besteden	16.520	11.548	189.398	15.056	12.458	41.934	0	0
	4.130	0	0	0	0	0	0	0

Geschatte budgetflexibiliteit in percentages

	Artikel 1	Artikel 2	Artikel 3	Artikel 4	Artikel 5	Artikel 6	Artikel 7	Artikel 8
Juridisch verplicht	53,6%	99,9%	97,8%	90%	39%	91%	97,1%	100%
Bestuurlijk gebonden	46%	0,2%	1,03%	9%	51%	1%	2,9%	0%
Beleidsmatig gereserveerd	0,4%	0,3%	1,17%	1%	10%	8%	0%	0%
Nog niet ingevuld/vrij te besteden	0,1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Vraag 56

Wat is het budgettaire effect van het afschaffen van de budgetpolis / naturapolis?

Antwoord:

Het is niet mogelijk om de naturapolis of budgetpolis af te schaffen binnen het huidige zorgstelsel; afschaffen zou een stelselwijziging betekenen. De naturapolis is verankerd in de zvw. Het afschaffen daarvan zou vergaande consequenties hebben voor ons stelsel, omdat zorgverzekeraars dan alleen nog maar restitutiepolissen zouden mogen aanbieden. Daarmee zou de rol van de zorgverzekeraar vergaand worden ingeperkt. Een dergelijke ingreep zou ook in strijd zijn met de Europese regelgeving voor schadeverzekeraars; deze vereist dat voor een dergelijke ingreep de noodzakelijkheid en proportionaliteit moet worden aangetoond.

De «budgetpolis» is feitelijk een naturapolis met meer beperkende voorwaarden dan gemiddeld, bijvoorbeeld een selectievere contractering van zorgaanbieders of een lager vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg. Verzekerden kunnen voor spoedeisende hulp overal terecht, ook in het geval van een polis met beperkende voorwaarden. Alle zorgverzekeraars moeten ondanks de beperkende voorwaarden wel aan de zorgplicht voldoen. De budgetpolis als zodanig heeft geen zelfstandige grond of fundament in wet of regelgeving. Het afschaffen van de budgetpolis is daarom niet mogelijk.

Vraag 57

Wat heeft u reeds bereikt in het verbeteren van een adequate tolkenvoorziening in de zorg?

Antwoord:

In de zomer is de verkennende studie van Berenschot (Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 7) opgeleverd om een overzicht te krijgen van de huidige inzet, financiering en knelpunten van tolken in de zorg. Deze verkennende studie is de eerste stap in de uitvoering van de motie van de leden Paulusma en Bikker (Kamerstuk 35 925 XVI, nr. 50) over de financiering van de tolkenvoorziening in de zorg. Daarnaast is door de Nederlandse Zorgautoriteit voor de kraamzorg en verloskunde in de regelgeving voor 2023 een tijdelijke toeslag voor de inzet van tolken opgenomen. Voor de ggz is per dit jaar al een toeslag mogelijk.

Vraag 58

Welke financiële gevolgen heeft het afschaffen van de 45-minutennorm in de spoedzorg? Heeft u hier een budgettair effect voor ingeboekt?

Antwoord:

Op dit moment is nog niet duidelijk hoe de vervanging van de 45-minutennorm er precies uit komt te zien, waardoor ook de eventuele financiële gevolgen nog niet in kaart kunnen worden gebracht. Het herzien van de 45-minutennorm maakt onderdeel uit van de afspraken in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en eventuele financiële gevolgen zullen dan ook worden ingepast in de budgettaire kaders die in het IZA zijn afgesproken, maar hiervoor is nu geen te isoleren budgettair effect ingeboekt.

Vraag 59

Vanaf wanneer is het in de diverse zorgsectoren mogelijk om verbeteringen in de tolkenvoorziening aan te brengen? En wie zijn en wat is hiervoor (nog) nodig?

Antwoord:

Om verbeteringen in de tolkenvoorziening aan te brengen is eerst een verkennende studie gedaan om een overzicht te krijgen van de huidige inzet, financiering en knelpunten van tolken in de zorg (Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 7). Naar verwachting zend ik uw Kamer in het laatste kwartaal van dit jaar de beleidsreactie op deze studie en informeer ik u over de vervolgstappen die ik ga zetten. Wel is door de Nederlandse Zorgautoriteit voor de kraamzorg en verloskunde in de regelgeving voor 2023 een tijdelijke toeslag voor de inzet van tolken opgenomen. Voor de ggz is per dit jaar al een toeslag mogelijk.

Vraag 60

Wanneer verwacht u een beleidsreactie te geven op het rapport van Berenschot over de bekostiging van een tolkenvoorziening in alle zorgsectoren?

Antwoord:

In het laatste kwartaal van dit jaar verwacht ik uw Kamer de beleidsreactie toe te zenden, inclusief de vervolgstappen die ik ga zetten.

Vraag 61

Wat is de meest actuele inschatting van de budgettaire effecten van het toevoegen van periodieke controles bij de tandarts aan het basispakket?

Antwoord:

De meest actuele inschatting is gemaakt voor Zorgkeuzes in Kaart in 2020¹⁴. De netto kosten van deze maatregel zijn toen ingeschat op € 250 miljoen.

Vraag 62

Hoeveel mensen vermijden naar schatting tandheelkundige zorg vanwege de kosten van deze zorg?

Antwoord:

Als gevolg van het ontbreken van een algemeen aanvaarde definitie van mijden van mondzorg ontbreekt een schatting van het aantal volwassen Nederlanders dat wegens financiële redenen mondzorg mijdt. De algemeen bekende onderzoeken geven verschillende gemiddelden van de prevalentie schattingen voor het mijden van mondzorg. Afhankelijk van de definitie, de beschikbare databronnen, en de methoden van verzameling

¹⁴ Zorgkeuzes in Kaart | Publicatie | Rijksoverheid.nl.

en analyse van data, variëren deze tussen 0,4% (capaciteitsorgaan)¹⁵ en 11% (Common Wealth Fund)¹⁶. Het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) doet in opdracht van het Ministerie van VWS (en in samenwerking met Radboud UMC en de Hogeschool van Amsterdam) een onderzoek naar de mijding van mondzorg om financiële redenen. De resultaten worden begin 2023 verwacht.

Vraag 63

Hoe snel zou tandheelkundige zorg aan het basispakket kunnen worden toegevoegd? Wat is de implementatietijd?

Antwoord:

Er zou eerst advies aan het Zorginstituut moeten worden gevraagd. Gezien de grote wijziging, is het niet reëel dat dit op tijd gereed is vóór de volgende pakketcyclus in de eerste helft van 2023, waarin het Besluit Zorgverzekering kan worden aangepast per 2024. Als we het Zorginstituut nu om advies vragen, het advies positief zou zijn en het advies zou worden opgevolgd, dan zou dit per 2025 kunnen worden doorgevoerd. Het betreft hier een grootschalige aanpassing in het pakket waar de implementatie mogelijk meer tijd vergt en daarmee niet al in 2025 kan ingaan.

Vraag 64

Op welke wijze geeft u invulling aan de zorg voor zwangere vrouwen in kwetsbare situaties, zoals meer tijd voor een zwangere vrouw en een betere samenwerking tussen het medische en sociale domein?

Antwoord:

In juni 2022 heb ik de vervolgaanpak Kansrijke Start naar de Tweede Kamer gestuurd. De ambitie van deze vervolgaanpak is dat er in elke gemeente structureel een lokale Kansrijke Start-aanpak komt (inclusief de inzet van interventies), zodat (aanstaande) ouders tijdig de juiste zorg en ondersteuning ontvangen, aansluitend op hun hulpbehoefte. Deze ambitie volgt uit het coalitieakkoord waarin is opgenomen dat het kabinet inzet op een gezonde generatie 2040. Ook is in het coalitieakkoord opgenomen dat er in iedere gemeente een Kansrijke Start-aanpak komt. Hiertoe zijn structureel middelen (€ 23 mln.) gereserveerd.

In de vervolgaanpak worden acties ingezet langs 2 lijnen:

- Het versterken van vakmanschap en samenwerking professionals (o.a. via opleidingen en zorgstandaarden) en het versterken van het informeel netwerk.
- Duurzame lokale en regionale afspraken en het realiseren van andere randvoorwaarden voor samenwerking tussen medisch en sociaal domein in alle gemeenten.

Ik zet in op (bestuurlijke) afspraken over inzet en verankering Kansrijke Start met relevante partijen in het sociaal domein en de geboortezorg, duurzame financiering, passende regelgeving, een duurzame leerinfrastructuur en verbinding met andere relevante beleidsthema's zoals preventie, kansengelijkheid en armoede.

¹⁵ Elshout M, Streefkerk M, Mulder J, Cuelenaere B. Rapport consumentenonderzoek eerstelijns Mondzorg in opdracht van het Capaciteitsorgaan: Vragenlijst afgenomen in het representatieve LISS panel. CentERdata, Instituut voor dataverzameling en onderzoek, Tilburg, Oktober 2019.

¹⁶ Osborn R, Squires D, Doty MM, Sarnak DO, Schneider EC. In New Survey Of Eleven Countries, US Adults Still Struggle With Access To And Affordability Of Health Care. Health Aff (Millwood). 2016 Dec 1;35(12):2327–2336. doi: 10.1377/hlthaff.2016.1088.

Vraag 65

Wat is uw inschatting van de omvang van zorgmijding vanwege de afschrikkende werking van het eigen risico?

Antwoord:

Het is ongewenst als mensen vanwege de kosten afzien van noodzakelijke zorg.

Zowel op landelijk als gemeentelijk niveau zijn maatregelen genomen om ongewenste zorgmijding vanwege financiële redenen tegen te gaan. Op de website van de Staat van Volksgezondheid en Zorg (www.staatvenz.nl/kerncijfers/financiële-toegankelijkheid-afzien-van-zorg-vanwege-de-kosten) is informatie beschikbaar over het percentage verzekerden dat aangeeft zorg te hebben gemeden. Deze cijfers zijn afkomstig van het Nivel, gebaseerd op een vragenlijst en worden jaarlijks geactualiseerd. Het is niet bekend in welke mate het hier gaat om *ongewenste* zorgmijding. Ook zien de cijfers niet specifiek op het afzien van zorg vanwege het eigen risico.

Tabel: percentage mensen dat zegt af te zien van zorg vanwege de kosten

Jaar	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Totaal	16	11	8	9	7	8
Bezoek aan arts	8	7	5	5	4	4
Medisch onderzoek of (na)behandeling	8	6	5	5	3	4
Ophalen recept of overslaan dosering	8	3	3	5	1	2
Afzien van alle voorgenoemde drie vormen van zorg	2	1	1	1	1	0,5

Vraag 66

Hoeveel zwemlesaanbieders zijn er in Nederland?

Antwoord:

Ons land heeft ongeveer 1.000 zwemlesaanbieders.

Vraag 67

Kunt u een precieze uiteenzetting geven van de weg van het vaststellen van het Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling (OVA) naar het verhoogde budget bij zorgwerkgevers voor loonsverhoging, en uiteindelijk naar de loonstrook van werknemers? Kunt u hierbij ook ingaan op de rol die zorgverzekeraars spelen in dit proces?

Antwoord:

Ieder jaar stelt de overheid extra geld beschikbaar via de zogenaamde Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling (ova) om een marktconforme loonontwikkeling binnen de zorg mogelijk te maken. De hoogte van het ova-percentages wordt jaarlijks vastgesteld op basis van de raming door het CPB van de contractloonontwikkeling, de incidentele loonontwikkeling en de ontwikkeling van de sociale lasten in de marktsector in het in maart gepubliceerde Centraal Economisch Plan (CEP) van dat jaar.

VWS gebruikt het ova-percentages voor het indexeren van de loongevoelige delen van de budgetten (contracteerruimte, macroprestatiebedrag en macrobeheersingskaders) van de Wlz, Zvw en beschermd wonen in de Wmo die onder het Uitgavenplafondzorg (UPZ) vallen. De NZa gebruikt de ova om het loongevoelige deel van de gereguleerde (vaste- en maximum-) tarieven in de Zvw en Wlz te indexeren. Daarbij wordt zowel bij de begroting als bij de gereguleerde tarieven een systeem van voor- en nacalculatie gehanteerd. De begroting en de gereguleerde tarieven worden immers eerder dan de ova vastgesteld.

Met de geïndexeerde budgetten en geregleerde tarieven als basis vinden vervolgens contractonderhandelingen plaats tussen zorginkopers enerzijds en zorgaanbieders anderzijds. Specifiek voor de Zvw geldt daarbij dat in het Integraal Zorgakkoord is afgesproken dat de ova 1 op 1 door verzekeraars wordt doorvertaald in de tarieven.

De vertaling van de ova in de tarieven leidt vervolgens tot extra loonruimte bij aanbieders. Het is ten slotte aan de vertegenwoordigers van de werkgevers en de werknemers in de zorg om afspraken te maken over de lonen en dit vast te leggen in cao's.

Vraag 68

Voert u overleg met de Minister van Justitie en Veiligheid om te komen tot afspraken met het Centraal orgaan Opvang Asielzoekers (COA), zodat zwangere vrouwen en pasgeborene kinderen direct na aanmelden naar een passende en veilige COA-locatie gaan om de juiste zorg te ontvangen? Ziet u verbetermogelijkheden in de geboortezorg voor asielzoekers?

Antwoord:

De Staatssecretaris van Justitie en Veiligheid gaat over de zorg voor asielzoekers, dit betreft dus ook de geboortezorg. Ik voer zelf daarom geen overleg hierover. Het Ministerie van JenV geeft aan dat, via visuele waarneming en doordat asielzoekers dit zelf aangeven, kwetsbare groepen zoals zwangeren en jonge kinderen met voorrang worden geregistreerd. Daar waar blijkt dat in de crisisnoodopvang (CNO) toch personen verblijven voor wie vanwege kwetsbaarheid en medische problematiek de CNO niet geschikt is, zijn er afspraken om deze asielzoekers over te plaatsen naar een voor hen meer geschikte locatie.

Vraag 69

Welke mogelijkheden ziet u om zorgverzekeraars een betaaltitel voor preventie te geven?

Antwoord:

In de voortgangsbrief «Programma preventie in het zorgstelsel» van 15 juli jl. (Kamerstukken II 2021/22, 32 793, nr. 632) heb ik aangegeven dat ik met zorgverzekeraars en gemeenten in gesprek ben over onder meer a) de financiering van project- en coördinatiekosten van zorgverzekeraars en zorgprofessionals die gepaard gaan met de regionale samenwerking en het regionaal en lokaal implementeren van en doorverwijzen naar effectief preventief aanbod en b) financiering van experimenten met kansrijke interventies op het grensvlak van de Zorgverzekeringswet en de Wet publieke gezondheid en/of Wet maatschappelijke ondersteuning. Doel is om het makkelijker te maken voor zorgverzekeraars en zorgprofessionals om, samen met gemeenten en professionals werkzaam binnen de gemeentelijke domeinen, te investeren in gezondheid. In het Integraal Zorgakkoord is hierover afgesproken dat uiterlijk 1 december 2022 een gezamenlijk voorstel gereed is voor een korte en lange termijnoplossing.

Vraag 70

Kan er een totaal overzicht gegeven worden van de ontwikkeling van de bedragen (in miljoenen en in procent van het bbp) sinds 2000 van de AWBZ/Wzl via de premies (1), van de AWBZ/Wzl via de BIKK (2), van de AWBZ/Wzl via de begroting van VWS (3), van de Zvw via premies (4), van de Zvw via de zorgverzekering (5), van de Zvw via het eigen risico (6), van de Zvw via eigen bijdragen (7), van de zorgtoeslag (8), van de maximering van eigen bijdragen (9), van de aanvullende verzekeringen in de Zvw (10), van de Wmo (11) en van de Jeugdwet (12)?

Antwoord:

De tabel hieronder toont de gegevens van de AWBZ/Wlz, de Zvw, de zorgtoeslag, Wmo en Jeugd in miljarden euro's. Bij onderdeel (7) is er vanuit gegaan dat hier de rijksbijdrage kinderen bedoeld wordt. Bij onderdeel (9) is er vanuit gegaan dat hier de eigen bijdrage Wlz bedoeld wordt. Over onderdeel (10) zijn geen gegevens beschikbaar, dit zijn geen overheidsuitgaven maar uitgaven onderdeel van de particuliere markt. NB: deze gegevens zijn vanaf 2006 beschikbaar in verband met de invoering van de Zvw.

	(1) AWBZ/Wlz via premies ¹		(2) AWBZ/Wlz via BIKK ¹		(3) AWBZ/Wlz via begroting ¹		(9) AWBZ/Wlz via eigen bijdragen ¹	
	in mld. euro	% BBP	in mld. euro	% BBP	in mld. euro	% BBP	in mld. euro	% BBP
2006	14,0	2%	4,7	1%	0,0	0%	1,8	0%
2007	13,0	2%	4,5	1%	0,0	0%	1,6	0%
2008	15,5	2%	4,8	1%	0,0	0%	1,6	0%
2009	13,6	2%	4,9	1%	0,0	0%	1,6	0%
2010	14,7	2%	4,9	1%	0,0	0%	1,5	0%
2011	15,1	2%	5,2	1%	0,0	0%	1,6	0%
2012	16,4	3%	5,3	1%	0,0	0%	1,7	0%
2013	18,7	3%	6,7	1%	0,0	0%	1,9	0%
2014	18,8	3%	4,1	1%	0,0	0%	2,0	0%
2015	15,4	2%	3,3	0%	0,0	0%	1,9	0%
2016	16,8	2%	3,4	0%	0,0	0%	1,9	0%
2017	14,7	2%	3,5	0%	0,0	0%	1,9	0%
2018	16,5	2%	3,6	0%	0,0	0%	1,8	0%
2019	15,7	2%	3,7	0%	2,0	0%	1,8	0%
2020	14,8	2%	3,7	0%	5,9	1%	1,9	0%
2021	15,5	2%	4,1	0%	7,6	1%	2,0	0%
2022	15,4	2%	4,2	0%	9,0	1%	2,1	0%

¹ Bron: Stand begrotingen VWS.

	(4) Zvw via IAB-premie ¹		(5) Zvw via nominale premie ²		(6) Zvw via het eigen risico/no-claim/Compensatie ER ²		(7) Zvw via rijksbijdrage kinderen ³	
	in mld. euro	% BBP	in mld. euro	% BBP	in mld. euro	% BBP	in mld. euro	% BBP
2006	14,1	2%	9,7	2%	2,1	0%	1,9	0%
2007	14,8	2%	10,8	2%	2,0	0%	1,9	0%
2008	17,2	3%	13,4	2%	1,3	0%	2,1	0%
2009	16,7	3%	13,7	2%	1,4	0%	2,1	0%
2010	17,4	3%	14,3	2%	1,5	0%	2,1	0%
2011	19,4	3%	15,8	2%	1,5	0%	2,3	0%
2012	20,6	3%	16,2	2%	1,9	0%	2,4	0%
2013	22,9	3%	16,1	2%	2,7	0%	2,6	0%
2014	22,4	3%	14,7	2%	3,1	0%	2,5	0%
2015	21,2	3%	15,6	2%	3,2	0%	2,5	0%
2016	22,0	3%	16,3	2%	3,2	0%	2,5	0%
2017	22,2	3%	17,6	2%	3,1	0%	2,5	0%
2018	24,0	3%	18,1	2%	3,2	0%	2,7	0%
2019	25,2	3%	19,3	2%	3,1	0%	2,7	0%
2020	25,4	3%	19,9	2%	3,2	0%	2,7	0%
2021	27,1	3%	20,8	2%	3,1	0%	2,8	0%
2022	27,6	3%	21,6	2%	3,2	0%	2,8	0%

¹ Bron: CPB.

² Bron: Berekening VWS1.

³ Bron: Vastgesteld in begroting VWS.

	(8) Zorgtoeslag ¹		(11a) Wmo ²		Jeugd en Wmo onverdeeld ²		(12) Jeugdwet ³	
	in mld. euro	% BBP	in mld. euro	% BBP	in mld. euro	% BBP	in mld. euro	% BBP
2006	2,5	0%						
2007	2,7	0%	2,9	0%				
2008	3,4	1%	3,1	0%				
2009	3,6	1%	3,3	1%				
2010	3,8	1%	3,7	1%				
2011	4,7	1%	3,7	1%				
2012	4,6	1%	3,7	1%				
2013	5,1	1%	3,5	1%				
2014	4,0	1%	3,5	1%				
2015	3,9	1%	4,1	1%	3,8	1%	3,0	0%
2016	4,2	1%	4,1	1%	3,6	1%	3,1	0%
2017	4,2	1%	5,1	1%	2,7	0%	3,8	1%
2018	4,6	1%	5,4	1%	2,8	0%	4,3	1%
2019	4,9	1%	5,9	1%	2,9	0%	4,7	1%
2020	5,2	1%	6,4	1%	2,9	0%	4,9	1%
2021	5,5	1%	6,0	1%	3,0	0%	5,3	1%
2022	5,8	1%						

¹ Bron: CBS, 2022 uit begroting VWS.

² Bron: CBS, 2021 voorlopige data, 2022 op basis van lv3-data met missende waarden bijgeschat (zie vraag 146).

³ Bron: CBS (zie ook vraag 143).

Vraag 71

Welk deel van de Wlz-uitgaven bestond uit zorgkosten en welk deel uit woonkosten, over de periode van 2015 tot 2023?

Antwoord:

De woonkosten zijn in de periode 2012–2018 geleidelijk toegevoegd aan de integrale zorgtarieven. Binnen deze integrale tarieven hebben zorgaanbieders bestedingsvrijheid en kunnen zij dus zelf afwegingen maken tussen de inzet voor zorg of de inzet voor wonen. Dit betekent dat er geen eenduidige verdeling bestaat van de Wlz-uitgaven over zorgkosten en woonkosten.

Uitgaande van de technische onderbouwing van de integrale zzp-tarieven door de NZa is het wel mogelijk een inschatting te maken van (de ontwikkeling van) deze verdeling. Bijgaande tabel laat zien dat het aandeel van de woonkosten in de contracteerruimte voor zorg in natura in de jaren 2015–2021 geleidelijk is gedaald. Deze daling hangt samen met de trend dat cliënten langer thuis blijven wonen. Voor de 2022 en 2023 zijn nog geen realisatiecijfers bekend over de Wlz-productie en zijn derhalve schattingen opgenomen. Naar verwachting zal het aandeel van de woonkosten in 2023 licht afnemen als gevolg van (de trend van) scheiden wonen en zorg.

Tabel: Indicatieve ontwikkeling aandeel zorgkosten en woonkosten in contracteerruimte Wlz 2015–2023

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Aandeel zorgkosten	86,7%	86,5%	86,6%	88,3%	88,5%	88,6%	88,8%	88,8%	88,9%
Aandeel woonkosten	13,3%	13,5%	13,4%	11,7%	11,5%	11,4%	11,2%	11,2%	11,1%

Vraag 72

Wat is het gemiddelde energieverbruik van een sportclub? Kunt u hierbij verschillende voorbeelden geven, zoals voetbalclubs, zwembaden, gymzalen en sportscholen?

Antwoord:

Het CBS heeft cijfers beschikbaar over het energieverbruik van verschillende typen sportaccommodaties. Over het jaar 2019 (vanwege de coronacrisis het meest representatieve jaar) zijn cijfers beschikbaar voor

bijna 10.500 accommodaties. Het gemiddelde verbruik van al deze accommodaties was circa 90.000 KWh elektriciteit en 16.100 m³ gas. Dit gemiddelde wordt wel duidelijk beïnvloed door de grote binnensportaccommodaties zoals zwembaden en ijsbanen. In de onderstaande tabel is het gemiddelde verbruik per accommodatie opgenomen voor een aantal verschillende categorieën sportaccommodatie.

Type accommodatie	Gemiddeld verbruik stroom in KWh per accommodatie	Gemiddeld verbruik gas in m ³ per accommodatie
Binnensport algemeen	55.300	9.700
Fitnessclubs	63.500	6.300
Zwembaden	364.400	87.300
Zaalsport	40.000	12.200
Buitensport algemeen	44.200	6.700
Voetbal	34.000	7.500
Tennis	19.000	2.400
Korfbal	11.600	3.300
Alle bekende accommodaties	90.000	16.100

Vraag 73

Wat is uw beeld met betrekking tot de stijgende contributie als gevolg van de gestegen energieprijzen? Met hoeveel stijgt de contributie van sportclubs door de stijgende rekeningen gemiddeld?

Antwoord:

Eén op de tien verenigingen heeft aangegeven dat de stijgende energieprijzen gevolgen gaan hebben voor de contributie in 2022. De helft van de verenigingen heeft aangegeven dat dat energieprijzen gevolgen kunnen gaan hebben voor de contributie in 2023. Aangezien contributieverhoging van meer zaken afhangt dan energiekosten is het niet mogelijk om te zeggen met hoeveel dit zal precies zal stijgen. De ontwikkeling van contributies en toegangsprijzen wordt gemonitord door het Mulier Instituut.

Vraag 74

Welk beroep wilt u doen op gemeenten om sportclubs financieel te ondersteunen vanwege de hoge energierekening? Denkt u dat iedere gemeente de ruimte zal hebben om clubs financieel te ondersteunen? Bent u bereid om gemeenten hier bij te helpen?

Antwoord:

De sportsector, gemeenten, sporters en het Rijk zullen met elkaar in gezamenlijke verantwoordelijkheid oplossingen moeten vinden voor de energiecrisis. Daarbij zal iedereen een steentje moeten bijdragen om de lasten te spreiden. Ik, de Minister van LZS, zie dus ook een rol voor sportclubs en gemeenten om samen te kijken hoe de stijgende kosten kunnen worden opgevangen, bijvoorbeeld door in te zetten op besparing en verduurzaming. Het kabinet werkt ondertussen aan de steunmaatregel voor energie-intensief mkb, waarvan de Minister van EZK de hoofdlijnen aan uw Kamer heeft toegelicht (Kamerstuk 36 200, nr. 77). Daarnaast werkt het kabinet aan de verkenning van ondersteuning voor maatschappelijke voorzieningen en verenigingen, zwembaden zoals de motie Heerma c.s. oproept, en onderzoekt welke rol hierbij ligt voor gemeenten. Zoals eerder per brief (Kamerstuk 30 234, nr. 324) aangegeven, wordt uw Kamer in november geïnformeerd over deze uitwerking.

Vraag 75

Hoe wilt u de ingeboekte extra bezuiniging van € 500 miljoen op de jeugdzorg, aangekondigd in het coalitieakkoord, vormgeven? Welk effect

zal deze extra bezuiniging hebben op de wachttijden in de jeugdzorg? Hoe heeft u hier een inschatting van gemaakt?

Antwoord:

Momenteel brengt de Staatssecretaris van VWS samen met de Minister voor Rechtsbescherming in beeld hoe de invulling van de aanvullende besparing uit het Coalitieakkoord (€ 511 mln) eruit kan zien. De maatregelen die in beeld worden gebracht betreffen maatregelen waar het Rijk aan zet is en die aanvullend zijn op de Hervormingsagenda. Bij de uitwerking worden ook maatregelen op het terrein van de eigen bijdrage en de behandelduur in beeld gebracht zoals aangegeven in het Coalitie Akkoord. Het is nu nog te vroeg om aan te geven wat het mogelijke effect is op de wachttijden in de jeugdzorg.

Vraag 76

Wat is de stand van zaken rond de voorgenomen uitbreiding van de geneesmiddelenluis?

Antwoord:

Het voornemen is om per 1 juli 2023 de criteria voor de toepassing van de sluis voor dure geneesmiddelen naar beneden bij te stellen. Momenteel wordt uitgewerkt hoe die aanpassing eruitziet, de verwachting is daarover in december uw Kamer te kunnen informeren. Omdat de beoordelingscapaciteit van het Zorginstituut Nederland een belangrijk onderdeel van de uitbreiding van de sluis is, is het Zorginstituut gevraagd zich voor te bereiden om tijdig de benodigde capaciteit te werven.

Vraag 77

Hoeveel fte houden zich bij het bureau Financiële Arrangementen Geneesmiddelen en bij het Zorginstituut Nederland bezig met de beoordeling van sluisgeneesmiddelen? Kan dit per jaar inzichtelijk worden gemaakt voor de periode 2018–2022?

Antwoord:

Het totaal aantal FTE die zich bij het BFAG bezighoudt met alles rondom de financiële arrangementen was voor de jaren 2018–2022 als volgt: 2018 – 7 FTE; 2019 – 8 FTE; 2020 – 8 FTE; 2021 – 8,5 FTE; 2022 – 10 FTE. Indien uitgesplitst naar daadwerkelijke onderhandelcapaciteit – dit is het aantal FTE om de onderhandelingen zelf over geneesmiddelen uit te voeren – dan is het aantal FTE als volgt: 2018 – 5 FTE; 2019 – 6 FTE; 2020 – 7 FTE; 2021 – 7 FTE; 2022 – 8 FTE.

Om een sluismiddel door het Zorginstituut Nederland te laten beoordelen zijn een farmacotherapeutisch beoordelaar, een farmaco-economisch beoordelaar en een begeleidende secretaris nodig. In 2022 wordt met ca 24 FTE gewerkt aan de beoordeling van geneesmiddelen. Door interne aanpassing van teams, zoals het creëren van een team dat zich volledig richt op geneesmiddelenbeoordelingen, is het niet mogelijk om inzicht te geven in het aantal FTE over de jaren 2018–2022.

Vraag 78

Hoeveel fte verwacht u nodig te hebben om de uitbreiding van de geneesmiddelenluis te effectueren?

Antwoord:

Het aantal geneesmiddelen dat in de sluis voor dure geneesmiddelen belandt, zal de komende jaren verder stijgen. Die stijging wordt zowel veroorzaakt door de «autonome groei» van het aantal dure geneesmiddelen als door het voornemen om de criteria voor toepassing van de sluis naar beneden bij te stellen. Het is echter lastig te bepalen of een

verwachte sluisplaatsing het gevolg is van een aanpassing van de sluiscriteria, of van de autonome groei van sluisgeneesmiddelen. Om die reden is het Zorginstituut gevraagd om, op basis van een integrale analyse van de Horizonscan Dure Geneesmiddelen, een inschatting te maken van de totale extra benodigde capaciteit die zij nodig hebben. De verwachting is dat zij in december 2022, op basis van de nieuwe sluiscriteria, het precieze aantal FTE kunnen berekenen.

Voor het Bureau Financiële Arrangementen geldt dat, voor zowel de autonome groei van het aantal sluisgeneesmiddelen als de uitbreiding, er in 2023 in ieder geval 2 FTE nodig is voor onderhandelingen en het afsluiten van financiële arrangementen. Afhankelijk van het daadwerkelijke aantal sluismiddelen en overige onderhandelingen (GVS) wordt geëvalueerd of aanvullende FTE's benodigd zijn.

Vraag 79

Waarom komt de aanpak «Mentale gezondheid: van ons allemaal» niet terug in de begroting? Welke maatregelen, subsidies en bedragen uit de begroting vallen onder de aanpak «Mentale gezondheid: van ons allemaal»? Kunt u een overzicht maken van alle maatregelen, subsidies en kosten?

Antwoord:

De aanpak van mentale gezondheid is een van de onderdelen van de brede preventieaanpak. De aanpak «Mentale gezondheid: van ons allemaal» is op 10 juni jl. met uw Kamer gedeeld¹⁷. Het huidige coalitieakkoord stelt in totaal € 60 miljoen beschikbaar voor de preventie aanpak. Vanuit deze middelen is voor de jaren 2022 tot en met 2025 budget voor de aanpak van mentale gezondheid gereserveerd.

In 2022 heb ik € 3 mln. ingezet, onder meer voor de volgende activiteiten:

- Vanuit VWS en OCW zijn middelen beschikbaar gesteld via de bestaande OCW-subsidieregeling «Samen Cultuurmaken». Deze subsidieregeling is onderdeel van het Programma Cultuurparticipatie van OCW. Het doel van dit programma is om cultuurparticipatie te bevorderen onder inwoners voor wie cultuur maken niet vanzelfsprekend is. Cultuur maken versterkt de veerkracht van mensen, verbindt mensen met elkaar en stimuleert persoonlijke ontwikkeling.
- Voor het jaar 2022 zijn aanvullende middelen beschikbaar gesteld voor gemeenten om het thema mentale gezondheid mee te nemen en/of verder uit te werken in hun lokaal gezondheidsbeleid door middel van de lokale preventieakkoorden of preventieaanpakken. Met dit aanvullend beschikbare budget kan de gemeente onder meer een volgende stap zetten in de verdere uitwerking van het lokaal gezondheidsbeleid op mentale gezondheid, bijvoorbeeld door het uitbreiden van het huidig lokaal preventieakkoord met het thema mentale gezondheid of het verder concretiseren van het thema in het preventieakkoord, mocht dit thema al toegevoegd zijn. Het ondersteuningsprogramma van de VNG kan de gemeenten hierbij helpen.
- Er wordt subsidie beschikbaar gesteld voor MIND Us om te verkennen hoe we de inzet van laagdrempelige inlooptmogelijkheden met o.a. ervaringsdeskundigen kunnen versterken, verbeteren en opschalen. En hoe deze beter samen kunnen werken met de online wereld van bijvoorbeeld chats en luisterlijnen.
- De huidige subsidie voor het programma «Welbevinden op School» wordt opgehoogd. Het kennis- en ondersteuningsprogramma Welbevinden op School biedt scholen, gemeenten en gezondheidsbevorderaars van de GGD (Gezonde School Adviseurs) handvatten om schoolbreed te werken aan het welbevinden van leerlingen. Hierbij

¹⁷ Kamerbrief over aanbieding aanpak «Mentale gezondheid: van ons allemaal» | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl.

spelen sociaal-emotionele ontwikkeling, mentale gezondheid en kansengelijkheid een belangrijke rol. Ook werken zij hierin nauw samen met de Gezonde School.

- Het versterken van de mentaal gezonde werkvloer, onder meer door het oprichten van een panel voor ervaringsdeskundigen die meedenken over wat er nodig is voor een mentaal gezonde werkvloer.
- Het ontwikkelen van monitoring rondom mentale gezondheid. Een consortium van kennisinstellingen waaronder het RIVM, Trimbos en GGD GHOR Nederland is gevraagd om adviseren hoe mentale gezondheid duurzaam gemonitord kan worden als ook hoe de voortgang van de aanpak «Mentale gezondheid: van ons allemaal» gevolg kan worden.

Voor de jaren 2023 tot en met 2025 is het voornemen om de beschikbare middelen in te zetten langs de vijf actielijnen, te weten:

- Mentaal gezonde maatschappij (het landelijk bespreekbaar maken van mentale gezondheid door bewustwording, het gesprek voeren en herkennen van eerste signalen)
- Mentaal gezonde buurt (laagdrempelige ondersteuning in de buurt)
- Mentaal gezonde school (door jongeren te leren omgaan met alledaagse uitdagingen en de toenemende prestatiedruk)
- Mentaal gezond aan het werk (door werkenden te ondersteunen om, om te gaan met mogelijke stressfactoren en het aantal toenemende burn outklachten te verminderen)
- Mentaal gezond online (door mediawijsheid te verhogen bij inwoners en inwoners digitaal vaardiger maken)

De inzet is om dit samen met de mensen om wie het gaat en in co-creatie vorm te geven. Begin 2023 is duidelijk welke maatregelen het betreft en op welke manier deze worden voorzien van bekostiging (via subsidies of opdrachten). Uw Kamer wordt via de voortgangsrapportage Mentale Gezondheid hierover geïnformeerd.

Vraag 80

Kunt u via een infographic inzichtelijk maken hoeveel van het totale geld voor de zorg voortkomt uit belastingen, nominale premies en inkomensafhankelijke premies enerzijds en de besteding aan acute zorg, electieve curatieve zorg, langdurige zorg, jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg (ggz) anderzijds (een beetje zoals de miljoenennotaposter maar dan alleen voor de VWS-posten)?

Antwoord:

In onderstaande tabel staan aan de linkerzijde de financieringsbronnen van de bruto zorguitgaven (UPZ-definitie). Aan de rechterkant staan de uitgaven verdeeld naar verschillende sectoren. Voor verdere opsplitsing naar sectoren kan worden gekeken naar hoofdstuk 6 (Financieel Beeld Zorg) tabel 6 (Zvw) en tabel 9 (Wlz) in de ontwerpbegroting 2023.

Uitgaven 2023 – financieringsbron (in mld €)		Uitgaven per sector 2023 (in mld €)	
Premies	69	Zvw	59
w.v. nominale premie Zvw	24	w.v. eerstelijnszorg	7
w.v. inkomensafhankelijke bijdrage Zvw	29	w.v. tweedelijnszorg	29
w.v. Wlz-premie	16	w.v. geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	5
		w.v. apotheekzorg en hulpmiddelen	7
Belastingen	21	w.v. wijkverpleging	4

Uitgaven 2023 – financieringsbron (in mld €)		Uitgaven per sector 2023 (in mld €)	
w.v. rijksbijdrage voor de financiering van de verzekering voor jongeren onder de 18 jaar	3	w.v. ziekenvervoer	1
w.v. bijdrage in de Kosten van Kortingen (BIKK)	5	w.v. opleidingen	2
w.v. rijksbijdrage Wlz	10	w.v. grensoverschrijdende zorg	1
w.v. begrotingsgefinancierde uitgaven	2	w.v. nominaal en onverdeeld Zvw	4
Eigen betalingen		Wlz	34
w.v. eigen risico Zvw	3	w.v. zorg in natura binnen contracteerruimte	28
w.v. eigen bijdragen Wlz	2	w.v. persoonsgebonden budgetten	3
		w.v. buiten contracteerruimte	3
		Begrotingsgefinancierde uitgaven	3
Bruto UPZ	95	Bruto UPZ	95

Door afronding kan de som der delen afwijken van het totaal.

Vraag 81

Wat is het percentage zorgkosten ten opzichte van het bbp voor 2023? En hoe lag dit percentage de afgelopen vijf jaar? Kunt u dit uitsplitsen per jaar?

Antwoord:

In onderstaande tabel staat de netto zorguitgaven onder het Uitgavenplafond Zorg (UPZ) in relatie tot de ontwikkeling van het bruto binnenlands product (BBP) voor de jaren 2018–2023.

Bij de beoordeling van deze cijfers is van belang dat de groei van de zorguitgaven wordt beïnvloed door wijzigingen in de definitie van de zorguitgaven onder het BKZ/UPZ (zoals de overheveling van grote delen van de Wmo en de jeugdzorg uit het UPZ in 2019) en door statistische vertekeningen, zoals in 2021 de statistische verlaging van de uitgaven vanwege de nieuwe bekostigingssystematiek in de ggz.

Ontwikkeling netto zorguitgaven in relatie tot ontwikkeling BBP 2018–20223 (bedragen x € 1 miljard)

	Basisjaar 2017 ¹	2018 ¹	2019	2020	2021 ²	2022	2023
Netto zorguitgaven (€)	63	66	70	74	76	81	89
Groei van de netto zorguitgaven (€)		3	4	4	2	5	8
Groei van de netto zorguitgaven (%)		5%	6%	6%	2%	7%	10%
BBP (€)	738	774	813	797	856	933	994
Groei BBP (€)		36	39	-17	60	77	61
Groei BBP (%)		5%	5%	-2%	8%	9%	6%
Netto zorguitgaven / BBP (%)		8%	9%	9%	9%	9%	9%

¹ Dit betreft de netto zorguitgaven exclusief de rijksbijdrage Wmo (met uitzondering van beschermd wonen) en jeugd in 2017 en 2018. Omdat deze vanaf 2019 geen onderdeel meer uitmaken van de netto zorguitgaven is deze correctie nodig om vergelijkbare cijfers te presenteren.

² De zorguitgaven zijn in 2021 gecorrigeerd als gevolg van de technische correctieboekings van de schadelastdip ggz van – € 1,2 miljard. Per 1 januari 2022 wordt een nieuw bekostigingsmodel voor de ggz ingevoerd. In dit nieuwe model wordt voor de bekostiging niet meer gewerkt met DBC's en komt er een aparte bekostiging voor de basis-ggz. De DBC's die worden geopend in 2021 worden derhalve uiterlijk 31-12-2021 afgesloten; dit geldt ook voor de huidige bekostiging van de basis-ggz. Hierdoor is er in 2021 om technisch-administratieve redenen sprake van eenmalig lagere zorguitgaven in termen van schadelast. Deze technische aanpassing heeft geen gevolgen voor de hoeveelheid ggz die feitelijk kan worden geleverd of op de omzetten van zorgaanbieders. Er is geen sprake van een bezuiniging. Deze technische bijstelling heeft dan ook geen gevolgen voor het EMU-saldo en geen invloed op de premiehoogte.

Bron: VWS- en CPB-cijfers

Vraag 82

Is het mogelijk de kosten voor geneesmiddelen (intramuraal en extra-muraal) apart te benoemen, voor 2023 en voor de afgelopen vijf jaar? Kunt u dit wederom uitsplitsen per jaar?

Antwoord:

Hieronder staan de uitgaven aan geneesmiddelen m.b.t. periode 2017–2021 (de jaren 2022 en 2023 zijn nog niet bekend). De bedragen zijn in miljoenen en 2021 betreft een inschatting. De kosten binnen de msz betreft de zogeheten add-on geneesmiddelen, die zorgaanbieders apart declareren bij de zorgverzekeraar. Voor geneesmiddelen die onderdeel uitmaken van andere zorgprestaties zijn geen aparte realisatiecijfers beschikbaar.

uitgaven geneesmiddelen binnen Zvw	2017	2018	2019	2020	2021
apotheekezorg (extramuraal)	€ 3.120	€ 3.150	€ 3.270	€ 3.320	€ 3.240
msz (add-ons) (intramuraal)	€ 2.050	€ 2.230	€ 2.330	€ 2.380	€ 2.600
totaal	€ 5.170	€ 5.380	€ 5.600	€ 5.700	€ 5.840

Bron: gipdatabank.nl (Zorginstituut).

Vraag 83

Hoe staat het met de publiekscampagne rondom het levenseinde gesprek?

Antwoord:

Naar aanleiding van het amendement 35 925 XVI nr. 44 van de leden Tellegen en Paulusma wordt momenteel uitvoering gegeven aan een publiekscampagne en goed vindbare informatie met betrekking tot palliatieve zorg en levenseindezorg.

De opzet van de campagne is zorgvuldig voorbereid in samenwerking met stakeholders uit het brede spectrum van de palliatieve zorg en Palliatieve Zorg Nederland (PZNL). Naast de € 300.000 die vanuit het amendement was gereserveerd voor de campagne heeft VWS aanvullend € 150.000 vrijgemaakt voor deze campagne.

Naar verwachting zal de looptijd van de campagne van 15 november – 31 december 2022 zijn. Daarna zal PZNL in het kader van de uitvoering van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg (NPPZ II) in 2023 een vervolg geven aan de publiekscampagne.

Vraag 84

Wat zijn de ziekteverzuimcijfers voor de gehele sector zorg & welzijn voor 2022, voor de afgelopen vijf jaar en wat is de verwachting voor 2023?

Antwoord:

De ziekteverzuimcijfers voor zorg en welzijn (smal) zijn beschikbaar tot en met het 2e kwartaal van 2022. In onderstaande tabel wordt het ziekteverzuim in de afgelopen vijf jaar weergegeven. Er zijn geen voorspellingen voor 2023 beschikbaar.

Periode	Verzuimpercentage
2018 2e kwartaal	5,4%
2019 2e kwartaal	5,7%
2020 2e kwartaal	6,2%
2021 2e kwartaal	6,5%
2022 2e kwartaal	7,5%

Bron: azwstatline.cbs.nl

Vraag 85

Wat is de uitsplitsing van het verzuim per subsector? Wat is de spreiding (minimale en maximale) van de verzuimcijfers tussen werkgevers/instellingen?

Antwoord:

In onderstaande tabel is het ziekteverzuim per branche weergegeven. De Minister van LZS beschikt niet over cijfers over de spreiding van het verzuim tussen werkgevers/instellingen.

Branches	Verzuimpercentage 2 ^e kwartaal 2022
Universitair medische centra	6,1%
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	6,7%
Geestelijke gezondheidszorg	6,9%
Huisartsen en gezondheidscentra	7,4%
Overige zorg en welzijn	5,7%
Verpleging, verzorging en thuiszorg	8,8%
Gehandicaptenzorg	8,4%
Jeugdzorg	6,8%
Sociaal werk	7,1%

Bron: azwstatline.cbs.nl

Vraag 86

Welke kosten zijn te relateren aan het ziekteverzuim? Wat is per subsector het aantal fte dat door ziekteverzuim gemist wordt? Wat is de kwantitatieve impact van het ziekteverzuim op de wachtlijsten?

Antwoord:

Onderstaande tabel geeft per branche weer hoeveel fte gemiddeld genomen dagelijks niet inzetbaar was vanwege ziekteverzuim in het 1^e kwartaal van 2022. De Minister van LZS beschikt niet over cijfers over de kosten van het ziekteverzuim en de kwantitatieve impact van het verzuim op de wachtlijsten.

Branche	Aantal fte niet inzetbaar vanwege ziekte-verzuim, x 1.000
Zorg en welzijn (smal)	82,2
Universitair medische centra	4,9
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	14,0
Geestelijke gezondheidszorg	7,0
Huisartsen en gezondheidscentra	2,1
Overige zorg en welzijn	6,2
Verpleging, verzorging en thuiszorg	29,9
Gehandicaptenzorg	13,3
Jeugdzorg	2,2
Sociaal werk	3,4

Vraag 87

Hoeveel geneesmiddelen verwacht u dat in de geneesmiddelensluis extra stromen als gevolg van de voorgenomen uitbreiding?

Antwoord:

Het aantal geneesmiddelen dat in de sluis voor dure geneesmiddelen belandt, zal de komende jaren verder stijgen. Die stijging wordt zowel veroorzaakt door de «autonome groei» van het aantal dure geneesmiddelen als door het voornemen om de criteria voor toepassing van de sluis naar beneden bij te stellen. De schattingen zijn gebaseerd op analyses van de Horizonscan Dure Geneesmiddelen. Het is echter lastig te bepalen of een verwachte sluisplaatsing het gevolg is van een aanpassing van de sluiscriteria, of van de autonome groei van sluisgeneesmiddelen. Over heel 2023 is de inschatting dat er, ten opzichte van 2022, 10 tot 16 extra geneesmiddelen in de sluis voor dure geneesmiddelen geplaatst zullen worden.

Vraag 88

Wat is de status van het toegezegde «dashboard» waarmee kan worden nagegaan wat de doorlooptijden zijn van geneesmiddelen en waar producten zich in het beoordelings- en vergoedingstraject bevinden?

Antwoord:

Zoals afgelopen juni aangegeven tijdens het commissie debat wordt ernaar gestreefd om dit dashboard te publiceren in het eerste kwartaal van 2023.

Vraag 89

Welke middelen uit het coalitieakkoord zijn overgeheveld naar de VWS-begroting en wat staat er nog op de aanvullende post bij het Ministerie van Financiën? Kunt u dat in tabelvorm weergeven?

Antwoord:

In onderstaande tabel zijn de coalitieakkoord middelen opgenomen die betrekking hebben op de VWS-begroting. Daarbij is inzichtelijk gemaakt wat de beschikbare bedragen zijn, welke nog resteren op de aanvullende post van het Ministerie van Financiën en welke middelen reeds zijn overgeheveld naar de begroting van het Ministerie van VWS. Voor de resterende middelen op de aanvullende post worden nadere plannen gemaakt.

<i>Cumulatief 2022 t/m 2027 (bedragen x € 1.000)</i>	<i>Beschikbaar CA</i>	<i>Resterend AP</i>	<i>Overge- heveld</i>
Een tegen eenzaamheid	40.000	0	40.000
Pandemische paraatheid	1.620.000	887.942	732.058
Integraal zorgakkoord	912.000	787.000	125.000
Preventieakkoord	240.000	0	240.000
Versterking basiszorg	150.000	0	150.000
Dak- en thuislozen	390.000	260.000	130.000
Eigen bijdrage huishoudelijke hulp	65.000	55.000	10.000
Juiste zorg op de juiste plek	1.900.000	1.845.768	54.232
Kansrijke start	125.000	0	125.000
Meer tijd voor huisartsen	156.000	108.000	48.000
Onbeperkt meedoen	25.000	0	25.000
Opleidingsakkoord	150.000	150.000	0
Passende zorg als norm (Zvw)	430.000	347.936	82.064
Prenatale screening	190.000	0	190.000
Respijtzorg	60.000	0	60.000
Scheiden wonen en zorg	1.000.000	0	1.000.000
Sportstimulering	150.000	0	150.000
Standaardisatie gegevensuitwisseling	1.200.000	1.156.990	43.010
Stimuleren woon zorgcombinaties	150.000	0	150.000
Suicide preventie	12.000	0	12.000
Valpreventie 65-plus (Wmo)	280.000	333	279.667
Valpreventie 65-plus (Zvw)	305.000	4.500	300.500
Palliatieve zorg	150.000	0	150.000
Volksziektes	300.000	6.120	293.880
Stimuleren langer thuis wonen	300.000	0	300.000
Werk aan uitvoering	186.600	9.850	176.750

Vraag 90

Hoeveel buurtsportcoaches zijn werkzaam in het primair of voortgezet onderwijs?

Antwoord:

Er zijn 2.293 fte functionarissen (peildatum september 2021¹⁸) vanuit de Brede Regeling Combinatiefuncties werkzaam in het onderwijs. Dit betreft zowel sport- als cultuurfunctionarissen.

Vraag 91

Hoeveel buurtsportcoaches zijn exclusief werkzaam in het primair of voortgezet onderwijs?

Antwoord:

Het aantal fte dat exclusief werkzaam is in het onderwijs is 858 fte (peildatum september 2021¹⁹)

Vraag 92

Kunt u een uitsplitsing geven van het geld dat naar woon-zorg combinaties en het stimuleren van langer thuis wonen gaat? Kunt u daarin ook een overzicht geven van alle investeringen in de langdurige zorg?

Antwoord:

De middelen worden ingezet voor verschillende onderdelen van het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO). Middelen worden ingezet voor «Samen vitaal ouder worden» (actielijn 1), «Wonen en zorg voor ouderen» (actielijn 4) en «Arbeidsmarkt en innovatie» (actielijn 5). Met een verschuiving van een deel van het budget in 2022 (€ 6 miljoen) naar 2023 is er in totaal in 2023 € 81 miljoen beschikbaar voor woon-zorgcombinaties en het stimuleren van langer thuis wonen.

¹⁸ Monitor Brede Regeling Combinatiefuncties 2021.

¹⁹ Monitor Brede Regeling Combinatiefuncties 2021.

- Er is in 2023 € 17 miljoen beschikbaar voor actielijn 1. Dit wordt onder andere besteed aan het versterken van de sociale basis, stimuleren van het tijdig voorbereiden op ouder worden en kennisontwikkeling op het gebied van reablement.
- Er is in 2023 € 34 miljoen beschikbaar voor actielijn 4. Dit wordt ingezet ten behoeve van het stimuleren van de ontwikkeling van geclusterde woningen voor ouderen. Vormgeving hiervan wordt nog nader uitgewerkt.
- Er is in 2023 € 30 miljoen beschikbaar voor actielijn 5. Dit wordt ingezet voor het bevorderen van de slimme inzet van digitale zorg en ondersteuning, onder andere middels de Stimuleringsregeling E-health Thuis (SET).

WOZO draagt bij aan een brede maatschappelijke beweging, om een omslag te maken in de organisatie van ondersteuning en zorg. Met het WOZO-programma wordt erop ingezet dat ondersteuning en zorg zich aanpassen op de voorkeur van ouderen om zo lang mogelijk regie op het eigen leven te houden en dat zware, complexe zorgvragen zo lang mogelijk worden uitgesteld of zelfs worden voorkomen. Alle in het kader van WOZO ingezette activiteiten kunnen hiermee worden gezien als directe en indirecte investeringen in de langdurige zorg.

Vraag 93

Hoeveel gemeenten krijgen een vergoeding vanuit het onderwijs voor detachering van buurtsportcoaches in het onderwijs?

Antwoord:

Er is geen sprake van detachering van buurtsportcoaches in het onderwijs. Gemeenten maken afspraken met het onderwijs over de inzet van buurtsportcoaches. Scholen dragen vervolgens bij aan de cofinanciering van buurtsportcoaches.

Vraag 94

Hoeveel buurtsportcoaches zijn exclusief werkzaam bij een sportvereniging?

Antwoord:

Het aantal fte buurtsportcoaches dat werkzaam is bij een sportvereniging is 943. Het betreft hier sportverenigingen, commerciële aanbieders en andere aanbieders. Voor alleen sportverenigingen wordt 544 fte ingezet (peildatum september 2021²⁰).

Vraag 95

Welke gemeenten krijgen een deel van de eigen bijdrage die ze moeten doen bij het aanstellen van een buurtsportcoach terug door detachering aan onderwijs en/of sportverenigingen?

Antwoord:

Er is geen sprake van detachering van buurtsportcoaches in het onderwijs. Gemeenten maken afspraken met het onderwijs over de inzet van buurtsportcoaches. Scholen dragen vervolgens bij aan de cofinanciering van buurtsportcoaches. Bovendien doen gemeenten geen eigen bijdrage. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het organiseren van 60% cofinanciering. Een gemeente kan de cofinanciering geheel zelf betalen, zij kunnen dit delen met andere partijen of de verantwoordelijkheid volledig bij de partijen neerleggen die gebruik maken van de inzet van buurtsportcoaches.

²⁰ Monitor Brede Regeling Combinatiefuncties 2021.

Vraag 96

Hoeveel verschillende kaders voor uitvoering zijn er voor buurtsportcoaches?

Antwoord:

De kaders waarbinnen de functionarissen van de Brede Regeling Combinatiefuncties worden ingezet zijn omvat in de doelstellingen van de regeling:

- Een leven lang inclusief sporten, bewegen en beoefenen van culturele activiteiten mogelijk maken, met inhoudelijke focus (maar niet uitsluitend) op:
 - o (Talent)ontwikkeling van jeugd en jongeren stimuleren, waarbij verbetering van motorische vaardigheden een belangrijk aandachtspunt is.
 - o Sport-, beweeg- en cultuuronderwijs op en rond scholen versterken.
 - o Specifieke aandacht voor kwetsbare, minder kansrijke jongeren die (een risico op) een verminderde actieve leefstijl hebben.
- Inzetten op groepen mensen die belemmeringen ervaren bij het georganiseerde/formele en niet-georganiseerde/non-formele sporten en bewegen en beoefenen van culturele activiteiten, die te maken hebben met iemands leeftijd of levensfase, gender, fysieke of mentale gezondheid, culturele/sociale achtergrond, seksuele geaardheid, financiële situatie of sociale positie. Bereiken, toe leiden en begeleiden van personen die in armoede leven, zodat zij ondanks hun financiële situatie kunnen sporten/bewegen en meedoen aan culturele activiteiten.
- Lokale verbindingen tot stand brengen en uitbouwen tussen gemeentelijke beleidsdomeinen en voorzieningen, gesubsidieerde/commerciële sport, cultuur, onderwijs, bso/kinderopvang, welzijn, zorg, gezondheid, bedrijven c.a.
- Duurzaam versterken en innoveren van sport-, beweeg- en cultuuraanbieders/ vrijwilligersorganisaties op het gebied van o.a. besturen, vrijwilligers, kader, diversiteit, inclusief en vraaggericht handelen. Met aandacht voor het vormgeven van een pedagogisch sportklimaat.

Vraag 97

Welke verschillen zijn er in arbeidsvoorwaardelijk opzicht tussen buurtsportcoaches?

Antwoord:

Dit is afhankelijk van de cao waaronder een buurtsportcoach werkzaam is. Er bestaan verschillen tussen de CAO Sport, PO en VO. Deze verschillen bestaan niet alleen voor buurtsportcoaches, maar voor iedereen die binnen deze CAO's werkzaam is.

In november 2020 heeft in opdracht van het Ministerie van VWS een benchmark tussen enkele CAO's plaatsgevonden. De exacte uitkomsten van deze benchmark zijn te vinden in de Factsheet Benchmark Buurtsportcoach: WerkenInDeSport_Buurtsportcoach_Arbeidsvoorwaarden_v05 (sportindebuurt.nl).

Vraag 98

Hoe groot is het verschil, wat zowel primaire als secundaire arbeidsvoorwaarden betreft, tussen de CAO Sport, waar buurtsportcoaches op ingeschaald zijn, en de CAO PO of VO?

Antwoord:

Er bestaan verschillen tussen de CAO Sport, PO en VO. Deze verschillen bestaan niet alleen voor buurtsportcoaches, maar voor iedereen die binnen deze CAO's werkzaam is.

In november 2020 heeft in opdracht van het Ministerie van VWS een benchmark tussen enkele CAO's plaatsgevonden. De exacte uitkomsten van deze benchmark zijn te vinden in de Factsheet Benchmark Buurtsportcoach: WerkenInDeSport_Buurtsportcoach_Arbeidsvoorwaarden_v05 (sportindebuurt.nl)

Vraag 99

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

Antwoord:

Onderstaande tabel geeft de door zorgverzekeraars gerapporteerde bedrijfskosten voor 2021 weer. 2021 is het jaar waarvoor de meest recente cijfers beschikbaar zijn. De tabel geeft zowel de totale bedrijfskosten per concern weer als de bedrijfskosten als percentage van de totale zorgkosten (van een basisverzekering) per concern.

Zorgverzekeraar (concern)	Totale bedrijfskosten in 2021 (x € 1 miljoen)	Bedrijfskosten als percentage van zorgkosten (%)
ASR	47	4,6
CZ	231	2,4
DSW	50	3,0
Eno	29	8,5
Menzis	132	2,2
ONVZ	38	3,7
VGZ	288	2,6
Z&Z	41	3,2
ZK	287	2,3

Bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering, zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op de website.

Vraag 100

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

Antwoord:

Zorgverzekeraars kunnen positieve resultaten toevoegen aan hun eigen vermogen. Dit doen zij onder andere om te voldoen aan reserveverplichtingen: ieder jaar stijgt de vereiste solvabiliteit van verzekeraars vanwege de stijging van de zorgkosten. Het overige deel positieve resultaten kunnen zij teruggeven aan de premiebetaler door het stellen van een lagere nominale premie. Zorgverzekeraars hebben op deze manier in 2021 gemiddeld € 86 per premiebetaler teruggegeven aan verzekerden door de premie van 2022 lager vast te stellen dan kostendekkend. Ook in 2018, 2019 en 2020 hebben zorgverzekeraars reserves ingezet door bij de vaststelling van de premie uit te gaan van een premie onder kostendekkend niveau. Op deze wijze hebben verzekeraars in 2018 € 17 per premiebetaler teruggegeven, in 2019 € 23 per premiebetaler en in 2020 € 45.

Onderstaande tabel geeft de aanwezige en wettelijk verplichte solvabiliteit van zorgverzekeraars weer in de periode 2014–2021 (bedragen x 1 mln euro).

Jaar	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Aanwezige solvabiliteit	9.238	9.822	9.681	8.884	9.131	9.663	9.950	9.780
Vereiste solvabiliteit	6.129	6.139	6.228	6.349	6.305	6.598	6.741	6.874
Solvabiliteit (%)	151%	160%	155%	140%	145%	146%	148%	142%

Vraag 101

Hoe kan het dat zorgverzekeraars hun zorguitgaven standaard lager inschatten dan u begroot?

Antwoord:

Het is niet standaard dat de zorgverzekeraars hun uitgaven lager inschatten dan in de begroting. De afgelopen jaren hebben zorgverzekeraars hun uitgaven inderdaad lager geschat dan in de begroting, maar het kan ook voorkomen dat de zorgverzekeraars hun uitgaven hoger inschatten dan in de begroting. Verzekeraars zijn vrij om daarin hun eigen inschatting te maken.

Vraag 102

Hoeveel opleidingsplekken tot GZ-psycholoog zijn er begroot voor het jaar 2023? Hoeveel kost één opleidingsplek?

Antwoord:

De opleidingsplekken voor gz-psycholoog worden niet bekostigd vanuit de VWS-begroting, maar via een premiegefinancierde beschikbaarheidsbijdrage (via het Zorgverzekeringsfonds). Het is aan mij, de Minister voor Langdurige Zorg en Sport, om het aantal opleidingsplekken voor gz-psychologen dat daaruit gefinancierd wordt vast te stellen. Voor 2023 heeft de Minister van LZS, conform de ramingen van het capaciteitsorgaan 832 plekken voor gz-psychologen beschikbaar gesteld. Eén opleidingsplek kost ca. € 90.000.

Vraag 103

Wat is binnen de ggz het aandeel zelfstandige psychiaters afgezet tegen psychiaters in loondienst?

Antwoord:

In 2020 was 25% van de psychiaters in de GGZ zelfstandige en 75% was in loondienst (bron: CBS Statline).

Vraag 104

Kunt u een overzicht geven van de best betaalde medische specialisten (al dan niet in maatschap) en van de slechtst betaalde medische specialisten?

Antwoord:

Voor zover ons bekend zijn er geen overzichten van best betaalde of slechtst betaalde medisch specialisten. Op grond van de Wet normering topinkomens (WNT) bestaat er wel een publicatieplicht voor medisch specialisten in loondienst bij bijvoorbeeld een ziekenhuis (WNT-instelling), in het geval de bezoldiging van de medisch specialisten in loondienst het algemene bezoldigingsmaximum overschrijdt. Deze gegevens worden gepubliceerd door hun werkgevers (WNT-instellingen) en zijn voor ten minste zeven jaar via hun WNT-verantwoording openbaar op internet beschikbaar.

Vraag 105

Hoe groot is per sector de loonkloof binnen de zorg? Wat is het verschil in beloning tussen de best betaalde en de gemiddelde werknemer?

Antwoord:

Via het Pensioenfonds Zorg en Welzijn beschikken we over gegevens over 2021 over de inkomensverdeling van een groot gedeelte van de medewerkers binnen Zorg en Welzijn. In de onderstaande tabel is een overzicht weergegeven van het aantal werknemers per inkomensklasse op basis van het bruto jaarinkomen bij een voltijdscontract. Daarin ontbreken de gegevens van medewerkers binnen de umc's en de eerste lijn. Een verdere uitsplitsing naar branche is niet beschikbaar.

Bruto jaarinkomen binnen zorg en welzijn (exclusief umc's en eerste lijn)

Inkomensklasse	Aantal werknemers	Aandeel in %
20.000 of minder	4.821	0,4%
20.001 t/m 30.000	230.225	21,3%
30.001 t/m 40.000	357.432	33,0%
40.001 t/m 50.000	265.938	24,6%
50.001 t/m 60.000	144.695	13,4%
60.001 t/m 70.000	38.608	3,6%
70.001 t/m 80.000	18.106	1,7%
80.001 t/m 90.000	4.378	0,4%
90.001 t/m 100.000	4.782	0,4%
100.001 of meer	14.265	1,3%
Totaal	1.083.250	100%

Bron: Pensioenfonds Zorg en Welzijn

Verder is via de kennisbank Openbaar bestuur informatie beschikbaar over de inkomensverdeling van de werknemers van de umc's in 2018. In onderstaande tabel is de inkomensverdeling van werknemers binnen umc's weergegeven. Het gaat hier om het bruto maandinkomen.

Bruto maandinkomen binnen umc's (inclusief toeslagen)

Inkomensklasse	Aantal werknemers	Aandeel in %
2.000 euro of minder	213	0,3%
2.001 t/m 3.000	9.621	13,1%
3.001 t/m 4.000	23.060	31,3%
4.001 t/m 5.000	19.573	26,6%
5.001 t/m 6.000	10.166	13,8%
6.001 t/m 7.000	2.750	3,7%
7.001 t/m 8.000	1.304	1,8%
8.001 of meer	6.946	9,4%
onbekend	5	0,0%
Totaal	73.638	100%

Bron: Cijfers | Kennisbank Openbaar Bestuur (kennisopenbaarbestuur.nl)

Vraag 106

Hoeveel procent van de werknemers per sector in de zorg, verdienen minder dan een modaal salaris?

Antwoord:

Het modaal salaris bedroeg in 2021 circa € 37.000,- en in 2018 circa € 34.500,-. Op basis van de gegevens uit het antwoord op vraag 105 verdient naar schatting zo'n 45% van de werknemers binnen zorg en welzijn minder dan modaal. Voor umc's gaat het naar schatting om circa 15%.

Vraag 107

Wat is de meest actuele raming qua salarisverschillen in de zorg in de markt waarbij sprake is van gelijke opleidingsachtergrond?

Antwoord:

Het beloningsonderzoek van AWVN in opdracht van de Brancheorganisaties Zorg (BOZ) van april 2021 heeft voor vijf cao's binnen de zorg (VVT, ziekenhuizen, umc's, GGZ en gehandicaptenzorg) de beloning geanalyseerd ten opzichte van het gemiddelde in de markt. Dit is gedaan op basis van conversie van de functiewaarderingssystematieken die onder de cao's liggen om zo cao's met elkaar te kunnen vergelijken.

In grote lijnen kan op basis van dit onderzoek worden geconcludeerd dat gemiddeld genomen de salarissen aan het einde van de loonschaal aan de onderkant van het loongebouw (tot fwg 35) min of meer marktconform zijn. De eindsalarissen aan de bovenkant (vanaf fwg 70) in de zorgcao's zijn gemiddeld boven marktconform. De eindsalarissen in het midden van het loongebouw (fwg 35 tot en met 65) liggen gemiddeld 9% lager dan het gemiddelde eindsalaris in de markt (d.w.z. in 2021) en gemiddeld zo'n 6% lager dan het gemiddelde eindsalaris in de publieke sector. Daarbij moet opgemerkt worden dat er voor 2022 extra middelen voor de zorgsalarissen beschikbaar zijn gesteld, waardoor dit gat met zo'n 1,5% verkleind kon worden. In nagenoeg alle cao's zijn ook afspraken gemaakt om de middengroepen er extra op vooruit te laten gaan.

Vraag 108

Hoeveel thuiszorgmedewerkers en verzorgenden werken in vaste dienst in de zorg? Hoeveel werken op oproepbasis, als zelfstandige of met een tijdelijk contract?

Antwoord:

Hier zijn voor de thuiszorg alleen op totaalniveau gegevens beschikbaar en niet uitgesplitst naar functie. In 2021 ging het om:

- 91.000 medewerkers met een vast contract én vaste uren
- 18.000 werknemers met een tijdelijk contract
- 20.000 oproepkrachten (vast of tijdelijk contract, geen vast aantal uren)
- werknemers waarvan de contractvorm onbekend is
- 18.000 zelfstandigen

Vraag 109

Welk farmaceutisch bedrijf maakte over 2022 in euro's de meest afzet in Nederland?

Antwoord:

Bij de verkoop van geneesmiddelen wordt gebruik gemaakt van vertrouwelijke kortingen. Daardoor is dit op basis van declaratiegegevens niet aan te geven.

Op basis van openbare apotheekinkooprijzen (AIP, lijstprijzen) zou een dergelijke inschatting kunnen worden gemaakt. Echter, doordat het dan gaat om brutoomzet (dus zonder kortingen) geeft dit een vertekend beeld.

Vraag 110

Kunt u een overzicht delen van de loonontwikkeling in de afgelopen twintig jaar van de meest veel voorkomende medische beroepen: van medisch specialist, verpleegkundige tot aan verzorgende?

Antwoord:

Nee, ik, de Minister van LZS, heb geen overzicht van de loonontwikkeling van specifieke medische beroepen. Wel kan ik op basis van cijfers van het CBS inzicht geven in de loonontwikkeling van de sector zorg en welzijn als geheel. Dit geeft ook een goede indicatie van de loonontwikkeling van individuele beroepen omdat er de afgelopen 20 jaar relatief weinig sprake is geweest van differentiatie in cao-loonontwikkeling tussen beroepen. Het

cao-uurloon inclusief bijzondere beloningen binnen de sector zorg en welzijn is tussen 2000 en augustus 2022 met ruim 66% toegenomen (tegenover 59% economiebreed).

Vraag 111

Hoeveel procent van de gelden van de maatschappelijke diensttijd is juridisch verplicht?

Antwoord:

In het coalitieakkoord Rutte IV is afgesproken dat Maatschappelijke diensttijd (MDT) wordt overgeheveld naar het Ministerie van OCW. Inmiddels heeft deze overheveling naar OCW budgettair plaatsgevonden en staan de middelen voor MDT voor 2023 en verdere jaren niet meer op de VWS-begroting. Het percentage van de gelden van MDT dat juridisch verplicht is voor 2023, kan door het Ministerie van OCW worden beantwoord.

Vraag 112

Kunt u een overzicht met de Kamer delen van alle niet-juridisch verplichte posten boven € 500.000?

Antwoord:

In onderstaand overzicht staan de niet-juridisch verplichte posten boven de € 500.000. De posten zijn verdeeld in twee categorieën:

- 1) Bestuurlijk gebonden; het bedrag dat bestuurlijk is gebonden/verbonden op grond van bestuursovereenkomsten, convenanten met koepels en/of decentrale overheden, politieke toezeggingen e.d.
- 2) Beleidsmatig gereserveerd; het bedrag is voor een beleidsdoel gereserveerd.

	bestuurlijk gebonden	beleidsmatig gereserveerd
Artikel 1		
Kansrijke start (RA)	€ 18.750.000	
Mentale Gezondheid (RA)	€ 8.000.000	
Lokale akkoorden (RA)	€ 4.500.000	
Valpreventie (RA)	€ 13.000.000	
Volksziekten (RA)	€ 17.200.000	
Nu Niet Zwanger		€ 2.000.000
Programma Langdurige Zorg (via ZonMw)	€ 4.078.000	
Topzorg en Citrienfonds ((IZA-transformatiemiddelen)	€ 13.000.000	
Antimicrobiële resistentie (AMR)		€ 2.400.000
Pandemische paraatheid (RA)	€ 48.700.000	
COVID-19 (generale middelen)	€ 1.684.000.000	
Onbedoelde zwangerschappen		€ 1.370.000
Subsidieregeling abortusklinieken		€ 800.000
Aanpak gezondheidsachterstanden		€ 1.800.000
Toebedeelde structurele extra RA middelen 1e trance NVWA 2022 e.v.	€ 12.600.000	
WAU middelen	€ 5.400.000	
NPA Beleid Alcohol, Gezonde school en Vroeg signalering.	€ 1.200.220	
NPA Beleid Tabak, Campagne	€ 950.073	
Exp. reg. wietteelt cannabis gesloten coffeeshopketen	€ 788.404	
Extra Exp. reg. Wiett. Cann. gesl. Coffeesh.keten,	€ 700.000	
KASSCHUIF naar 2023, Preventie tabak. Ontv. RA gelden coalitieakkoord.	€ 1.000.000	
Stoppen met roken		€ 735.695
Bewustwordingsinterventies		€ 600.000
Preventieaanpak Alcohol 2023–2025. Vroeg signalering SVA en SPUK	€ 2.030.000	
Opgroeien in een Kansrijke Omgeving.Preventieaanpak Alcohol 2023–2025.	€ 1.500.000	
Handhaving en naleving. Preventieaanpak Alcohol 2023–2025	€ 2.000.000	
Preventieaanpak Tabak 2023–2025	€ 7.000.000	
Lokale aanpak Stoppen Met Roken SMR 2023–2025	€ 3.330.000	
Sluitende ketenaanpak overgewicht kinderen en volwassenen	€ 2.570.000	
Gezonde School en Gezond Gewicht		€ 1.329.734
Prioriteitenplan via VCN/incl. GSK-motie Wolbert	€ 2.000.000	
Publiekscommunicatie logo & productverbetering		€ 500.000
NPA beleid, Gezonde school en JOGG	€ 2.195.000	

	bestuurlijk gebonden	beleidsmatig gereserveerd
Preventieaanpak 2023–2025 overgewicht	€ 8.700.000	
Herijking Dranquilo / schadelijkheid alcohol. Preventieaanpak Alcohol 2023–2025	€ 1.000.000	
Preventieaanpak Tabak 2023–2025	€ 3.600.000	
Preventieaanpak Gezond Gewicht 2023–2025	€ 1.000.000	
Sluitende ketenaanpak overgewicht kinderen en volwassenen	€ 1.500.000	
Realisatie en uitvoering van het register sociale hygiëne	€ 2.058.000	
Kennisontwikkeling. Preventie alcohol. Ontv. RA gelden coalitieakkoord, tbv ophoging van 7e prev.progr. ZonMw	€ 2.800.000	
Artikel 2		
Antibioticaresistentie (ABR)		€ 3.000.000
Thuisarts (IZA-transformatiemiddelen)	€ 2.500.000	
DUO XIS (IZA-transformatiemiddelen)	€ 700.000	
Onderzoeksagenda (IZA-transformatiemiddelen)	€ 1.500.000	
Uitvoering zorgverzekeringstelsel	€ 941.000	
Voorlichtingsbudget orgaandonatie	€ 1.790.000	
Geneesmiddelenvergoedingssysteem	€ 555.000	
Artikel 3		
Pandemische paraatheid (RA)		€ 27.500.000
Hoofdzaken (RA)	€ 3.000.000	
Toekomstagenda GHZ	€ 5.000.000	€ 5.000.000
WOZO/SWZ (RA-LZ)	€ 12.000.000	€ 2.000.000
Kennis		€ 500.000
Gegevens uitwisseling		€ 4.400.000
Palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging		€ 5.500.000
Opdrachten ex ghz		€ 1.500.000
(Experiment) domein overstijgend samenwerken		€ 6.700.000
Stimuleren wooncomb. jongeren en ouderen		€ 9.800.000
Woon-zorg combinaties en stimuleren langer thuis	€ 8.000.000	€ 72.400.000
Respijtzorg	€ 11.400.000	€ 1.700.000
Een tegen eenzaamheid	€ 10.000.000	€ 3.800.000
Onbeperkt meedoen		€ 4.470.000
Aanpak dakloosheid	€ 61.900.000	€ 2.850.000
Eigen bijdrage HH	€ 10.000.000	€ –
Transitiemiddelen scheiden wonen en zorg	€ 33.000.000	€ 31.150.000
Valpreventie	€ 12.500.000	€ 9.000.000
Artikel 4		
Subsidie Transparantie Kwaliteit van zorg		€ 2.000.000
Opdrachten Digitale gegevensuitwisseling in de zorg		€ 10.000.000
Opdrachten (Ont)regel de Zorg		€ 1.000.000
Subsidie in het kader van opleidingen		€ 20.000.000
Subsidie in het kader van arbeidsmarkt		€ 7.500.000
Artikel 5		
Expertisecentra Jeugd	€ 26.000.000	
Tegemoetkomingsregeling Commissie de Winter	€ 23.302.000	
Aanpak ondermijning via inzet jongerenwerk	€ 900.000	
Artikel 6		
RA-middelen Sport: Fin. toeg. pilot armoede		€ 1.500.000
RA middelen Volksziektes: Special Heroes		€ 1.000.000
RA middelen Volksziektes: Nationale Diabetes Challenge		€ 900.000
RA middelen Volksziektes: GLI en BSC+		€ 1.900.000
RA middelen Volksziektes: samenspeelfonds		€ 680.000
RA middelen Volksziektes: buitenspelcoalitie		€ 720.000
Projecten vaardig onder kansengelijkheid		€ 1.100.000
RA middelen bewegen: programma's/interventies		€ 7.700.000
RA middelen bewegen: leefstijlcampagne		€ 500.000
RA-middelen Sport: Professionalisering Microbudgetten		€ 500.000
RA-middelen Sport: Professionalisering koepels		€ 750.000
Uitwerking plan veilige en integere sport (vervolg 2022)		€ 1.200.000
Diverse subsidies Evenementenbeleid		€ 2.000.000
maatschappelijk verantwoorde TS		€ 1.640.000
Verbinding landelijk, regionaal en lokaal		€ 2.000.000
Paralymische TS		€ 1.600.000
Projecten & innovatie Routekaart Duurzame Sport		€ 1.200.000
Beweegvriendelijke omgeving		€ 600.000
Projecten financiering en organisatie		€ 600.000
RA middelen Sport: monitoring brede SPUK		€ 1.000.000
RA middelen Volksziektes: monitoring S&B volksziektes		€ 500.000
RA middelen Volksziektes: onderzoek gezondheidswinst S&B		€ 900.000
Compensatie Kansspelbelasting	€ 3.200.000	
Artikel 7		
Herinnering WOII en het project Indische- en Molukse gemeenschap in Nederland	€ 5.400.000	

Artikel 8

Nvt

Artikel 9

Nvt

Vraag 113

Wat is het gemiddeld besteedbaar inkomen van chronische patiënten afgezet tegen niet-chronische patiënten?

Antwoord:

De gegevens om op deze vraag kwantitatief te kunnen beantwoorden ontbreken. Daar komt bij dat de afbakening van de groep chronisch zieken gecompliceerd is.

Ook bestaat er grote heterogeniteit onder de groep chronisch zieken. Zo werkt een deel van de chronische zieken fulltime, terwijl een ander deel is aangewezen op een WIA- of bijstandsuitkering. De laatste groep heeft daardoor een lager besteedbaar inkomen dan mensen met een vergelijkbare opleiding en ervaring. Bij mensen die na hun pensionering chronisch ziek worden, heeft de chronische ziekte geen invloed op het besteedbaar inkomen. De hoogte van hun inkomen is immers gebaseerd op het inkomen in het verleden.

Vraag 114

Wat is het gemiddelde aan zorgkosten dat een chronische patiënt in 2023 naar benadering betaalt?

Antwoord:

In 2023 betaalt een volwassene in Nederland gemiddeld € 6.601 aan collectief gefinancierde zorg. Het is niet bekend wat een chronische patiënt in 2023 gemiddeld aan collectief gefinancierde zorg zal betalen. Chronische patiënten zullen in elk geval de nominale premie betalen (door VWS geraamd op € 1.649). Naar verwachting zal een groot deel (86%) van de chronische patiënten het verplicht eigen risico volmaken (€ 385). Mogelijk kan er sprake zijn van aanvullende eigen bijdragen. Daarnaast betaalt een chronisch zieke ook de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw, Wlz-premie en belasting en is er mogelijk recht op zorgtoeslag. Ten slotte kunnen chronisch zieken aanspraak maken op de fiscale aftrek specifieke zorgkosten en mogelijk ook op de tegemoetkoming specifieke zorgkosten.

Vraag 115

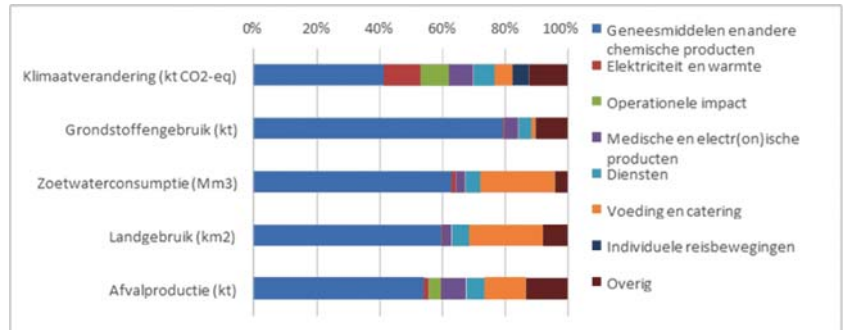
Wat is het CO₂-aandeel van de gehele zorgsector in Nederland? En wie zijn de grootste uitstoters?

Antwoord:

De zorgsector (Zorg en Welzijnsdiensten) is verantwoordelijk voor 7,3% van de nationale consumptie-voetafdruk. Uit onderzoek van het RIVM[1] blijkt dat het om 17.575 kiloton CO₂-equivalent van het nationale totaal van 241.358 kiloton gaat. Daarnaast heeft de zorg ook impact op het grondstoffengebruik, land en water-gebruik en draagt bij aan de afval productie (zie onderstaande tabel).

Wie op dit moment de grootste uitstoters zijn is niet bekend. De data uit het onderzoek van het RIVM gaan over de zorgsector als geheel. Een opsplitsing naar individuele zorgaanbieders is er niet. In onderstaande figuur is wel te zien hoe de impact is van verschillende product categorieën binnen de zorgsector. Geneesmiddelen en andere chemische producten leveren de grootste bijdrage aan de voetafdruk op alle effectcategorieën.

Figuur: Contributieanalyse van de milieuvoetafdruk van de zorgsector voor de geselecteerde effectcategorieën (bron: RIVM).



Tabel Milieuvoetafdruk

Effectcategorie	Voetafdruk van de zorgsector	Nationale consumptie-voetafdruk	Aandeel zorgsector in nationale consumptie-voetafdruk
Klimaatverandering (kt CO ₂ -eq)	17.575	241.358	7,3%
Abiotische grondstoffengebruik (kt)	33.801	259.060	13,0%
Zoetwaterconsumptie (Mm ³)	394	5.226	7,5%
Landgebruik (km ²)	23.845	329.537	7,2%
Afvalproductie (kt)	4.803	113.826	4,2%

Bron:Nieuwe rekenmethode toont milieueffecten van zorgsector | RIVM.

Vraag 116

Zijn er middelen vrijgemaakt voor de kabinetsdoelstelling van 50 procent plantaardige consumptie in 2030 en/of de Nationale Eiwitstrategie (NES)? Zo ja, welke?

Antwoord:

Samen met de Minister van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit heb ik het doel gesteld dat in 2030 de verhouding in de consumptie van dierlijke en plantaardige eiwitten is verschoven van 60/40 naar 50/50²¹. Deze doelstelling maakt ook onderdeel uit van de Nationale Eiwitstrategie, die onder verantwoordelijkheid van de Minister van LNV verder wordt uitgevoerd.

VWS stelt middelen beschikbaar aan het Voedingscentrum voor de uitvoering van het project «Goed eten met de Schijf van Vijf», aan de hand waarvan consumenten en professionals worden voorgelicht over gezonde en duurzame voeding. Als we in Nederland meer volgens de Schijf van Vijf gaan eten, draagt dit bij aan gezondheid van mens en planeet. Eten volgens de Schijf van Vijf komt gemiddeld neer op een verhouding van 50% dierlijke en 50% plantaardige eiwitten. Voor het project «Goed eten

²¹ https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2022Z05998&did=2022D12292.

met de Schijf van Vijf» heeft VWS voor 2023 een bedrag ruim € 800.000 voorzien. Voor het project «Eetomgevingen» van het Voedingscentrum – met als doel ondersteuning te bieden bij de implementatie van de richtlijn eetomgevingen om de gezonde en duurzame keuze te makkelijker te maken – heeft VWS voor 2023 bijna € 700.000 aan middelen beschikbaar.

Vraag 117

Hoeveel middelen worden vrijgemaakt voor «afspraken met producenten over gezonder voedsel» binnen het Preventieakkoord? Op welke manier zijn die middelen gelinkt aan de 50/50 doelstelling?

Antwoord:

Er wordt jaarlijks € 200.000,- gereserveerd om branches en bedrijven te informeren en activeren om aan de slag te gaan met de Nationale Aanpak Productverbetering (NAPV). Branches en bedrijven worden gestimuleerd om onderling gezamenlijke afspraken te maken over productverbetering. Deze middelen zijn niet gelinkt aan de 50/50 doelstelling. De NAPV heeft als doel om gehalten aan zout, suiker en verzadigd vet in herformuleerbare producten te verminderen. Dit betreft voornamelijk producten die niet in de Schijf van Vijf zitten. De 50/50 doelstelling heeft daarentegen betrekking op producten die wel in de Schijf van Vijf zitten. Het Voedingscentrum zet zich in om consumenten meer volgens de Schijf van Vijf te laten eten, waarbij er gegeten wordt volgens een verhouding van 50% dierlijke en 50% plantaardige eiwitten.

Vraag 118

Welke mogelijkheden heeft een bedrijf om binnen de huidige belastingwetgeving een goedkope of gratis gezonde lunch voor werknemers te promoten?

Antwoord:

Loon is belast volgens de Wet op de loonbelasting 1964. Dat geldt in beginsel zowel voor loon in geld als voor loon in natura, zoals het verstrekken van een maaltijd. De loonbelasting kent een aantal gerichte vrijstellingen en een vrije ruimte, welke ruimte de werkgever naar eigen inzicht kan inzetten om zijn personeel onbelast vergoedingen en verstrekkingen te geven. Is de vrije ruimte helemaal benut, dan wordt over het meerdere een eindheffing van 80% geheven. De vrije ruimte bedraagt in 2022 1,7% over de eerste € 400.000 aan loonsom en 1,18% over het meerdere. Een werkgever kan ervoor kiezen de vrije ruimte te benutten om (gezonde) voeding aan zijn werknemers aan te bieden. Daarnaast gelden er specifieke waarderingen voor verstrekkingen op de werkplek. Werkgevers die personeel (gezonder) eten willen aanbieden worden hiermee tegemoetgekomen ten opzichte van de reguliere belastingheffing. Voor maaltijden op de werkplek geldt dat deze in beginsel voor een vastgesteld normbedrag per maaltijd (forfaitair) worden gewaardeerd (€ 3,35 in 2022). Een duurdere maaltijd wordt voor de loonbelasting dus voor een lager bedrag meegerekend. Voor consumpties op de werkplek, niet zijnde maaltijden, zoals bijvoorbeeld groente en fruit geldt dat deze op € 0,- worden gewaardeerd. In beantwoording van Kamervragen uit september 2021 (Kamerstuk 2021Z12803) staat dit met een voorbeeld toegelicht. De belastingwetgeving valt overigens onder de verantwoordelijkheid van de Staatssecretaris van Fiscaliteit en Belastingdienst.

Vraag 119

In hoeverre betaalt een bedrijf dat een werknemer een goedkope of gratis gezonde lunch wil verschaffen hierover loonbelasting?

Antwoord:

Een werkgever betaalt loonbelasting indien de vrije ruimte voor onbelaste vergoedingen en verstrekkingen binnen de loonbelasting benut is. In het antwoord op vraag 118 staat dit nader toegelicht.

Vraag 120

Welke voortgang hebben supermarkten gemaakt in het promoten van meer plantaardige producten en het behalen van de doelstelling van 50 procent plantaardig in 2030?

Antwoord:

De doelstelling om 50% plantaardige eiwitten te realiseren is gebaseerd op het Nederlandse consumptiepatroon. Hier hebben de supermarkten een belangrijke rol in, maar de doelstelling is niet geformuleerd op de promotie van plantaardige eiwitten. Desalniettemin zijn supermarkten wel geëngageerd aan inzet op verduurzaming van het aanbod en een balans in plantaardige en dierlijke eiwitten.

Over de voortgang van supermarkten in het promoten van meer plantaardige producten kan nog geen duiding worden gegeven. Momenteel wordt in opdracht van het Ministerie van LNV door Wageningen Universiteit Research gewerkt aan een monitor eiwitten die daar mogelijk meer inzicht in kan geven. Tevens is in opdracht van het Ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit reeds een onderzoek uitgevoerd naar de wijze waarop inzicht kan worden verkregen in de mate waarin supermarkten bijdragen aan een duurzaam voedselsysteem, breder dan enkel de bijdrage aan de eiwittransitie. Over de resultaten van dit onderzoek wordt de Kamer zo spoedig mogelijk geïnformeerd.

Vraag 121

Welke instrumenten worden er ingezet om reclame van supermarkten (voor 80 procent) in lijn te brengen met de Schijf van Vijf conform de motie-Dik-Faber/Sazias?

Antwoord:

In de brief van 4 nov 2021 (Kamerstukken II 2021/22, 31 532, nr. 575) heeft mijn voorganger aangegeven de motie niet uit te kunnen voeren omdat de supermarktbranche geen afspraken over reclame wil maken. Momenteel vindt een verkenning plaats van wettelijke maatregelen met betrekking tot de voedselomgeving. Nog dit jaar ontvangt u een brief over de maatregelen die ik wil gaan nemen met betrekking tot het gezonder maken van de voedselomgeving, in die brief zal ook de wettelijke verkenning nader worden toegelicht.

Vraag 122

Klopt het dat het budget voor ziektepreventie vanaf het jaar 2023 beduidend afneemt? Zo ja, waar ligt dit dan aan?

Antwoord:

De afname van het budget ziektepreventie in 2023 ten opzichte van 2022 (en ook 2021) wordt veroorzaakt door de lager ingeschatte uitgaven voor corona.

Vraag 123

Hoeveel middelen van de VWS-begroting is nog niet gealloceerd/juridisch verplicht en is nog beschikbaar voor de uitvoering van moties/amendementen?

Antwoord:

Zie hieronder een overzicht van de geschatte budgetflexibiliteit per artikel in totalen en een aparte tabel in percentages. Sinds dit jaar nemen we,

naast het juridisch verplichte percentage, ook de percentages op die bestuurlijk gebonden, beleidsmatig gereserveerd en nog vrij te besteden zijn.

Geschatte budgetflexibiliteit in totalen (bedragen x 1.000 euro)

	Artikel 1	Artikel 2	Artikel 3	Artikel 4	Artikel 5	Artikel 6	Artikel 7	Artikel 8
Juridisch verplicht	2.213.659	3.845.388	15.831.730	1.355.017	48.584	477.001	200.229	8.321.849
Bestuurlijk gebonden	1.899.782	7.698	166.735	135.502	63.533	5.242	5.980	0
Beleidsmatig gereserveerd	16.520	11.548	189.398	15.056	12.458	41.934	0	0
Nog niet ingevuld/vrij te besteden	4.130	0	0	0	0	0	0	0

Geschatte budgetflexibiliteit in percentages

	Artikel 1	Artikel 2	Artikel 3	Artikel 4	Artikel 5	Artikel 6	Artikel 7	Artikel 8
Juridisch verplicht	53,6%	99,9%	97,8%	90%	39%	91%	97,1%	100%
Bestuurlijk gebonden	46%	0,2%	1,03%	9%	51%	1%	2,9%	0%
Beleidsmatig gereserveerd	0,4%	0,3%	1,17%	1%	10%	8%	0%	0%
Nog niet ingevuld/vrij te besteden	0,1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Vraag 124

Met welke ontwikkeling in spoedeisende hulp (SEH)-posten houdt u rekening in deze begroting? Gaat u ervan uit dat het aantal SEH's toeneemt, gelijk blijft of afneemt met de tijd?

Antwoord:

De zorg die wordt geleverd op SEH's wordt gefinancierd uit premiemiddelen. Voor de berekening van de geraamde uitgaven gebruik ik geen ramingen van het aantal SEH's. De uitgaven voor spoedeisende hulp maken deel uit van de raming van de uitgaven voor medisch-specialistische zorg. Zoals opgenomen in de Beleidsagenda acute zorg streef ik naar goede en toegankelijke acute zorg voor iedereen. Daarom richt ik mij niet specifiek op toe- of afname van het aantal SEH's, maar zet ik in op een aantal acties zoals het vervangen van de 45-minutennorm, het aanscherpen en uitbreiden van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen en het maken van regioplannen voor de acute zorg.

Vraag 125

Worden met de huidige budgetten de doelen uit het Nationaal Preventieakkoord behaald?

Antwoord:

Onderzoek van het RIVM toont aan dat er meer nodig is om de doelen van het Nationaal Preventieakkoord in 2040 te halen.²² Ik bekijk zoveel mogelijk samen met partijen hoe we effectieve acties uit het Nationaal Preventieakkoord kunnen aanvullen, intensiveren en versnellen. Waar nodig worden wettelijke maatregelen ingezet op voorspraak van het Kabinet. Het Kabinet stelt over een periode van vier jaar (2022 t/m 2025) jaarlijks € 60 miljoen beschikbaar voor een brede preventieaanpak met inzet op de thema's tabaksontmoediging, tegengaan van problematisch alcoholgebruik, preventie van overgewicht, beweegstimulering, mentale gezondheid, en lokale preventie. Er is over een periode van vier jaar jaarlijks circa € 30 miljoen extra beschikbaar voor de thema's uit het NPA (tabak, alcohol en overgewicht). Daarnaast wordt uit de aanpak (of enveloppe) Volksziekten over een periode van drie jaar nog eens circa € 74 miljoen beschikbaar gesteld voor de aanpak van overgewicht en obesitas en stoppen met roken ondersteuning en daarnaast 158 miljoen voor Gezonde leefstijl en omgeving. Met deze extra middelen kan een

²² Kamerstukken II, 32 793, nr. 584.

forse impuls worden gegeven aan preventiebeleid op genoemde thema's. Dit najaar informeer ik u over de inzet op tabaksontmoediging, de preventie van overgewicht, en het tegengaan van problematisch alcohol gebruik. Het RIVM rekent elke vier jaar de impact van de huidige inzet op de doelen voor 2040 door. Dit rapport verwacht ik medio 2023 met uw Kamer te delen.

Vraag 126

Op welke wijze zien we besparingen door preventieve maatregelen (oftewel, minder uitgave door het voorkomen van zorg) terug in de begroting?

Antwoord:

In de begroting is in het algemeen niet terug te zien welke besparingen preventieve maatregelen opleveren doordat zorg wordt voorkomen. Dit is moeilijk als zodanig met grote zekerheid aan te geven op concrete posten. Bovendien kan iemand die gebaat is bij een vaccinatie of het tijdig opsporen van een ziekte, alsnog op enig moment ziek worden of een ongeval krijgen. Een uitzondering hierop betreft valpreventie. Op basis van de MKBA die hiervoor is opgesteld, zijn de verwachte besparingen op de Zvw (pagina 175) en Wlz (pagina 187) opgenomen in de begroting.

Het feit dat schattingen over besparingen veelal niet opgenomen worden in de begroting wil niet zeggen dat er geen onderzoek plaatsvindt van mogelijke besparingen in de zorgkosten. Zoals voor maatregelen op het gebied van leefstijl of voor onderdelen uit de aanpak Kansrijke Start. Maar zoals gezegd, dergelijke investeringen bieden geen garantie dat een persoon gevrijwaard is van (andere) ziekten of ongevallen die kunnen leiden tot zorguitgaven.

Ten slotte levert het investeren in de gezondheid van Nederlanders en preventie van ziekten meer op dan enkel het voorkomen van zorg. De meerwaarde betaalt zich ook uit in het welbevinden van mensen en een gezonde beroepsbevolking. Gezondheid is het kapitaal van onze samenleving.

Vraag 127

Waarom is er geen geld vrijgemaakt voor het gordelroosvaccin?

Antwoord:

Op basis van de nu beschikbare informatie is het nog niet goed mogelijk om een precieze inschatting van de kosten voor het aanbieden van gordelroosvaccinatie te maken. Zodra hierover meer duidelijk is, kan bepaald worden welke structurele financiële middelen daarvoor nodig zijn en of er middelen daarvoor beschikbaar zijn en kan besluitvorming plaatsvinden. De eerstvolgende mogelijkheid waarbij dit vervolgens kan worden gerealiseerd is de voorjaarsbesluitvorming 2023.

Vraag 128

Hoeveel kost het om het gordelroosvaccin op te nemen in het Rijksvaccinatieprogramma? Op welke termijn zou dit kunnen als er voor 2023 budget voor zou zijn?

Antwoord:

Hoeveel het kost om het gordelroosvaccin programmatisch aan te bieden is van meerdere factoren afhankelijk, waaronder de omvang en opkomst van de doelgroep, het niet of wel (en hoe) voorzien in een inhaalcampagne, de uitvoerder en de prijs van het vaccin. Op basis van de nu beschikbare informatie is het nog niet goed mogelijk om hier een precieze inschatting van te maken.

Wanneer het – indien er structurele financiële dekking beschikbaar is – besloten is om het gordelroosvaccin aan te bieden, is op dit moment lastig in te schatten en onder meer afhankelijk van wie de uitvoerder wordt van de vaccinatie, Zoals ik in mijn reactie op het advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving over het vaccinatiestelsel van 4 juli jl. heb aangegeven²³ denk ik bij de uitvoerder aan de vaccinatievoorziening voor volwassenen. Het streven is echter altijd om, zodra besloten is om een vaccinatie programmatisch aan te bieden, dit zo snel als mogelijk te realiseren. Daarbij is het belangrijk dat dit goed en zorgvuldig gebeurt en daar is tijd voor nodig.

Vraag 129

Welke concrete stappen worden genomen om te zorgen dat meer tijd bij de huisarts niet leidt tot veel meer werk bij de huisarts? Kunt u een onderbouwing geven van hoe deze stappen tot besparing van tijd voor de huisarts leiden? Wat is uw inschatting van het benodigde aantal huisartsen in Nederland in 2023 en 2024 en hoe komt u tot die inschatting?

Antwoord:

In het Integraal Zorg Akkoord (IZA) is afgesproken om meer tijd voor de patiënt (MTVP) in de huisartsenpraktijk en huisartsenregio's verder op te schalen. De LHV, InEen en ZN leveren eind 2022 een leidraad op met randvoorwaarden voor deze verdere uitbouw van MTVP. Deze leidraad schept duidelijkheid over hoe MTVP ingezet kan worden binnen huisartsenpraktijken, waardoor het voor huisartsenpraktijken eenvoudiger wordt om MTVP binnen de praktijk in te zetten, zonder dat daar veel extra werkdruk tegenover staat. Huisartsen kunnen hiervoor een beroep doen op externe ondersteuning ten behoeve van de implementatie van MTVP.

Daarnaast is in het IZA afgesproken dat VWS de NZa verzoekt om voor 1 juli 2023 een advies te geven over hoe MTVP via de bekostiging en regelgeving maximaal structureel gefaciliteerd kan worden. Indien dit leidt tot wijzigingen in de bekostiging, zullen deze meelopen in de beleidscyclus van 2024 zodat huisartsenpraktijken de garantie krijgen dat er continuïteit is in de afspraken zodat ze de benodigde investeringen en verplichtingen voor langere termijn kunnen aangaan.

Verder is er in het IZA afgesproken in te zetten op een versterking van de eerstelijnszorg, in den brede. Een goed georganiseerde eerstelijnszorg zal ook bijdragen aan het verminderen van de werkdruk van de huisarts. Hiertoe komen partijen voor het einde van 2022 met een visie op de eerstelijnszorg van 2030 en daaraan gekoppeld ook een plan van aanpak tot 2026.

Daarnaast is in het IZA afgesproken verder in te zetten op vermindering van regeldruk met het programma [Ont]Regel de Zorg 2022–2025. Het Capaciteitsorgaan raamt de landelijke opleidingsbehoefte van huisartsen. In het Capaciteitsplan met instroomadviezen voor de periode 2021–2024 wordt geadviseerd om jaarlijks een instroom te realiseren van 921 huisartsen in opleiding. In 2022 waren er 850 plaatsen beschikbaar, in 2023 zijn er 870 plaatsen beschikbaar. Om de stijging in aantallen opleidingsplaatsen te kunnen realiseren en toe te groeien naar het instroomadvies van het Capaciteitsorgaan zijn naast voldoende kandidaten ook opleiders en praktijkopleiders nodig. Het beschikbare aantal plaatsen wordt door VWS daarom vastgesteld in overleg met veldpartijen, om zo een realistisch aantal plaatsen beschikbaar te stellen. VWS is in gesprek met de veldpartijen om afspraken te maken om zo snel mogelijk het aantal opleidingsplaatsen verder te kunnen verhogen.

²³ Kamerstuk 32 793, nr. 615.

Vraag 130

Wat gebeurt er met de extra baten uit de verhoging van de verbruiksbelasting op frisdranken? Vloeien deze terug naar preventiebudget?

Antwoord:

Overeenkomstig met het coalitieakkoord stelt het kabinet voor om per 1 januari 2023 de verbruiksbelasting van alcoholvrije dranken te verhogen, resulterend in een extra budgettaire opbrengst van € 300 miljoen. De extra opbrengst wordt conform de begrotingsregels (scheiding inkomsten en uitgaven) niet voor een specifiek doel gereserveerd.

Vraag 131

Kunt u per relevant Sustainable Development Goal (SDG) aangeven welk beleid concreet wordt uitgevoerd om deze doelen in 2030 te bereiken?

Antwoord:

Het VWS-beleid heeft tot doel de gezondheid en het welzijn van iedereen te bevorderen en draagt daarmee met name bij aan het behalen van SDG 3 (goede gezondheid en welzijn). Ook draagt VWS-beleid bij aan het behalen van SDG 2 (verbeterde voeding); SDG 4 (toegang tot kwalitatieve ontwikkeling, zorg en opvoeding, levenslang leren); SDG 5 (gendergelijkheid); SDG 6 (schoon water en sanitair); SDG 8 (waardig werk personen met een beperking); SDG 10 (inclusie van iedereen); SDG 11 (gezonde en toegankelijke leefomgeving); SDG 12 (duurzame consumptie); SDG 13 (aanpak klimaatverandering); en SDG 16 (alle vormen van geweld bestrijden). Tussen deze doelen bestaan vele dwarsverbanden. Het ene doel kan immers niet zonder het andere bereikt worden. VWS werkt op een aantal terreinen dan ook samen met andere departementen aan een gedeelde beleidsinzet.

Hieronder volgt per relevant SDG een overzicht met VWS-beleid waarmee wordt bijgedragen aan het behalen van deze (sub)doelen.

SDG 3: Goede gezondheid en welzijn

Toegang tot goede gezondheidszorg wordt bevorderd door verschillende maatregelen, waaronder de **visie en agenda kwaliteit van zorg: toegang tot goede zorg voor iedereen**²⁴, het **Programma [Ont]Regel de Zorg 2022–2025**²⁵ en het programma **De Juiste Zorg op de Juiste Plek**²⁶. Daarnaast is specifiek beleid geformuleerd over de kwaliteit en beschikbaarheid van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen en geneesmiddelenprijzen. Tevens wordt ingezet op kwalitatieve en toegankelijke zorg voor diverse doelgroepen, zoals de LHBTI-gemeenschap, jongeren, ouderen, mensen met een beperking, en mensen die een beroep moeten doen op psychogeriatrische zorg.

Het voorkomen van zowel overdraagbare als niet-overdraagbare ziekten is een belangrijke focus. Er zijn zes actielijnen voor vaccinatiebereidheid opgesteld en er zijn maatregelen genomen om invasieve exotische vectoren (zoals muggen) beter te bestrijden. Tevens worden verbeteringen van het vaccinatiestelsel verkend.²⁷ Het **Nationaal Actieplan Versterken Zoönosenbeleid**²⁸ is ontwikkeld om de risico's op het ontstaan en de verspreiding van zoönosen te verkleinen en voorbereid te zijn op een uitbraak.

²⁴ Kamerbrief visie en agenda kwaliteit van zorg: toegang tot goede zorg voor iedereen | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl.

²⁵ Kamerbrief over Programma [Ont]Regel de Zorg 2022–2025 | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl.

²⁶ Juiste Zorg op de Juiste Plek (dejuistezorgopdejuisteplek.nl).

²⁷ Kamerbrief reactie op adviezen vaccinatiestelsel | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl.

²⁸ Kamerbrief bij Nationaal actieplan versterken zoönosenbeleid | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl.

De maatregelen uit het **Nationaal Preventieakkoord**²⁹ op het gebied van roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik dragen bij aan het voorkomen van niet-overdraagbare ziekten zoals diabetes, hart- en vaatziekten, depressie en chronische aandoeningen. Wijzigingen van het **Tabaks- en rookwarenbesluit** hebben geleid tot het rookvrij maken van schoolpleinen en een uitbreiding van het rookverbod. Ook de **Drank- en Horecawet** is gewijzigd om problematisch alcoholgebruik tegen te gaan. Het **Drugspreventiebeleid** is gericht op het voorkomen van drugsgebruik, druggerelateerde gezondheidszorg en verslavingszorg. Mensen die voldoende sporten en bewegen hebben minder kans op niet-overdraagbare ziekten. Met campagnes, beweegrichtlijnen, het **Nationaal Sportakkoord**³⁰, en het **beleidsadvies Bewegen 2021–2024**³¹ wordt dit gestimuleerd.

Het omvat ook maatregelen om neonatale en kindersterfte verder terug te dringen, o.a. door inzet op gezonde leefstijl voor kwetsbare zwangeren en via het **actieprogramma Kansrijke Start**³². Het uitbannen van verkeersslachtoffers is doel van het **Strategisch plan verkeersveiligheid 2030**³³ dat ook van belang is voor een veilige en gezonde leefomgeving, in het bijzonder voor kwetsbare groepen zoals ouderen, kinderen en mensen met een beperking.

Verder wordt ingezet op preventie en verbeterde toegang tot de geestelijke gezondheidszorg, o.a. door het verminderen van wachttijden en meer opleidingsplekken. Het actieprogramma **Eén Tegen Eenzaamheid 2022–2025**³⁴ werkt aan bespreekbaar maken, doorbreken en aanpakken van eenzaamheid. Het aantal mensen dat lijdt aan depressie moet in 2030 met 30% gereduceerd zijn (ten opzichte van 2017) via het **Meerjarenprogramma depressiepreventie**³⁵, waarin wordt gewerkt aan een sluitende ketenaanpak voor mensen met een hoog risico op depressie.

Met de **Landelijke Nota Gezondheidsbeleid (LNG)**³⁶ wordt het thema gezondheid breed op de agenda gezet (Health in all policies). Er zijn ambities en handelingsperspectieven voor vier gezondheidsvraagstukken geformuleerd: het verbeteren van de gezondheid in de fysieke- en sociale leefomgeving; het verminderen van gezondheidsachterstanden; het verlagen van de druk op het dagelijks leven bij jeugd en jongvolwassenen; het bijdragen aan vitaal ouder worden.

Een gezonde en leefbare omgeving bestaat niet zonder natuur. Door de Ministeries van VWS en LNV wordt met het **Programma Gezonde Groene Leefomgeving (PGGL)**³⁷ ingezet op het ondersteunen van diverse partijen om gezondheid meer integraal en volwaardig op te nemen in beleid t.a.v. de (inrichting van de) fysieke leefomgeving.

²⁹ Maatregelen Nationaal Preventieakkoord | Gezondheid en preventie | Rijksoverheid.nl.

³⁰ Monitor Sportakkoord «Sport verenigt Nederland» | Rapport | Rijksoverheid.nl.

³¹ Kamerbrief over Nederland vitaal en in beweging | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl.

³² Kamerbrief over 5e voortgangsrapportage actieprogramma Kansrijke Start | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl.

³³ Het strategisch Plan Verkeersveiligheid 2030 Veilig van deur tot deur | Rapport | Rijksoverheid.nl.

³⁴ Kamerbrief vervolgaanpak Eén tegen eenzaamheid 2022–2025 | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl.

³⁵ Kamerbrief voortgang Meerjarenprogramma Depressiepreventie 2021 | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl.

³⁶ Aanbiedingsbrief bij Landelijke Nota Gezondheidsbeleid 2020–2024 | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl.

³⁷ Kamerbrief over randvoorwaarden programma Gezonde groene leefomgeving | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl.

SDG 2: beëindig honger, bereik voedselzekerheid en verbeterde voeding en promoot duurzame landbouw

Er is beleid geformuleerd om een gezonder aanbod van voedsel te realiseren en consumenten te helpen betere voedingskeuzes te maken. Het **Voedselbeleid** omvat vijf actielijnen die zich richten op: (1) Het verder stimuleren van een gezonde en duurzame voedselkeuze; (2) perspectieven op goede verdienmodellen voor de primaire producent in de keten; (3) transparantie en consumentenvertrouwen; (4) voedingsinterventies op specifieke doelgroepen; en (5) Nederlands voedselbeleid in een mondiale en Europese context. De doelen in het **Nationaal Preventieakkoord** om overgewicht te voorkomen, de invoering van het voedselkeuze logo Nutri-score en afspraken over productverbetering bevorderen consumptie van gezondere voeding en een gezonde voedselomgeving.

SDG 5 (gendergerelateerd geweld, toegang tot seksuele en reproductieve gezondheidszorg en reproductieve rechten) en SDG 16 (alle vormen van geweld terugschreeven)

VWS-beleid richt zich met het programma **Geweld hoort nergens thuis (2018–2021)**³⁸ op het eerder en beter in beeld krijgen en het stoppen en duurzaam oplossen van huiselijk geweld en kindermishandeling. Het programma is voor een aantal onderdelen met een jaar verlengd (tot 2022) en is vanaf juni 2022 opgegaan in het nieuwe **programma Toekomstscenario kind- en gezinsbescherming**³⁹. Binnen dit programma wordt gewerkt aan het verbeteren van de hulp aan en bescherming van gezinnen waar sprake is van onveiligheid of een ontwikkelingsbedreiging van het kind.

Het **Nationaal Actieplan soa, hiv en seksuele gezondheid: 2017–2022**⁴⁰ beoogt een integrale aanpak van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (SRGR) en de bestrijding van hiv en aids. De belangrijkste speerpunten van de **Toekomstvisie Transgenderzorg**⁴¹ zijn het terugdringen van de wachttijden en het verder ontwikkelen en toekomstbestendig maken van de transgenderzorg.

SDG 6, 11, 12, 13 verduurzaming (van de zorg) en het beperken van uitstoot

VWS-beleid raakt aan meerdere doelen gericht op verduurzaming (van de zorg) en het beperken van uitstoot. In de **Green Deal Duurzame Zorg**⁴² staan vier afspraken beschreven voor minder milieuvervuiling in de zorg: de CO₂-uitstoot moet in 2030 met 49 procent teruggebracht zijn; de inkoop in de zorg moet circulair en maatschappelijk verantwoord zijn; er moeten minder medicijnresten in het drinkwater terecht komen; en er moet sprake zijn van een gezonde werk- en leefomgeving voor zorgpersoneel en patiënten. VWS is op dit moment met partijen uit de zorg in gesprek over de volgende fase van het verduurzamen van de zorg, na afloop van de huidige Green Deal (oktober 2022).

SDG 8, 10, 11 – Mensen met een beperking

VWS-beleid gericht op een inclusieve en toegankelijke samenleving voor mensen met een beperking draagt bij aan het behalen van meerdere SDG

³⁸ Kamerbrief over Zevende voortgangsrapportage programma Geweld hoort nergens thuis | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl.

³⁹ Kamerbrief over voortgang aanpak huiselijk geweld en kindermishandeling | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl.

⁴⁰ Kamerstuk 32239, nr. 8 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen (officiëlebekendmakingen.nl).

⁴¹ Kamerbrief ontwikkelingen transgenderzorg | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl.

⁴² Aanbiedingsbrief evaluatie Green Deal zorg | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl. Jaarimpressie Programma Duurzame Zorg 2021 | Jaarverslag | Rijksoverheid.nl.

(sub)doelen. Het beleidsprogramma **Onbeperkt Meedoen! (2018–2021)**⁴³ gaf uitvoering aan de implementatie van het VN-verdrag Handicap. Doel was het verminderen van drempels voor mensen met een beperking, bijvoorbeeld op de arbeidsmarkt, bij de toegang tot gebouwen en openbaar vervoer, en het vinden van geschikte woningen. Vanuit de evaluatie van dit programma zijn vijf actielijnen opgesteld om de implementatie van het Verdrag voort te zetten.⁴⁴ Met de **Toekomst-agenda zorg en ondersteuning bij een beperking 2022–2026**⁴⁵ wordt de beweging richting duurzame, toekomstbestendige en betaalbare gehandicaptenzorg verder uitgewerkt.

Internationaal en Europees zet VWS zich ook in om de SDG's te behalen. Zo wordt bilateraal met Indiase partners samengewerkt om gezondheidssystemen te versterken, mede gericht op pandemische voorbereiding. Ook met China richt de samenwerking zich op thema's als publieke gezondheid, langdurige zorg en in toenemende mate duurzame zorg.

Tot slot, verwijs ik u voor aanvullende informatie naar het CBS rapport *Vijf jaar implementatie van de SDG's in Nederland*⁴⁶ waarin uw Kamer is geïnformeerd over het VWS-beleid dat aansluit om de SDG-subdoelen te behalen. En naar de tweede vrijwillige nationale rapportage (Voluntary National Review (VNR)) van het Koninkrijk der Nederlanden over de SDG's.⁴⁷ Hierin wordt aan de hand van een aantal samenhangende systeemopgaven, «entry points», teruggekeken op waar Nederland staat en vooruitgekeken naar kansen en uitdagingen voor de toekomst. VWS-beleid vormt onderdeel van «entry point 1: Kringlooplandbouw, biodiversiteit en voedselsysteem» en «entry point 2: menselijk welzijn.

Vraag 132

Hoeveel dak- en thuislozen verwacht u dat er zijn aan het einde van deze kabinetsperiode? Hoeveel dak- en thuislozen worden voorkomen met de extra middelen uit het coalitieakkoord?

Antwoord:

Hoeveel dak- en thuisloze mensen er zijn aan het eind van deze kabinetsperiode is moeilijk in te schatten, omdat dit afhangt van diverse factoren. De inzet van dit kabinet is dat het aantal dak- en thuisloze mensen afneemt als gevolg van de inzet op de woningbouw en als gevolg van de aanpak dakloosheid die uw Kamer eind dit jaar ontvangt. Deze aanpak zal gebaseerd zijn op twee pijlers: preventie van dakloosheid en «wonen eerst». De inzet op de woningbouw is om tot en met 2030 900.000 woningen te bouwen, waarvan 250.000 in de sociale huursector. Hiervoor zijn onder andere de middelen voor de woningbouwimpuls (totaal € 1,25 miljard) beschikbaar.

Vraag 133

Hoeveel jeugdverpleegkundigen zijn er in Nederland? Op welke manier worden deze jeugdverpleegkundigen opgeleid? Is er een opleiding tot jeugdverpleegkundige? Zo niet, hoeveel zou het kosten om een post-hbo opleiding tot jeugdverpleegkundige te financieren?

⁴³ Kamerbrief over eindrapportage Onbeperkt meedoen! 2018–2021 | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl.

⁴⁴ Kamerbrief over vervolg coördinerende aanpak implementatie van het VN-verdrag handicap | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl.

⁴⁵ Kamerbrief over uitwerking Toekomstagenda zorg en ondersteuning bij een beperking | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl.

⁴⁶ Vijf jaar implementatie van de SDG's in Nederland | Rapport | Rijksoverheid.nl.

⁴⁷ Voluntary National Review on the Sustainable Development Goals | Publicatie | Rijksoverheid.nl.

Antwoord:

Op basis van het onderzoek van het Capaciteitsorgaan gaan we uit van ca. 3100 jeugdverpleegkundigen die samen 2.200 fte werken.

Er zijn voldoende opleidingen tot jeugdverpleegkundige. Om jeugdverpleegkundige te worden kan men bijvoorbeeld de opleiding hbo-verpleegkunde (richting maatschappelijke gezondheidszorg met de minor de kraam-, kind- en jeugdzorg) volgen of de opleiding verpleegkundige maatschappij en gezondheid (M&G) (profiel jeugdverpleegkundige).

Vraag 134

Hoeveel middelen ontvangt de Nederlandse Patiëntenvereniging (NPV) van uw ministerie en op basis van welke gronden en afspraken worden deze middelen verstrekt?

Antwoord:

De (hoofdorganisatie van de) NVP ontvangt op basis van het huidige Beleidskader voor de subsidiëring van patiënten- en gehandicaptenorganisaties (2019 t/m 2023)⁴⁸ (verder: PG-Beleidskader) jaarlijks € 45.000,- aan instellingssubsidie. Het huidige PG-Beleidskader hanteert een aantal concrete criteria waaraan een patiënten- of gehandicaptenorganisatie (hier: pg-organisatie) moet voldoen om in aanmerking te komen voor instellingssubsidie. Zo moet een pg-organisatie zich blijkens de statuten én daadwerkelijke activiteiten primair en rechtstreeks richten op individuele cliënten/patiënten door middel van de drie kerntaken informatievoorziening, lotgenotencontact en/of (aandoeningsspecifieke) belangenbehartiging. Ook moet een pg-organisatie in het jaar voorafgaand aan de subsidieaanvraag (peildatum: 1 september) beschikken over ten minste honderd unieke, betalende (tenminste € 25 per kalenderjaar) leden en/of donateurs. Voor het overige zijn de standaard subsidievoorwaarden van toepassing uit de Kaderregeling subsidies OCW, SZW, VWS⁴⁹, zoals het hebben van een deugdelijke financiële administratie, een gedragscode met interne regels voor omgangsvormen, een interne klachtenregeling etc.

Daarnaast ontvangt een aantal lokale dependances van de NPV aanvullende middelen in de vorm van de jaarlijkse PTZ-subsidie (Regeling Palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis⁵⁰, verder: Regeling PTZ). Het betreft verschillende bedragen variërend van enkele honderden euro's tot een maximum bedrag van € 62.700,56 in 2022. De Regeling PTZ is per 1-1-2022 verlengd met 5 jaar.

Deze NPV organisaties ontvangen een subsidie voor de kosten van de ondersteuning van mensen in de palliatief terminale fase door deskundige vrijwilligers. De subsidie vormt een tegemoetkoming in de kosten voor de coördinatie, plaatsing en scholing van de vrijwilligers en de huisvestinglasten voor bijna-thuis-huizen en high care hospices. De insteek van de Regeling PTZ is een subsidie per cliënt ongeacht de werkelijke kosten en werkelijke opbrengsten vanuit andere financiering waarvoor de PTZ-organisaties zelf verantwoordelijk zijn. Verder is de Regeling PTZ bedoeld voor het versterken van de integratie van netwerken palliatieve zorg en netwerken integrale kindzorg en geestelijke verzorging thuis.

⁴⁸ Overheid.nl, «Besluit vaststelling beleidskader inzake subsidiëring van patiënten- en gehandicaptenorganisaties 2019–2022» (<https://wetten.overheid.nl/BWBR0041087/2020-01-01>).

⁴⁹ Overheid.nl, «Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS» (<https://wetten.overheid.nl/BWBR0037603/2022-10-01>).

⁵⁰ Overheid.nl, «Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis» (<https://wetten.overheid.nl/BWBR0022841/2022-01-01/0>).

Vraag 135

In hoeverre wordt bij de toepassing van het beleidskader subsidiëring van pg-organisaties getoetst of de activiteiten van deze organisaties zich richten op het vertegenwoordigen en ondersteunen van patiënten of dat dit (deels) gebruikt wordt voor het vormgeven van een bepaald gedach-tegoed of het beïnvloeden van beleid vanuit een religieuze opdracht?

Antwoord:

In principe komen alle pg-organisaties, mits zij voldoen aan de onder vraag 134 genoemde criteria, in aanmerking voor instellingssubsidie voor de drie subsidiabele kernactiviteiten ten behoeve van ondersteuning en vertegenwoordiging van de achterban. Het gaat dan om lotgenoten-contact, informatievoorziening en/of (aandoeningsspecifieke) belangenbe-hartiging. De jaarlijkse verantwoording van de besteding van de instel-lingssubsidie vindt hoofdzakelijk plaats op activiteitsniveau. De achterliggende vraag hierbij is of de activiteiten uit de subsidieaanvraag daadwerkelijk hebben plaatsgevonden. De verantwoordingsprocedure is gelijk voor elke pg-organisatie.

Vraag 136

Wordt de pleegoudervergoeding aangepast aan de inflatie? Zo nee, wat zou daarvan het budgettaire effect zijn?

Antwoord:

Bij aanvang van elk kalenderjaar worden de basisbedragen voor de pleegvergoeding en de toeslagen op de pleegvergoeding geïndexeerd met het procentuele verschil tussen de consumentenprijsindex (CPI) «alle huishoudens» over de julimaanden van de twee direct aan het betreffende jaar voorafgaande jaren, zoals deze gepubliceerd zijn in het Statistisch bulletin van het Centraal Bureau voor de Statistiek. De CPI is een belangrijke maatstaf voor inflatie. Voor het Wetgevingsoverleg Jeugd verwacht de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de pleegvergoedingen voor 2023 te publiceren.

Vraag 137

Welk percentage van de middelen die wordt toegekend aan de NPV wordt besteed aan activiteiten die zich richten op het vertegenwoordigen van patiënten?

Antwoord:

De NPV ontvangt op basis van het huidige PG-Beleidskader⁵¹ jaarlijks € 45.000,- aan instellingssubsidie. De instellingssubsidie is bedoeld voor de drie subsidiabele kernactiviteiten ten behoeve van ondersteuning en vertegenwoordiging van de achterban. Het gaat dan om lotgenoten-contact, informatievoorziening en/of (aandoeningsspecifieke) belangenbe-hartiging. In 2021 werd € 2.700,- (16,66 procent van de totale instellings-subsidie) uitgegeven aan activiteiten specifiek op het terrein van het vertegenwoordigen van de achterban in de vorm van belangenbehar-tiging. Voor 2022 is dit begroot op € 4.500,- (10 procent van de totale instellingssubsidie).

Vraag 138

Is er in verband met de waarschijnlijke uitbreiding van het Rijksvaccinatie-programma reeds extra budget gereserveerd voor de kosten van toekomstig te verwachten (extra) vaccinaties? Zo ja, hoeveel?

⁵¹ Overheid.nl, «Besluit vaststelling beleidskader inzake subsidiëring van patiënten- en gehandi-captenorganisaties 2019–2022» (<https://wetten.overheid.nl/BWBR0041087/2020-01-01>).

Antwoord:

Nee, op dit moment is er niet op voorhand budget gereserveerd voor te verwachten uitbreidingen. Pas als er een advies van de Gezondheidsraad ligt om een vaccinatie aan het Rijksvaccinatieprogramma toe te voegen, worden de kosten in beeld gebracht. Onder meer door contact met de vaccinproducent(en) en gesprekken met de potentiële uitvoerder(s). Voordat besluitvorming over toevoeging aan het Rijksvaccinatieprogramma kan plaatsvinden dient er ook structurele financiële dekking te zijn voor de kosten van de uitbreiding.

Vraag 139

Hoe komt het dat door de verwerking van de middellangetermijnverkenning (MTL) 2022–2025 een sterke stijging van de Zvw-uitgaven te zien is?

Antwoord:

De bijstelling als gevolg van de MLT betreft de technische verwerking van de middellange termijnverkenning (MLT) voor de volumegroei 2022–2025 van het Centraal Planbureau (CPB). De opwaartse bijstelling volgt voornamelijk uit de opwaarts bijgestelde doorwerking van de economische groei door het CPB. De totale bijstelling voor de Zvw is cumulatief tot en met 2026 € 441 miljoen (tabel 5, pagina 175 van de VWS-begroting).

Vraag 140

Hoeveel geld is er beschikbaar voor beleidsprioriteit «tenslotte willen we inzetten op duurzame zorg»?

Antwoord:

Op dit moment wordt de laatste hand gelegd aan de Green Deal Duurzame Zorg 3.0. Hierin maken partijen afspraken voor de periode 2023 tot en met 2026 om te komen tot meer duurzame zorg, in aanvulling op reeds bestaande wettelijke verplichtingen en maatregelen. Op basis van deze Green Deal wordt de komende tijd bezien of en welke ondersteuning van partijen daarbij nodig of wenselijk is en – in het verlengde daarvan – hoe duurzame zorg binnen de VWS-organisatie verder gestalte krijgt en wat er qua inzet nodig is. Daarbij wordt onderzocht, mede in het licht van het IZA en de Green Deal Duurzame Zorg 3.0, of er ruimte is om de ambities op te schroeven. Specifiek voor de reductie van narcosegassen is voor 2023 op de VWS-begroting € 0,4 miljoen beschikbaar.

Vraag 141

Kunt u de uitgaven van de Wlz op een rij zetten van de jaren 2015 tot en met 2022?

Antwoord:

In onderstaande tabel zijn de netto Wlz-uitgaven voor de jaren 2015 tot en met 2022 opgenomen.

In de VWS-begroting 2023 is op pagina 207 in tabel 13 de Wlz-uitgaven voor de jaren 2013 tot en met 2023 opgenomen.

Tabel Wlz-uitgaven 2015 t/m 2022 (bedragen in miljarden euro's)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Netto Wlz-uitgaven	17,7	18,0	18,5	19,9	22,0	24,3	26,2	28,3

Bron: VWS-cijfers ontwerpbegroting 2023

Vraag 142

Kunt u de uitgaven van de Zvw op een rij zetten van de jaren 2007 tot en met 2022?

Antwoord:

In onderstaande tabel zijn de netto Zvw-uitgaven voor de jaren 2007 tot en met 2022 opgenomen.

Tabel Zvw-uitgaven 2007 t/m 2022 (bedragen in miljarden euro's)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021 ¹	2022
Netto Zvw-uitgaven	24,0	30,2	32,4	34,0	34,5	34,7	36,5	36,1	38,6	40,6	42,0	43,6	45,6	47,6	47,9	51,0

¹ De zorguitgaven zijn in 2021 gecorrigeerd als gevolg van de technische correctieboekings van de schadelastdip ggz van – € 1,2 miljard. Per 1 januari 2022 wordt een nieuw bekostigingsmodel voor de ggz ingevoerd. In dit nieuwe model wordt voor de bekostiging niet meer gewerkt met DBC's en komt er een aparte bekostiging voor de basis-ggz. De DBC's die worden geopend in 2021 worden derhalve uiterlijk 31-12-2021 afgesloten; dit geldt ook voor de huidige bekostiging van de basis-ggz. Hierdoor is er in 2021 om technisch-administratieve redenen sprake van eenmalig lagere zorguitgaven in termen van schadelast. Deze technische aanpassing heeft geen gevolgen voor de hoeveelheid ggz die feitelijk kan worden geleverd of op de omzetten van zorgaanbieders. Er is geen sprake van een bezuiniging. Deze technische bijstelling heeft dan ook geen gevolgen voor het EMU-saldo en geen invloed op de premiehoogte.

Bron: VWS-cijfers ontwerpbegroting 2023.

Vraag 143

Kunt u de uitgaven van de jeugdzorg op een rij zetten, vanaf 2015 tot en met 2022?

Antwoord:

Het budget voor jeugdhulp is onderdeel van de Algemene Uitkering van het gemeentefonds en valt daarmee onder de beleids- en bestedingsvrijheid van gemeenten. Gemeenten hoeven hun uitgaven daarom niet te verantwoorden. Daardoor is niet precies bekend wat de uitgaven van gemeenten aan de jeugdzorg zijn. Wel dienen zij hun rekeningcijfers in het lv3-systeem in te vullen. Hieronder volgt een overzicht van de uitgaven aan Jeugd en gecombineerd Wmo en Jeugd.

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, namelijk de algemene voorzieningen inclusief wijkteams. Daarom is in de tabel vanaf 2015 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 jeugd voor het jaar 2021 zijn gebaseerd op onbewerkte lv3-gegevens, waarbij voor missende waarden is bijgeschat. Voor 2022 zijn deze nog niet bekend.

2015	€ 2.963 miljoen (Jeugd) en € 3.783 miljoen (onverdeeld Wmo en Jeugd)
2016	€ 3.126 miljoen (Jeugd) en € 3.577 miljoen (onverdeeld Wmo en Jeugd)
2017	€ 3.822 miljoen (Jeugd) en € 2.654 miljoen (onverdeeld Wmo en Jeugd)
2018	€ 4.257 miljoen (Jeugd) en € 2.773 miljoen (onverdeeld Wmo en Jeugd)
2019	€ 4.680 miljoen (Jeugd) en € 2.884 miljoen (onverdeeld Wmo en Jeugd)
2020	€ 4.858 miljoen (Jeugd) en € 2.838 miljoen (onverdeeld Wmo en Jeugd)
2021	€ 5.278 miljoen (Jeugd) en € 3.021 miljoen (onverdeeld Wmo en Jeugd)

Bron: CBS, op basis van gemeentelijke rekeningcijfers lv3 (lv3: Informatie voor derden, het format voor gemeenten op basis van het Besluit begroting en verantwoording provincies en gemeenten). Het betreft de netto lasten van gemeenten.

Vraag 144

Kunt u de uitgaven van beschermd wonen op een rij zetten, vanaf 2015 tot en met 2022?

Antwoord:

De uitgaven voor beschermd wonen maken deel uit van de totale uitgaven aan de Wmo. Gemeenten leveren via het lv3-systeem (informatie voor derden) informatie aan over hun begroting en hun daadwerkelijk 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. Hieronder wordt een overzicht weergegeven van de uitgekeerde budgetten betreft beschermd wonen vanaf 2015 tot en met 2022.

Jaar	Uitgekeerd budget
2015	€ 1,4 miljard
2016	€ 1,4 miljard
2017	€ 1,5 miljard
2018	€ 1,6 miljard
2019	€ 1,8 miljard
2020	€ 1,9 miljard
2021	€ 1,5 miljard ¹
2022	€ 1,5 miljard ¹

¹ Dit budget is lager dan in 2020 vanwege de openstelling van de Wet langdurige zorg (Wlz) voor mensen met een psychische stoornis per 1 januari 2021. Op dit moment wordt een breed onderzoek uitgevoerd naar de gevolgen van de (verhoogde) overgang van cliënten beschermd wonen van de Wmo naar de Wlz vanaf 2021. Dit onderzoek wordt dit najaar verwacht en ik streef er naar om het op dat moment met uw Kamer te delen. Onderdeel van dit onderzoek is ook een feitelijke analyse van de kosten die gemeenten maken voor cliënten beschermd wonen («voor» en «na»). Voor de jaren 2021 en 2022 zijn daarom schattingen opgenomen.

Vraag 145

Kunt u de uitgaven van dagbesteding en begeleiding op een rij zetten, vanaf 2015 tot en met 2022?

Antwoord:

De uitgaven voor dagbesteding en begeleiding maken onderdeel uit van de totale uitgaven aan de Wmo 2015. In het antwoord op vraag 146 zijn de totale uitgaven aan de Wmo 2015 op een rij gezet voor de jaren 2007 t/m 2021. 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. BZK heeft met inbreng van VWS het lv3-systeem herijkt. Vanaf de begroting over

2023 leveren gemeenten op een hoger detailniveau gegevens over de baten en lasten van individuele voorzieningen Wmo 2015 en Jeugd aan, waaronder ook gegevens over dagbesteding en begeleiding.

Vraag 146

Kunt u de uitgaven van de Wmo op een rij zetten, vanaf 2007 tot en met 2022?

Antwoord:

Met de decentralisaties van de Participatiewet, Jeugdwet en Wmo zijn per 2015 de lv3-functies⁵² voor het sociaal domein gewijzigd. Een aantal nieuwe lv3-functies betreft zowel de Wmo 2015 als Jeugd. Daarom is in de tabel voor 2015 tot en met 2021 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.

In de volgende tabel zijn de gemeentelijke uitgaven aan de Wmo voor het jaar 2021 gebaseerd op onbewerkte lv3-gegevens, waarbij voor missende waarden is bijgeschat. Voor 2022 zijn deze nog niet bekend.

Tabel:

Jaar	Uitgaven
2007	€ 2.910 miljoen (Wmo)
2008	€ 3.104 miljoen (Wmo)
2009	€ 3.322 miljoen (Wmo)
2010	€ 3.724 miljoen (Wmo)
2011	€ 3.705 miljoen (Wmo)
2012	€ 3.684 miljoen (Wmo)
2013	€ 3.501 miljoen (Wmo)
2014	€ 3.485 miljoen (Wmo)
2015	€ 4.098 miljoen (Wmo) en € 3.783 miljoen (onverdeeld Wmo en Jeugd)
2016	€ 4.121 miljoen (Wmo) en € 3.577 miljoen (onverdeeld Wmo en Jeugd)
2017	€ 5.127 miljoen (Wmo) en € 2.654 miljoen (onverdeeld Wmo en Jeugd)
2018	€ 5.393 miljoen (Wmo) en € 2.773 miljoen (onverdeeld Wmo en Jeugd)
2019	€ 5.883 miljoen (Wmo) en € 2.884 miljoen (onverdeeld Wmo en Jeugd)
2020 ¹	€ 6.400 miljoen (Wmo) en € 2.888 miljoen (onverdeeld Wmo en Jeugd)
2021 ²	€ 6.040 miljoen (Wmo) en € 3.021 miljoen (onverdeeld Wmo en Jeugd)

¹ Voorlopige data.

² Op basis van lv3-data met missende waarden bijgeschat.

Bron: CBS.

Vraag 147

Kunt u een overzicht geven van de totale uitgaven in de verpleeghuiszorg, vanaf 2010 tot en met 2022?

⁵² Informatie voor Derden (lv3) is een informatiesysteem met financiële informatie van gemeenten, provincies en gemeenschappelijke regelingen. lv3 bevat gegevens uit de begroting, kwartaalcijfers en jaarrekening. lv3 wordt ingevuld door gemeenten, provincies en gemeenschappelijke regelingen.

Antwoord:

Onderstaande tabel toont de uitgaven aan intramurale verpleeghuiszorg vanaf 2010 tot en met 2021, alsmede de totale uitgaven aan verpleeghuiszorg voor de jaren 2021 en 2022.

De bedragen voor intramurale verpleeghuiszorg waren ook opgenomen in de beantwoording op de schriftelijke Kamervragen bij de ontwerpbegroting 2022 van VWS. Met ingang van de ontwerpbegroting 2023 is de begrotingsindeling van de Wlz-uitgaven aangepast, zodat hieruit de totale uitgaven aan verpleeghuiszorg kunnen worden afgeleid.

Voor 2021 zijn de uitgaven zowel gepresenteerd op grond van de intramurale verpleeghuiszorg als de uitgaven op grond van de totale verpleeghuiszorg (deze zijn hier gedefinieerd als de zorguitgaven via de contracteerruimte en het pgb-kader voor cliënten met een indicatie voor verpleeghuiszorg). Voor de periode voor 2021 alleen de uitgaven op grond van de intramurale verpleeghuiszorg bekend.

Tabel: Uitgaven verpleeghuiszorg (Wlz) 2010–2022 (bedragen x € 1 miljard)

	Intramurale verpleeghuiszorg	Totale verpleeghuiszorg
2010	7,4	
2011	7,7	
2012	8,7	
2013	8,4	
2014	8,6	
2015	8,5	
2016	8,8	
2017	9,2	
2018	10,1	
2019	11,7	
2020	12,7	
2021	13,8	14,9
2022		15,9

Bron: VWS-cijfers Ontwerpbegrotingen 2010 t/m 2022.

Vraag 148

Kunt u toelichten waarom er bij de totstandkoming van het IZA niet gekeken is naar de manier waarop de informele zorg een bijdrage kan leveren aan het oplossen van de (financiële) uitdagingen in de zorg?

Antwoord:

Er zijn in het integrale zorgakkoord wel degelijk afspraken gemaakt over informele zorg. Zo zetten de ondertekenende partijen volop in op passende zorg. Daarbij is afgesproken dat partijen de uitgangspunten vanuit het kader passende zorg hanteren. Eén van die uitgangspunten is dat passende zorg begint bij zelfzorg en informele zorg. Pas als dit onvoldoende bijdraagt, sluit formele zorg aan.

Daarnaast is één van de bijzondere elementen van het integraal zorgakkoord dat er afspraken zijn gemaakt over preventie en het sociaal domein. Gemeenten zijn – gezien hun brede verantwoordelijkheid in het sociale en preventieve domein – goed in staat om passende en integrale ondersteuning en zorg te bieden aan (kwetsbare) mensen en de sociale basis, waaronder mantelzorgers. Om tot een effectieve aanpak te komen is het van belang dat de medische, de verpleegkundige en de gemeentelijke sociale expertise goed worden benut. Daarom is het belangrijk dat ook de VNG het integraal zorgakkoord heeft ondertekend.

Vraag 149

Hoe wilt u de financiering van elektronische gegevensuitwisseling organiseren? Komt daarvoor ruimte in de wijze van declareren door de instellingen?

Antwoord:

De financiering van elektronische gegevensuitwisseling zal in eerste instantie uit de bedrijfsvoeringmiddelen van zorginstellingen zelf moeten komen. Op dit moment onderzoek ik of en in welke mate zorginstellingen in de financiering van elektronische gegevensuitwisseling kunnen worden ondersteund uit bijvoorbeeld de transitiemiddelen van het IZA. Ik streef ernaar om met de voorjaarsnota van 2023 een meerjarige uitwerking van de middelen uit het coalitieakkoord t.b.v. standaardisatie gegevensuitwisselingen met uw Kamer te kunnen delen.

Vraag 150

Wanneer moeten de standaardisatie van de ICT-systemen van gemeenten en aanbieders eenduidiger en eenvoudiger zijn?

Antwoord:

Met het traject gestart rondom het wetsvoorstel Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg worden reeds stappen gezet in de standaardisatie van ICT-systemen. Deze stapsgewijze aanpak werpt op gebieden zijn schaduw vooruit. Door het wetsvoorstel, indien ook aangenomen door de Eerste Kamer, worden ICT-systemen verplicht aangepast volgens afgesproken eisen en standaarden zodat zij eenvoudiger en eenduidiger zijn in de uitwisseling van elektronische gegevens. Bij de beoogde inwerkingtreding van dit wetsvoorstel halverwege 2023 wordt ook de eerste gegevensuitwisseling verplicht. Het wetsvoorstel geldt ook voor overheden zoals gemeenten voor zover zij gezien kunnen worden als zorgaanbieder. Dit kan zich bijvoorbeeld voordoen in de jeugdgezondheidszorg.

Vraag 151

Wordt landelijke samenwerking voor de inkoop van specialistische jeugdzorg verplicht? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Het wetsvoorstel «Wet verbetering beschikbaarheid zorg voor jeugdigen» verplicht gemeenten tot regionale samenwerking bij de inkoop en organisatie van bepaalde vormen van (specialistische) jeugdhulp (waaronder de specialistische jeugd-ggz), specialistische jeugdhulp in strafrechtelijk kader, kinderbeschermingsmaatregelen en jeugdreclasering. In dit wetsvoorstel wordt tevens contractering op landelijke schaal geborgd.

Momenteel wordt een beperkt aantal specialistische zorgvormen gecontracteerd middels het Landelijk Transitie Arrangement (LTA), een set landelijke afspraken die de VNG namens de gemeenten heeft gemaakt met de betreffende aanbieders van jeugdhulp. In het kader van de Hervormingsagenda jeugd wordt gezien wat de beste manier is om de landelijke contractering vorm te geven en welke zorgvormen hiervoor in aanmerking komen.

Vraag 152

Op welke manier gaat u het maken van excessieve winsten in de jeugdzorg aanpakken?

Antwoord:

Met het Wetsvoorstel «integere bedrijfsvoering zorgaanbieders» worden voorwaarden geïntroduceerd aan winstuitkering voor jeugdhulpaan-

bieders en worden wettelijke normen gesteld om negatieve gevolgen van tegenstrijdige belangen binnen zorgorganisaties te voorkomen. Daarnaast is de Staatssecretaris van VWS in het kader van de Hervormingsagenda Jeugd in gesprek met partijen in de zogenoemde vijfhoek (naast het Rijk en VNG, aanbieders, professionals en cliënten) over een betere inkoop van zorg door gemeenten op basis van goede inkoopprocedures, verantwoording van geleverde zorg en het voorschrijven hoe zorgvuldiger tot een reële prijs te komen.

Vraag 153

Op welke manier wordt het verminderen van administratieve lasten wettelijk verplicht? Welke wetten kan de Kamer tegemoet zien?

Antwoord:

Er is geen voornemen om het verminderen van administratieve lasten wettelijk af te dwingen. Een dergelijke verplichting acht VWS niet werkbaar en uitvoerbaar. Wel is het zo dat onder andere in het Integraal Zorgakkoord met de bij dit vraagstuk betrokken partijen afspraken zijn gemaakt over de ambitie en het gezamenlijk commitment om de administratieve lasten te verminderen. Daarnaast heeft de Minister voor LZS in haar brief van vóór de zomer (Kamerstukken 29 515, nr. 480) uiteengezet langs welke lijnen zij deze periode aan de slag gaat met het verminderen van de ervaren administratieve lasten in de zorg. Onderdeel hiervan is «beleid dat beter werkt in de praktijk»: het verminderen en voorkomen van regeldruk als gevolg van wet- en regelgeving van VWS. Daartoe brengt VWS de verwachte effecten van nieuwe beleidsvoornemens ten aanzien van de regeldruk vooraf in kaart, en wanneer deze substantieel zijn, worden deze getoetst met een praktijkcheck. Het Adviescollege Toetsing Regeldruk adviseert in beginsel over alle voorgestelde wet- en regelgeving. Daarnaast zoekt VWS voortdurend naar mogelijkheden voor versimpeling en versoepeling in bestaande wet- en regelgeving. De Minister voor LZS heeft u hier recent een aantal voorbeelden van geschetst (Kamerstukken 29 515, nr. 482). Op deze manier is er in zowel nieuwe als bestaande wet- en regelgeving aandacht voor mogelijke vermindering van administratieve lasten.

Vraag 154

Waarom denkt u dat het aanscherpen en aanvullen van acties uit het Nationaal Preventieakkoord gaan werken, als dit eerder niet het geval was?

Antwoord:

Onderzoek van het RIVM laat zien dat er meer nodig is om de doelen van het NPA in 2040 te halen.⁵³ Dit Kabinet investeert fors meer in de doelen van het NPA. Er bestaan geen eenvoudige oplossingen voor preventie met direct tastbaar resultaat. De inzet op preventie vraagt om een lange adem en vergt inzet van ons allemaal om tot een normverandering te komen voor gezonde keuzes. De doorrekening van de huidige inzet door het RIVM wordt medio 2023 opgeleverd. Zie ook mijn antwoord op vraag 125.

Vraag 155

Hoeveel mensen/kinderen hebben hun sportabonnement het afgelopen jaar opgezegd?

Antwoord:

Het exacte aantal opzeggingen is niet duidelijk. Wel duidelijk is dat het aantal opzeggingen nagenoeg gelijk is als het aantal nieuwe aanmeldingen in het afgelopen jaar. De sportdeelnameindex van NOC*NSF

⁵³ Kamerstukken II, 32 793, nr. 584.

rapporteert namelijk dat op 1 juli 2022 16 procent van de 5 tot 80-jarigen abonnee/klant/cursist van een fitnesscentrum of andere (commerciële) sportaanbieder. Dat percentage is gelijk aan dezelfde maand een jaar eerder toen ook 16 procent abonnee/klant/cursist was.

Vraag 156

Voor hoeveel mensen is sporten in een sportclub of bij een vereniging onbetaalbaar geworden?

Antwoord:

Voor hoeveel mensen sporten in een sportclub of bij een vereniging inbetaalbaar is geworden, is niet eenvoudig vast te stellen. Wel weten we door de contributiemonitor van het Mulier Instituut dat de contributies en toegangsprijzen nagenoeg gelijk bleven tussen 2017 en 2021 wanneer gecorrigeerd werd voor inflatie. En in dezelfde periode bleven de sportdeelname en lidmaatschappen eveneens gelijk. Deze cijfers gaan niet over het afgelopen jaar, maar geven inzicht in het werkende mechanisme tussen prijsstijging en sportdeelname.

Vraag 157

Hoe lang zijn de wachtlijsten voor zwemles?

Antwoord:

Op veel plaatsen gaat het om een wachttijd van ongeveer een half jaar die op sommige plaatsen kan oplopen tot een jaar.

Vraag 158

Hoe groot is het tekort aan zwemdocenten?

Antwoord:

De inschatting is dat het gaat om een tekort van enkele honderden zwemdocenten.

Vraag 159

Hoeveel zwembaden verkeren in financiële moeilijkheden?

Antwoord:

Het precieze aantal is moeilijk in beeld te brengen. Daar zijn geen harde cijfers over beschikbaar. NOC*NSF heeft geïnventariseerd dat 200 van de 637 openbare zwembaden in Nederland in de loop van 2022 niet meer te exploiteren zouden zijn. Deze aantallen zijn niet concreet te onderbouwen, maar geven wel een beeld van de impact. Uit inventarisatie blijkt dat 75% van de exploitanten van openbare zwembaden in 2022 of 2023 te maken krijgt met een aflopend energiecontract. Daarnaast worden grote exploitanten getroffen door de Rusland-sancties, omdat zij daardoor de contracten met Gazprom moeten opzeggen. Het is in de huidige markt niet mogelijk om tegen lage tarieven een nieuw contract af te sluiten. Exploitanten geven aan dat deze stijgingen ertoe leiden dat het exploiteren van zwembaden op korte tot middellange termijn onhaalbaar wordt.

Vraag 160

Hoeveel sportclubs/verenigingen verkeren in financiële moeilijkheden?

Antwoord:

Hier zijn geen concrete en actuele cijfers over beschikbaar. In algemene zin is de financiële situatie van sportclubs mede dankzij de coronasteun gemiddeld genomen stabiel, zo blijkt uit onder meer de Monitor Sport en Corona van het Mulier Instituut. Wel zullen de stijgende energielasten impact gaan hebben op de financiële gezondheid van verenigingen, met name de circa 11.000 verenigingen die een eigen energiecontract hebben.

Veertig procent van de sportaanbieders geeft aan nu een variabel energiecontract te hebben of binnen een jaar te krijgen. Deze aanbieders krijgen daardoor te maken met hogere energielasten. Op basis van een eerste inventarisatie bij clubs geeft NOC*NSF aan dat verenigingen een stijging van de energielasten verwachten van 50 tot 100%.

Vraag 161

Hoeveel operationele ic-bedden zijn er op dit moment? Met hoeveel wordt dit uitgebreid in de periode 2023–2027?

Antwoord:

Het LNAZ geeft aan hoeveel IC-bedden er landelijk beschikbaar moeten zijn.

Uit de update van 28 september 2022 van het LCPS blijkt dat de operationele IC-capaciteit op dit moment 1011 bedden bedraagt.

Zorgverzekeraars en ziekenhuizen maken afspraken om vanaf 2023 te komen tot een basiscapaciteit van 1150 IC-bedden via reguliere contractering. Het is de bedoeling dat deze bedden, indien nodig, ingezet kunnen worden, zonder dat andere zorg daarvoor moet worden afgeschaald.

Bij een eventuele stijging van het aantal covid-patiënten, is mogelijk opschaling boven de 1150 IC-bedden nodig. Het LNAZ werkt momenteel aan een herijkt opschalingsplan, waarvan opschaling tot meer dan 1150 IC-bedden een onderdeel is. Dit plan wordt medio oktober 2022 verwacht. Op basis daarvan wordt gezien wat nodig is de komende periode. Met ondersteuning vanuit de subsidieregeling IC-opschaling (2020–2022) is door apparatuur en inventaris aangeschaft voor maximaal 1700 bedden. Deze apparatuur moet in een noodscenario ingezet kunnen worden.

Voor de langere termijn wordt gewerkt aan een flexibele opschaling van zorgcapaciteit. Een flexibele opschaling vraagt om paraatheid op verschillende vlakken, waaronder brede inzetbaarheid van personeel, zodat indien nodig medewerkers flexibel kunnen worden ingezet. De stijgende zorgvraag in combinatie met de brede arbeidsmarktkrapte maakt het niet realistisch om in te zetten op het vergroten van het aantal zorgmedewerkers. De komende tijd zal daarom ten behoeve van de flexibele opschaling ingezet worden op het optimaal benutten van sociale en technologische innovatie en het flexibel opleiden van medewerkers zodat brede inzetbaarheid wordt geborgd.

Vraag 162

Wat is de status van de nationale zorgreserve? Hoeveel reservisten zijn er? Wat is hun gemiddelde scholing?

Antwoord:

Op dit moment wordt de Nationale Zorgreserve uitgevoerd door het private initiatief Extra Zorg Samen. Op 29 september 2022 hadden zich 1348 zorgreservisten aangemeld bij Extra Zorg Samen. Hieronder treft u een overzicht van het opleidingsniveau van de inschreven zorgreservisten. Het is voor de zorgreservisten momenteel niet verplicht het opleidingsniveau in te vullen. Uitgangspunt is dat de zorgreservist bekwaam is. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgorganisatie om het opleidingsniveau en diploma's te verifiëren.

Opleidingsniveaus	Aantal zorg-reservisten
VMBO 1 en MBO niveau 2	21
MBO niveau 3 verzorgende	135
MBO niveau 4 verpleegkundige	226
HBO niveau 5 en 6 verpleegkundige	477
Master verpleegkundig specialist en Physician-assistant	18
Onbekend/niet ingevuld door reservist	471
	1.348

Vraag 163

Hoeveel persoonlijke beschermingsmiddelen zijn er momenteel op voorraad in het kader van pandemische paraatheid? Waar bevinden deze voorraden zich? Worden er nog tekorten aan persoonlijke beschermingsmiddelen verwacht? Zo ja, om welke middelen gaat het en welke sectoren worden hierdoor getroffen? Hoeveel persoonlijke beschermingsmiddelen kunnen in geval van een pandemie in eigen land worden geproduceerd?

Antwoord:

Bureau LCH (onderdeel van het Agentschap CIBG) beheert tot 1 januari 2024 de minimale noodvoorraad beschermingsmiddelen voor de zorg die resteert van hetgeen is ingekocht tijdens de eerste golven van de coronacrisis. Dit betreft zes maanden piekverbruik, berekend als een gemiddelde van de eerste twee coronagolven, voor chirurgische mondklappers (46,3 mln stuks), FFP-2 maskers (6,1 mln stuks) en medische handschoenen (100,2 mln stuks). De zorg kan daar een beroep op doen mochten de reguliere kanalen niet aan de vraag kunnen voldoen. Op dit moment zijn daar geen signalen over.

De productiecapaciteit in Nederland tijdens een pandemie is afhankelijk van verschillende factoren. Garanties over beschikbare opschaaibare productiecapaciteit kunnen middels een aanbesteding van opschaaibare productiecapaciteit worden verkregen. Ik onderzoek de mogelijkheid van een dergelijke aanbesteding voor enkele PBM. Recent is uw Kamer kritisch geweest over de inkoop van PBM. Hier trek ik lessen uit die ik betrek bij de vraag of we via een aanbesteding moeten investeren in (opschaaibare) productiecapaciteit. Om een zorgvuldige afweging te maken is tijd nodig om alle informatie te achterhalen over de voor- en nadelen van deze optie en van de mogelijke alternatieven. De uitkomsten van dit onderzoek ontvangt uw Kamer vóór het kerstreces.

Vraag 164

Welke rol spelen de zorgverzekeraars bij het inkopen van voorraden beschermingsmiddelen? Kunnen verzekerden zelf persoonlijke beschermingsmiddelen inkopen en deze declareren bij hun zorgverzekeraar?

Antwoord:

Persoonlijke beschermingsmiddelen vallen niet onder de inkoop van extramurale hulpmiddelen door zorgverzekeraars. Ook vallen deze beschermingsmiddelen niet onder het verzekerde pakket en kunnen dan ook niet gedeclareerd worden. Wel kunnen medisch kwetsbaren in thuisisolatie, mensen die om een medische reden geen coronavaccin kunnen ontvangen, mantelzorgers en PGB-hulpverleners van mensen met een kwetsbare gezondheid (tot eind 2022) onder voorwaarden via de apotheek aanspraak maken op persoonlijke beschermingsmiddelen en/of zelftesten.

Vraag 165

Hoe worden de producenten betrokken bij de verkenning naar voorraadvorming?

Antwoord:

In de expertgroep beschikbaarheid medische (hulp)middelen Covid-zorg worden de mogelijkheden van voorraadvorming besproken. De Federatie van technologiebranches (FHI) vertegenwoordigt de producenten van medische hulpmiddelen in deze expertgroep.

Vraag 166

Hoe gaat u interoperabiliteit afdwingen?

Antwoord:

Voor het afdwingen van interoperabiliteit lopen momenteel diverse initiatieven. Een belangrijk initiatief is het wetsvoorstel Elektronische gegevensuitwisseling in de Zorg (Wegiz). Daarin worden bij een spoor 2 aanwijzing afspraken gemaakt omtrent taal en techniek die ervoor zorgen dat systemen gegevens goed met elkaar kunnen uitwisselen en data zo min mogelijk aan betekenis verliest.

Vraag 167

Is de optelsom van de genoemde bedragen die zien op gegevensuitwisseling en het verzamelen van data voldoende om de zorg digitaal efficiënt te laten functioneren?

Antwoord:

De optelsom van de in de begroting opgenomen bedragen die toezien op gegevensuitwisseling en het verzamelen van data is nog niet voldoende om de zorg digitaal efficiënt te laten functioneren. Er wordt integraal gekeken naar de financiering en bekostiging van elektronische gegevensuitwisseling. Voor gegevensuitwisselingen bestaan zowel incidentele als structurele kosten waarvoor een voorstel voor bekostiging wordt uitgewerkt. Ik streef ernaar om met de voorjaarsnota van 2023 een meerjarige uitwerking van de middelen uit het coalitieakkoord t.b.v. standaardisatie gegevensuitwisselingen met uw Kamer te kunnen delen.

Vraag 168

Bent u bereid om initiatieven die vanuit het veld breed gedragen worden, zoals Onconext, te ondersteunen?

Antwoord:

Voor het verder verbeteren van elektronische uitwisseling in de zorg is draagvlak en betrokkenheid van het veld essentieel. Derhalve probeer ik het zorgveld hierbij zo veel mogelijk te betrekken. Voor de talrijke initiatieven die op het gebied van elektronische gegevensuitwisseling tot stand komen zal gekeken worden of, waar en op welke manier deze ondersteund kunnen worden.

Vraag 169

Valt onder het inzetten op geneesmiddelenontwikkeling en -productie dichtbij huis ook het vereenvoudigen van een academische route voor geneesmiddelen ontwikkeling en productie?

Antwoord:

Ja, dat valt daar onder, maar met de kanttekening dat dit geldt voor de *ontwikkeling* van geneesmiddelen en niet voor de *productie* van geneesmiddelen.

De inzet die ik samen met mijn collega van EZK doe ten aanzien van FAST (centre for Future Affordable and Sustainable Therapy development) ziet bijvoorbeeld toe op het realiseren van een loket- en wegwijsfunctie waar informatie over therapieontwikkeling wordt ontsloten⁵⁴. Dit is belangrijk voor zowel academische groepen, publiek-private samenwerkingsverbanden als voor bedrijven, in het bijzonder voor het MKB, die essentieel zijn bij de verdere stappen van de ontwikkeling en de productie van een geneesmiddel.

Recent is uw kamer geïnformeerd dat een coördinerend expertisecentrum geneesmiddelontwikkeling wordt gerealiseerd bij de uitwerking van FAST⁵⁵, mede op aanbeveling van het KNAW (Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen) rapport over geneesmiddelontwikkeling⁵⁶. Met een uitgebreid netwerk van partners (vanuit patiënten, academie, bedrijven en overheid) is FAST van plan aan oplossingen te werken voor complexe vraagstukken in het proces van therapieontwikkeling en stelt het, binnen gezamenlijk geprioriteerde focusgebieden, expertise en advisering beschikbaar.

Vraag 170

Op welke wijze wordt er geïnvesteerd in de Nederlandse productiecapaciteit van essentiële medische producten? Zijn hier al afspraken over gemaakt? Wordt er geïnvesteerd in bestaande bedrijven of instituten? Zo ja, welke? Zo nee, waaruit bestaat de investering dan?

Antwoord:

Ja, hier wordt op verschillende manieren in geïnvesteerd. In nauwe samenwerking met het Ministerie van EZK wordt ingezet op verschillende instrumenten die het aantrekkelijk maken voor fabrikanten om medicijnontwikkeling- en productie in Nederland te doen. Ik doe dit niet via afspraken met, of investeringen in, *individuele* bedrijven. Zo heeft mijn ministerie, met steun van het Ministerie van EZK, met succes het PharmaNL-voorstel ingediend bij het nationaal groeifonds⁵⁷. Ook neemt Nederland deel aan de eerste ronde van de IPCEI Health⁵⁸ met als doel (duurzamere) geneesmiddelenproductie in de EU en Nederland te stimuleren. Verder investeren we in het beschikbaar hebben voldoende gekwalificeerd personeel in Nederland. Hiermee kan vaccinproductie in de EU of Nederland sneller worden opgeschaald tijdens een pandemische dreiging.

Voor vervolgacties wordt nu het bestaande Nederlandse productielandschap voor geneesmiddelen in kaart gebracht, om meer inzicht te krijgen in welke rol Nederland kan spelen in het verminderen van afhankelijkheden en kwetsbaarheden in de productieketens. Bijvoorbeeld door behoud van (opschaalbare) productiecapaciteit van geneesmiddelen, in combinatie met (nood)voorraden van werkzame stoffen. Ik bekijk dit zo veel mogelijk in samenhang met de inzet van andere lidstaten en de Europese Commissie.

⁵⁴ Tweede Kamer, vergaderjaar 2020–2021, 29477; 33 009, nr. 707.

⁵⁵ Tweede Kamer, vergaderjaar 2021–2022, 29477; 32 805, nr. 754.

⁵⁶ KNAW (2021). *Efficiency gains through innovation in medicines development: how can science contribute?*, Amsterdam.

⁵⁷ PharmaNL | Projecten ronde 2 | Nationaal Groeifonds.

⁵⁸ IPCEI staat voor «Important Project of Common European Interest», in het Nederlands «belangrijk project van gemeenschappelijk Europees belang». Dit is een geïntegreerd Europees project dat bestaat uit meerdere nationale projecten van bedrijven en/of onderzoeksinstellingen uit diverse EU-lidstaten die complementair zijn, synergie hebben en bijdragen aan strategische Europese doelen.

Ik onderzoek daarnaast de mogelijkheid van een aanbesteding voor (opschaalbare) productiecapaciteit van enkele persoonlijke beschermingsmiddelen in Nederland. De uitkomst ontvangt u vóór het Kerstreces.

Ook zet ik in op een belangrijke rol voor de Europese gezondheidsorganisatie HERA (*Health Emergency preparedness and Response Authority*) om te investeren in het beschikbaar houden van essentiële productiecapaciteit in de EU voor medische producten die kritisch zijn bij een volgende (gezondheids)crisis. In dat kader investeert de Europese Commissie nu via HERA in voldoende opschaalbare productiecapaciteit voor vaccins bij een volgende (gezondheids)crisis. Consortia van Nederlandse en Europese bedrijven bieden hierbij hun productiecapaciteiten aan.

Vraag 171

Welke lessen uit de coronaperiode zijn meegenomen in de langetermijnstrategie COVID-19?

Antwoord:

Vanaf het begin van de coronacrisis is door verschillende instanties, adviesraden en andere organisaties onderzoek gedaan naar de vele aspecten van het COVID-19 beleid en naar de maatschappelijke gevolgen ervan. Over COVID-19 zijn veel waardevolle rapporten en adviezen gepubliceerd.

Veel van deze lessen (zowel nationaal als internationaal) hebben we meegenomen in het opstellen van de langetermijnstrategie. Een belangrijke koerswijziging, op basis van de lessen, is dat het kabinet met de komst van de langetermijnstrategie uitgaat van twee gelijkwaardige en nevengestelde doelen: de toegankelijkheid van de gehele zorgketen voor iedereen én de sociaal-maatschappelijke en economische continuïteit/vitaliteit. De oprichting van het MIT naast het OMT, draagt bij aan het borgen dat er in de besluitvorming een gedegen afweging plaatsvindt tussen de epidemiologische en maatschappelijke impact van eventuele maatregelen.

Op basis van eventuele nieuwe inzichten zullen we de langetermijnaanpak COVID-19 aanscherpen waar nodig. De rapporten van de OVV en de WRR nemen we hierin mee.

Vraag 172

Welke verschillende scenario's voor de lange termijn van COVID-19 zijn er meegenomen in deze begroting? Wat is de impact van de verschillende scenario's op deze begroting?

Antwoord:

De WRR en de KNAW hebben in september 2021 vijf scenario's uiteengezet hoe de corona epidemie zich verder kan ontwikkelen: verkoudheid, griep+, externe dreiging, continue strijd en het worstcasescenario. Deze scenario's liggen aan de basis van de langetermijnstrategie COVID-19. De WHO heeft onlangs aangegeven dat het einde van de coronapandemie in zicht is. Toch is voorzichtigheid geboden, zo zegt ook de WHO: het coronavirus is nog niet weg. Het blijft lastig om het verloop van het virus te voorspellen. Het is dan ook belangrijk dat we voorbereid blijven op de verschillende scenario's. De WRR onderstreept dit in haar rapport van 4 september jl. Het is van belang dat we in 2023, afhankelijk van de epidemiologische situatie, over instrumenten zoals monitoring, vaccinaties, testen en een juridisch instrumentarium beschikken om de sociaal-maatschappelijke en economische continuïteit/vitaliteit en toegankelijkheid van de gehele zorgketen te waarborgen. In de begroting

is daarom rekening gehouden met kwetsbare groepen zodat deze getest kunnen worden of specifieke doelgroepen zelftesten ontvangen. Als het nodig is om een hervaccinatie aan te bieden, kan dit worden aangeboden. Daarnaast blijven we investeren in de monitoring van het virus, zodat we op tijd kunnen anticiperen op ontwikkelingen.

Vraag 173

Maken geneesmiddelen ook deel uit van de langetermijnstrategie COVID-19? Zo nee, waarom niet? Zijn er inmiddels effectieve geneesmiddelen tegen COVID-19?

Antwoord:

Het beschikbaar maken van geneesmiddelen tegen COVID-19 speelt sinds het begin van de pandemie een belangrijke rol in mijn strategie. Er zijn inmiddels meerdere behandelopties voor COVID-19 ontwikkeld, waarvan de meeste ook in Nederland beschikbaar zijn. De effectiviteit van deze geneesmiddelen verschuift met nieuwe mutaties. Zo zijn enkele geneesmiddelen die eerder een belangrijke rol speelden in de behandeling van COVID-19, inmiddels niet meer bruikbaar.

Naast specifiek voor COVID-19 ontwikkelde behandelingen, spelen ook andere geneesmiddelen een belangrijke rol, zoals IL-6 remmers. Deze geneesmiddelen zijn o.a. voor reuma ontwikkeld, maar worden ook ingezet in de behandeling van COVID-19. Tevens is er een breed scala aan geneesmiddelen die op de intensive care worden gebruikt en dus ook ingezet bij de behandeling van patiënten met COVID-19.

In het beschikbaar houden en het voorkomen van tekorten van al deze geneesmiddelen heeft het tijdens de coronacrisis opgerichte Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (hierna: LCG) een belangrijke rol gespeeld. De kennis en kunde die zij hierin hebben meegebracht en opgebouwd, wil ik graag in de toekomst blijven inzetten voor het zoveel als mogelijk tegengaan van geneesmiddelentekorten, zowel in crisistijd als daarbuiten, en het mitigeren van de gevolgen van tekorten.

Voor de specifieke COVID-behandelingen geldt dat ik ook op de lange termijn zoveel als mogelijk terug wil naar een situatie waarin deze via de reguliere route op de markt worden gebracht – dit is de snelste en meest veilige weg. Centrale inkoop moet hierbij alleen nog bij zeer hoge uitzondering een optie zijn. Daarnaast zijn er op Europees gebied ook verscheidene trajecten gestart om te leren van de ervaringen met gezamenlijke vaccin- en geneesmiddeleninkoop.

Vraag 174

Klopt het dat u geen antivirale middelen/geneesmiddelen zal inzetten als onderdeel van uw langetermijnstrategie COVID-19?

Antwoord:

Dit klopt niet. De beschikbaarheid van geneesmiddelen is van groot belang, ook voor de lange termijn. Leidend hierin is wat de behandelaren aangeven nodig te hebben om goede zorg te leveren. Ik zal me er dan ook altijd voor inzetten dat deze geneesmiddelen beschikbaar zijn – bij voorkeur via de normale route, maar indien nodig ook via andere wegen, zoals Europese of bilaterale inkoop.

Vraag 175

Zou het niet goed zijn om in het verlengde van de verkenning van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) ook te laten onderzoeken hoe ervoor gezorgd kan worden dat innovatieve vaccins voor ouderen ook

snel beschikbaar komen? Bent u bereid de RVS te verzoeken om een vervolgonderzoek te doen?

Antwoord:

In mijn reactie op de verkenning van de RVS heb ik reeds aangegeven aandacht te hebben voor het verkorten van de tijd tussen de registratie van een vaccin en de toediening ervan in de praktijk. Ik ben en blijf daarover met de betrokken partijen in gesprek en informeer uw Kamer over de uitkomsten daarvan. Ik ben niet voornemens de RVS te vragen om hier vervolgonderzoek naar te doen.

Vraag 176

Heeft u zicht op de vaccins die de komende jaren zullen worden geïntroduceerd?

Antwoord:

Ja. Het RIVM organiseert zo'n 2 tot 3 keer per jaar de zgn. horizonscan. De horizonscan geeft vaccinbedrijven de mogelijkheid om overheidsorganisaties (waaronder het RIVM, de Gezondheidsraad, het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, het Zorginstituut Nederland en het Ministerie van VWS) te informeren over vaccins waar zij aan werken en wanneer deze – naar verwachting – in Nederland beschikbaar komen.

Vraag 177

Hoe kunt u waarborgen dat met de advisering en besluitvorming rondom de introductie van innovatieve vaccins geen kostbare tijd, en daardoor gezondheidswinst, wordt verloren?

Antwoord:

Zoals ik in mijn beleidsreactie op de verkenning van de RVS heb aangegeven, die op 4 juli jl. naar uw Kamer is gestuurd, is het verkorten van de tijd tussen registratie van een vaccin en toediening ervan een belangrijk aandachtspunt. Over de mogelijkheden hiertoe ben en blijf ik met de betrokken partijen in gesprek. Ik merk daarbij wel op dat ik het ook belangrijk vind dat implementatie van een nieuw vaccin goed en zorgvuldig gebeurt. Daar is ook tijd voor nodig.

Vraag 178

Waarom is voor dak- en thuislozen alleen over het jaar 2023 geld begroot? Wat is er gebeurd met de middelen uit het coalitieakkoord?

Antwoord:

De middelen ten behoeve van de aanpak dakloosheid worden structureel gereserveerd op de Aanvullende Post van het Ministerie van financiën voor dit doeleinde. Omdat op dit moment nog gewerkt wordt aan het lange termijn plan voor de aanpak van dakloosheid worden de middelen voor 2024 en verder naar verwachting bij voorjaarsnota 2023 overgeheveld naar de begroting van VWS.

Vraag 179

Kunt u specificeren waar in 2023 de ruim € 200 miljoen wordt uitgegeven die is uitgetrokken voor pandemische paraatheid? Waarom is het bedrag van € 15 miljard voor coronazorg niet toegevoegd aan de staatsschuld, net zoals de NOW, TOZO, TOGS, etc.? Wie gaat deze rekening betalen?

Antwoord:

In 2023 trekt het kabinet € 200 miljoen uit voor de versterking van onze pandemische paraatheid. Zo komen er kennis- en innovatieprogramma's op het gebied van virusverspreiding en ventilatie en wordt er gewerkt aan een effectievere monitoring en surveillance, om goed zicht te houden op (potentiële) pandemieën. Er wordt geïnvesteerd in een versterkingspro-

gramma voor de GGD'en en de ICT-infrastructuur in de publieke gezondheidszorg. Vanaf 2023 zal ook de Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding (LFI) operationeel zijn, die bij een (volgende) pandemie de coördinerende rol op zich neemt in de uitvoering van de bestrijding. Ook wordt geïnvesteerd in kennis, opleidingen en een cyclus van leren en verbeteren in instellingen voor langdurige zorg. Daarnaast komen er onder andere 800 plaatsen bij voor de opleiding Basis Acute Zorg. Dit najaar zal de kamer nader worden geïnformeerd over het beleidsprogramma.

De uitgaven voor de bestaande COVID-19 gerelateerde maatregelen op de VWS begroting zijn generaal gefinancierd en komen daarmee ten laste van de staatsschuld. Hiermee sluit dit aan bij de NOW, TOZO en TOGS regelingen.

Vraag 180

Kunt u het verschil toelichten tussen de investering in pandemische paraatheid van € 300 miljoen voor 2023 uit het coalitieakkoord en de investering in pandemische paraatheid van € 203 miljoen in de VWS-begroting voor 2023?

Antwoord:

Het in het coalitieakkoord benoemde bedrag van € 300 miljoen is structureel beschikbaar vanaf 2024. Volgens het coalitie akkoord was 240 mln beschikbaar gesteld voor 2023. In 2023 is vooralsnog € 218 miljoen beschikbaar gesteld. Voor de resterende middelen dient nog besluitvorming plaats te vinden over de besteding

Vraag 181

Bent u zich bewust van het gat in de begroting van € 36.120.00 voor onderzoek naar en de aanpak van Alzheimer, obesitas en kanker? Hoe gaat u dit herstellen?

Antwoord:

Uw Kamer wordt binnenkort door de Minister van VWS, de Minister voor LZS en de Staatssecretaris van VWS geïnformeerd over de voorgenomen besteding van de coalitiemiddelen voor volksziektes. In tabel 2 van de memorie van toelichting bij de begroting zijn voor het onderzoek naar en de aanpak van volksziektes per abuis niet alle belangrijke beleidsmatige uitgavenmutaties die dit jaar hebben plaatsgevonden meegenomen. Het totaalbedrag lijkt hierdoor lager. In onderstaande tabel zijn de juiste cijfers opgenomen. Deze bedragen, verdeeld over verschillende posten, zijn beschikbaar op de VWS-begroting voor onderzoek naar en de aanpak van volksziektes (bedragen zijn afgerond op € 0,5 miljoen). Op de aanvullende post bij Ministerie van Financiën staat nog € 6 miljoen gereserveerd. We onderzoeken of we deze middelen in latere jaren beschikbaar maken voor leefstijlgeneeskunde en het proefbevolkingsonderzoek borstkanker.

Bedragen in € miljoen	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Totaal
Gezonde leefstijl en omgeving	0,5	48,0	50,5	51,0	4,5	4,0	158,5
Obesitas		21,5	20,5	20,5			62,5
Lacunes kanker		11,0	9,5	8,5			29,0
Dementie		13,0	15,5	15,5			44,0
Aanvullende Post							6,0
Totaal	0,5	93,5	96,0	95,5	4,5	4,0	300,0

Vraag 182

Welke aanleiding was er om het budget voor onderzoek naar volksziektes per jaar te verlagen?

Antwoord:

Uw Kamer wordt binnenkort door de Minister van VWS, de Minister voor LZS en de Staatssecretaris van VWS geïnformeerd over de voorgenen besteding van de coalitiemiddelen voor volksziektes. In tabel 2 van de memorie van toelichting bij de begroting zijn voor het onderzoek naar en de aanpak van volksziektes per abuis niet alle belangrijke beleidsmatige uitgavenmutaties die dit jaar hebben plaatsgevonden meegenomen. Het totaalbedrag lijkt hierdoor lager. In onderstaande tabel zijn de juiste cijfers opgenomen. Deze bedragen, verdeeld over verschillende posten, zijn beschikbaar op de VWS-begroting voor onderzoek naar en de aanpak van volksziektes (bedragen zijn afgerond op € 0,5 miljoen). Op de aanvullende post bij Ministerie van Financiën staat nog € 6 miljoen gereserveerd. We onderzoeken of we deze middelen in latere jaren beschikbaar maken voor leefstijlgeneskunde en het proefbevolkingsonderzoek borstkanker.

Bedragen in € miljoen	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Totaal
Gezonde leefstijl en omgeving	0,5	48,0	50,5	51,0	4,5	4,0	158,5
Obesitas		21,5	20,5	20,5			62,5
Lacunes kanker		11,0	9,5	8,5			29,0
Dementie		13,0	15,5	15,5			44,0
Aanvullende Post							6,0
Totaal	0,5	93,5	96,0	95,5	4,5	4,0	300,0

Vraag 183

Welke acties verwacht u per jaar vanuit het budget pandemische paraatheid te vervullen? Hoe verhouden deze zich tot de bedragen die genoemd worden in tabel 7 op bladzijde 33–34?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 179. Er wordt ingezet op kennis- en innovatie-programma's, de GGD'en de ICT-infrastructuur worden versterkt en de LFI zal vanaf volgend jaar deels operationeel zijn. Verder wordt geïnvesteerd in kennis, opleidingen en een cyclus van leren en verbeteren in instellingen voor langdurige zorg en worden opleidingsmogelijkheden in de zorg uitgebreid. Daarnaast wordt ingezet op monitoring en surveillance en wordt aangesloten op internationale trajecten. De hiermee genoemde middelen zijn terug te vinden onder «pandemische paraatheid» in tabel 7.

Vraag 184

Waarom lopen de begrote investeringen in het griepvaccin tot 2025 nog op, en nemen ze daarna weer af?

Antwoord:

Tot en met 2025 is voor de begroting van het Nationaal Programma Grieppreventie uitgegaan van een opkomstpercentage van 70% voor de inkoop van vaccins. Vanaf 2026 wordt vooralsnog uitgegaan van een opkomstpercentage van 66%.

Vraag 185

Waarom staat de evaluatie van de Herziening Jeugdzorg gepland voor 2024? Is dit logisch in het tijdspad van de hervormingsagenda en kan er dan nog wat mee gedaan worden?

Antwoord:

De evaluatie van de Hervormingsagenda zal een onderdeel vormen van de afspraken in de Hervormingsagenda. Deze evaluatiemomenten worden gebruikt om de balans op te maken ten aanzien van de uitvoering en bij te sturen waar nodig. Binnen het kader van de Hervormingsagenda zal bezien worden wat de precieze aangewezen momenten hiervoor zijn. De in de Hervormingsagenda af te spreken monitoring en de evaluatiemomenten vormen gezamenlijk de basis voor de beleidsevaluatie in het kader van de Strategische Evaluatieagenda VWS.

Vraag 186

Wat zijn de resultaten van de Strategische Evaluatie Agenda (SEA) op de onderzoeksvragen: Wat is de impact van de landelijke maatregelen/interventies op de leefstijl? Welke doelgroepen worden bereikt met de maatregelen/interventies? Welke interventies werken wel en welke lijken niet te werken?

Antwoord:

Ieder jaar monitort het RIVM de voortgang van de doelen en afspraken uit het Nationaal Preventieakkoord. Uw kamer is begin juli jl. over de voortgangsrapportage van 2021 geïnformeerd.⁵⁹ Op basis van de voortgangsinformatie is ervoor gekozen om het Preventieakkoord te verbreden met mentale gezondheid en bewegen en meer aandacht te hebben voor jongvolwassenen en mensen met gezondheidsachterstanden. Het RIVM heeft in 2021 geïnventariseerd welke aanvullende maatregelen nodig zijn op de doelen te bereiken. Het RIVM rekent elke vier jaar ook de impact van de huidige inzet op de doelen voor 2040 door. Dit rapport verwacht ik medio 2023 met uw Kamer te delen. Zie ook de antwoorden op vraag 125 en 154.

Vraag 187

Hoe vaak wordt er gebruik gemaakt van de heupairbag?

Antwoord:

Het is onbekend hoe veel ouderen precies gebruikmaken van de heupairbag. Het hulpmiddel wordt door ten minste 60 zorgorganisaties ingezet (bron: Heupairbag vangt klap op voor ouderen: minder heup- en bekkenfracturen na val | LUMC). Het programma «Anders Werken in de zorg» zet in op opschaling van onder andere de heupairbag als nieuwe kansrijke technologie. Deze inzet laat een positieve waardebeoordeling zien (Bron: Heupairbag (vilans.nl)).

Vraag 188

Waar worden de middelen precies voor ingezet voor de nog samen te stellen «leefstijlcoalitie» en voor het creëren van een «basisinfrastructuur voor geoormerkt en doelgericht investeren in preventie op lokaal niveau én met regionale gezondheidsarrangementen»?

Antwoord:

In 2023 worden er middelen beschikbaar gesteld ten behoeve van structurele inbedding van bewezen effectieve leefstijl als (onderdeel van de) behandeling in of vanuit de curatieve zorg. Om hier uitvoering aan te geven wordt een brede leefstijlcoalitie in het veld ingericht. De coalitie zal zich richten op o.a. onderzoek, richtlijnen, onderwijs, patiënten en implementatie.

⁵⁹ Kamerstukken II, 32 793, nr. 616. De eerdere voortgangsrapportages over 2019 en 2020 zijn op respectievelijk 22 juni 2020 en 5 juli 2021 met uw Kamer gedeeld. Kamerstukken II, 32 793, nr. 484; Kamerstukken II, 32 793, nr. 557.

Op dit moment lopen er gesprekken met ZonMw, Patiëntenfederatie Nederland en TNO over de exacte invulling van de activiteiten van de leefstijlcoalitie. In totaal is er in 2023 circa € 12 miljoen beschikbaar voor de activiteiten van de leefstijl coalitie.

De middelen uit het preventieakkoordbudget voor het creëren van een basisinfrastructuur worden ingezet via gemeenten. Gemeenten hebben een belangrijke rol in het bevorderen van gezondheid. Deze rol wordt via de specifieke uitkering en met bestuurlijke afspraken in het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) versterkt. De middelen zijn bedoeld voor gemeenten om meer inzet te kunnen plegen op de uitvoering van coördinatie en benodigde samenwerking met relevante professionals uit de verschillende gemeentelijke domeinen alsook met het curatieve domein. Dit laatste speelt met name op regionale schaal. In het IZA zijn op hoofdlijnen reeds afspraken gemaakt over regionale samenwerking met de zorgverzekeraars op preventie, de zogenaamde regionale preventie-infrastructuur.

Vraag 189

Welke oorzaken liggen ten grondslag aan de relatief grote stijging van de ervaren goede gezondheid in jaren bij mannen ten opzichte van vrouwen?

Antwoord:

Er is geen eenduidige verklaring voor de relatief grote stijging van de ervaren goede gezondheid in jaren bij mannen ten opzichte van vrouwen. Bij ervaren gezondheid spelen namelijk meerdere factoren een rol. Zo zijn vrouwen later in de tijd (meer) gaan roken, terwijl dit bij mannen al dalende was. Dit kan dus een dempende werking hebben gehad op de stijging van ervaren goede gezondheid in jaren bij vrouwen. Tevens weten we dat vrouwen vaker dan mannen chronische aandoeningen hebben zoals migraine en chronische gewrichtsontsteking. Dit brengt ook een dempende werking teweeg in vergelijking met de stijging bij mannen. Dit is slechts een deel van de mogelijke verklarende factoren.

Vraag 190

Wat zijn de gevolgen voor de zorgkosten als het roken, overgewicht en overmatig alcoholgebruik is teruggedrongen en de doelen uit het Nationaal Preventieakkoord behaald worden?

Antwoord:

De zorguitgaven als gevolg van roken, alcoholgebruik, ongezonde voeding en weinig bewegen bedragen 9 miljard euro per jaar (VTV 2018). Naast zorguitgaven, leidt ongezond gedrag ook tot aanzienlijke maatschappelijke kosten (denk aan verzuim, verminderde productiviteit) en een afname van de kwaliteit van leven. Indien de ambities van het Nationaal Preventieakkoord in 2040 behaald worden, zal dit zorgen voor een afname aan ziekten en zorg gerelateerd aan roken, alcoholgebruik en overgewicht en zullen de zorgkosten als gevolg hiervan dalen. De verbeterde leefstijl en verminderde gerelateerde ziekten zullen naar verwachting ook een gunstig effect hebben op de levensverwachting. Voor deze ouder wordende bevolking zullen vervolgens mogelijk andere zorgkosten gemaakt worden door de hogere zorgkosten van mensen op hoge leeftijd. Hoe groot dit effect precies is, is niet eenvoudig vast te stellen. Het totale effect op de zorgkosten is daarmee niet in te schatten.

Vraag 191

Heeft u bewust besloten niet alle soorten kanker te benoemen bij de aanpak van onder andere kanker, gezien diverse soorten kankers veroorzaakt worden door virussen (hepatitis B, HPV) en vaccinatie deze

typen kan helpen voorkomen? Zo ja, waarop baseert u dat besluit? Zo nee, gaat u virusinfectie als oorzaak van kanker toevoegen?

Antwoord:

Uw Kamer wordt binnenkort door de Minister van VWS, de Minister voor LZS en de Staatssecretaris van VWS uw Kamer over de inzet van de middelen die de coalitie beschikbaar heeft gesteld voor onderzoek naar en de aanpak van volksziektes. Behalve in te zetten op de genoemde ziektes (kanker, obesitas en dementie) richten we ons ook op belangrijke risicofactoren voor deze ziektes. Dit kunnen omgevingsfactoren zijn, leefstijlfactoren of persoonsgebonden factoren, zoals het hebben van een virus.

Bij de uiteindelijke keuze van maatregelen zit er geen specifiek interventie gericht op de rol van virussen bij het ontstaan van kanker, omdat daar al veel inspanningen op zijn gericht. Met de coalitiemiddelen voor volksziektes zetten we wel in op een aantal lacunes rond onderzoek naar en de aanpak van kanker, zoals het gebruik van contrastmammografie bij het bevolkingsonderzoek borstkanker en het vergroten van het bewustzijn over huidkanker. Daarnaast wordt er aandacht besteed aan het meer toegankelijk maken van de bevolkingsonderzoeken kanker voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Nieuwe inzichten over hoe deze doelgroep(en) beter te bereiken kunnen ook worden toegepast bij andere programma's, zoals de HPV-vaccinatiecampagne, die een belangrijke rol speelt bij het voorkomen van baarmoederhalskanker.

Los van de aanpak van volksziektes wordt al geruime tijd ingezet op het tegengaan van virussen die kanker veroorzaken. Voor de HPV-vaccinatie worden sinds dit voorjaar naast meisjes ook jongens uitgenodigd, en is de vaccinatieleeftijd verlaagd naar 9 jaar. Dit is gecombineerd met een grootschalige inhaalcampagne tot 18 jaar. Bovendien zal begin 2023 worden gestart met een aanvullende campagne voor jongvolwassenen.

Alle kinderen in Nederland krijgen een vaccinatie tegen hepatitis B aangeboden via het Rijksvaccinatieprogramma. Gratis vaccinatie wordt ook via de GGD aangeboden aan groepen die risico lopen, zoals mannen die seks hebben met mannen en sekswerkers. Mensen die werken in de zorg of op een andere manier tijdens hun werk contact kunnen hebben met bloed worden gevaccineerd via hun werkgever.

In het kader van het actieplan «Vol vertrouwen in vaccinaties» wordt ingezet op het verhogen van de vaccinatiegraad.

Vraag 192

Hoeveel lager had de zorgpremie per persoon (per maand en per jaar) kunnen zijn als de € 439 miljoen euro was ingezet voor het verlagen van de zorgpremie?

Antwoord:

Het antwoord gaat er vanuit dat met de € 439 miljoen wordt gedomd op de middelen ten behoeve van zelftesten. Deze uitgaven vallen niet onder de premie gefinancierde zorg maar onder de begrotingsgefinancierde uitgaven. Daarom hebben deze middelen geen effect op de hoogte van de zorgpremie.

Vraag 193

Wat is precies het effect van de maatregel op de lasten en op de zorgpremie?

Antwoord:

Het antwoord gaat er vanuit dat met de maatregel wordt gedoeld op de middelen ten behoeve van pandemische paraatheid. Deze uitgaven vallen niet onder de premie gefinancierde zorg maar onder de uit begrotingsgefinancierde uitgaven. Daarom hebben deze middelen geen effect op de hoogte van de zorgpremie.

Vraag 194

Welke ZonMw projecten stoppen waardoor er € 43 miljoen euro minder wordt uitgegeven?

Antwoord:

De afname van het ZonMw budget met € 43 miljoen in 2023 wordt voornamelijk veroorzaakt door de lagere uitgaven voor COVID-onderzoek en de overheveling van het budget van de middelen voor Maatschappelijke Diensttijd naar de begroting van OCW.

Vraag 195

Waarom duurt het nog tot 2024 voordat het eerste rotavirusvaccin wordt gebruikt?

Antwoord:

Met de structurele financiële middelen wordt de rotavirusvaccinatie onderdeel van het Rijksvaccinatieprogramma en kan het RIVM – samen met de uitvoerende partijen – verder met de implementatie hiervan. Het is belangrijk dat dit goed en zorgvuldig gebeurt. Er moeten onder andere afspraken worden gemaakt met de (beoogde) uitvoerders, professionele richtlijnen en communicatiematerialen worden ontwikkeld, registratie worden aangepast en vaccins worden ingekocht via een aanbestedingsprocedure. Daar is tijd voor nodig.

Vraag 196

Welke opvolging wordt budgettair gegeven aan het advies van de Gezondheidsraad over het bekender en toegankelijker maken van vaccins buiten het Rijksvaccinatieprogramma?

Antwoord:

Er heeft nog geen besluitvorming plaatsgevonden over het advies van de Gezondheidsraad «Evaluatie schema Rijksvaccinatieprogramma» waarin de raad adviseert om sommige vaccinaties die niet in het RVP zitten, maar die voor individuen gezondheidswinst kunnen opleveren, beter bekend en toegankelijk te maken. Om die reden is nog niet bekend welke budgettaire opvolging er mogelijk gegeven dient te worden aan het advies. Op dit moment verkent RIVM samen met de koepelorganisaties van de jeugdgezondheidszorg de implicaties van het advies voor de praktijk. Zoals benoemd in de Kamerbrief bij de aanbidding van het advies van de Gezondheidsraad⁶⁰, zal de Kamer zo snel mogelijk geïnformeerd worden over de beleidsreactie op het advies. In het kader hiervan zullen de mogelijke budgettaire gevolgen inzichtelijk worden gemaakt en meegenomen worden in de verdere besluitvorming.

Vraag 197

Wat is de reden voor de steeds afnemende budgetten voor ZonMw-onderzoeken? Op welke manier kan extra budget voor onderzoek worden toegevoegd?

⁶⁰ Vergaderjaar 2021–2022, kamerstuk 32 793, nummer 634.

Antwoord:

De afnemende budgetten voor ZonMw-onderzoeken zijn het gevolg van het aflopen van programma's. Bij het verlenen van een opdracht aan ZonMw wordt voor de duur van het programma middelen overgeboekt naar het ZonMw budget vanuit andere artikelen binnen en buiten de VWS-begroting. Bij nieuwe opdrachtverleningen kan het budget voor onderzoek weer toenemen.

Vraag 198

Wat is de reden dat het budget voor ziektepreventie zo drastisch is gedaald? Wat wordt nu niet meer gedaan en zal de komende jaren niet meer worden gedaan?

Antwoord:

De afname van het budget ziektepreventie in de komende jaren wordt veroorzaakt door de lager ingeschatte uitgaven voor corona.

Vraag 199

Waar is de invoer van de rotavirusvaccinatie terug te zien in de begroting? Klopt het dat de post «subsidies (Regelingen) – Vaccinaties» en «bijdragen aan agentschappen – vaccinaties» niet toenemen per 2024?

Antwoord:

Het budget voor de invoering van de rotavirusvaccinatie is opgenomen onder het instrument «bijdragen aan agentschappen – vaccinaties». Doordat in de budgetten tot en met 2023 incidentele uitgaven zijn opgenomen voor de inhaalcampagne HPV-vaccinatie, is dit niet direct terug te zien in de budgetten vanaf 2024.

Vraag 200

Welke partijen ontvangen in het kader van pandemische paraatheid een bedrag en met welk doel?

Antwoord:

Uiteenlopende partijen ontvangen middelen vanuit het programma pandemische paraatheid. Onder andere de GGD'en, het RIVM, ZonMw, Wageningen University & Research, RVO, het European Partnership on Pandemic Preparedness, de Coalition for Epidemic Preparedness Innovations en TNO. De middelen worden ingezet voor de versterking van de GGD'en, versterking van het ICT/IV landschap, de opleiding van Infectieziektebestrijdings (IZB)-artsen en uitbreiding Niveleilstations. Tevens wordt ingezet op het verder inrichten van de landelijke functionaliteit infectieziektebestrijding (LFI), doorontwikkeling van monitoring en surveillance (waaronder rioolwater), aansluiting op internationale trajecten door het RIVM, Zoönosen en versterken kennisbasis RIVM. Verder wordt ingezet op therapieontwikkeling en kennisprogrammering waarvoor respectievelijk RVO en ZonMw belangrijke partners zijn. Ook wordt geïnvesteerd in internationale samenwerking en kennisontwikkeling. In 2023 wordt het reeds in 2022 opgestarte ventilatieonderzoek door TNO gecontinueerd. Daarnaast kunnen opleidende zorginstellingen in aanmerking komen voor subsidie in het kader van de BAZ-opleiding. Ook wordt ingezet op het technisch mogelijk maken van elektronische gegevensuitwisseling via De Nederlandse kennisorganisatie voor digitale informatievoorziening in de zorg (Nictiz).

Vraag 201

Kan worden uitgesplitst welke subsidies vallen onder «medische ethiek» en welk bedrag waaraan wordt toegekend in de tabel op pagina 34?

Antwoord:

Hieronder vindt u de subsidies die vallen onder «medische ethiek»:

- Uitvoering van de subsidieregeling Kunstmatige inseminatie met donorsemen (KID) € 8,6 mln.
- Landelijke Indicatiecommissie Pre-implantatie Genetische Testen € 0,05 mln.
- Nederlands Genootschap van Abortusartsen € 0,15 mln.
- KNMG-SCEN-artsen € 0,7 mln.
- Implementatie Europese Verordening Clinical trials € 0,6 mln.

Vraag 202

Wordt de heupairbag ook ingezet in het kader van valpreventie?

Antwoord:

De heupairbag is een mooie innovatie die zich richt op fractuurpreventie bij kwetsbare ouderen die zorg ontvangen. De heupairbag kan zowel intramuraal in een verpleeghuis als thuis worden gebruikt. Er zijn wel een aantal criteria waaraan voldaan moet worden om de heupairbag succesvol in te kunnen zetten. De heupairbag moet opgeladen worden. Er moet gehandeld worden als de heupairbag af gaat (nieuwe patronen inzetten). Er moet gemonitord worden of de cliënt de heupairbag comfortabel en op de juiste momenten draagt. Er zijn strikte in- en exclusiecriteria met betrekking tot onder andere de heupomtrek van de client.

Het laatst bekende onderzoek (Tijdsbesparende technologie in de ouderenzorg, april 2021, aangeboden aan Uw Kamer bij brief van 12 juli 2021, Kamerstukken 2020–2021, 27 529, 266) naar de daadwerkelijke inzet van de heupairbag komt uit op een aantal van 100 heupairbags die ingezet worden in een pilotfase, terwijl de schatting is dat er potentieel 8000 intramuraal zouden kunnen worden ingezet. Ook voor «thuis» zijn er goede voorbeelden te noemen zoals blijkt uit het Actieprogramma Zorg en Innovatie 2019–2022 van Den Haag. Doel van dit actieprogramma is optimaal bij te dragen aan het gezond thuis kunnen wonen van Haagse inwoners met behulp van technologische innovaties, waarmee de zorg en ondersteuning van jong tot oud slimmer kan worden georganiseerd. De heupairbag is onderdeel van de Haagse aanpak.

Ook in het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) wordt in actielijn 5 «Arbeidsmarkt en Innovatie» de heupairbag genoemd als één van de goede voorbeelden. De slimme inzet van digitale zorg en ondersteuning zoals de heupairbag, wordt in het kader van deze actielijn onder andere gestimuleerd met de Stimuleringsregeling E-health Thuis (SET). Daarnaast is in deze actielijn opgenomen dat het zorgtransformatiemodel van Zorgverzekeraars Nederland en de door het Ministerie van VWS in samenspraak met partijen ontwikkelde ondersteuningsstructuur voor de inzet van innovatie, actief wordt ingezet om de beweging naar een innovatief ecosysteem te maken en bewezen technologieën en zorgprocessen op te schalen. Een vergelijkbare opgave staat in het Integraal Zorgakkoord.»

Vraag 203

Hoe wordt de gebundelde specifieke uitkering voor de aanpak van gezondheidsachterstanden verdeeld en waar is die verdeling op gebaseerd? Kan er een overzicht gegeven worden van de verdeling van deze specifieke uitkering op gemeenteniveau?

Antwoord:

De gebundelde specifieke uitkering wordt op dit moment vormgegeven. Er is daardoor nog geen verdeling op gemeenteniveau te geven. De regeling zal eind dit jaar worden gepubliceerd.

De intentie is om de regeling open te stellen voor alle gemeenten. De Kamer wordt eind dit jaar geïnformeerd over het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en de gebundelde specifieke uitkering.

Vraag 204

Wat is de reden dat in de begroting voor 2023 geen middelen zijn opgenomen voor de implementatie van het advies van de Gezondheidsraad over het bekender en toegankelijker maken van vaccins buiten het Rijksvaccinatieprogramma?

Antwoord:

Over het advies van de Gezondheidsraad «Evaluatie schema Rijksvaccinatieprogramma» waarin de raad adviseert om sommige vaccinaties die niet in het RVP zitten, maar die voor individuen gezondheidswinst kunnen opleveren, beter bekend en toegankelijk te maken, heeft nog geen besluitvorming plaatsgevonden. Zoals benoemd in de Kamerbrief bij de aanbieding van het advies van de Gezondheidsraad⁶¹, zal de Kamer zo snel mogelijk geïnformeerd worden over de beleidsreactie op het advies. In het kader hiervan zullen de mogelijke budgettaire gevolgen inzichtelijk worden en zo nodig meegenomen worden in de besluitvorming.

Vraag 205

Hoeveel budget is gereserveerd voor het voorkomen van zoönosen en wat zal met dit budget worden gedaan?

Antwoord:

Op 6 juli jl. hebben de Ministers van VWS, LNV en de Minister voor N&S het Nationaal actieplan versterken zoönosenbeleid aan uw Kamer aangeboden (Kamerstuk II, 2021/22, 25 295, nr. 1935). Het actieplan strekt zich uit over de volle breedte van One Health en omvat zowel onze nationale als internationale inzet. Het plan richt zich op preventie (het voorkomen van zoönosen), detectie en respons (signaleren en bestrijden van zoönosen). Met het actieplan wordt het merendeel van de aanbevelingen van de commissie Bekedam opgevolgd. Voor de versterking van het zoönosenbeleid is in 2023 € 2,7 mln. en structureel € 3,7 mln. beschikbaar uit het programma Pandemische Paraatheid. Vanuit ditzelfde programma wordt op kennis en innovatie geïnvesteerd via een kennisprogramma door ZonMw, dat zich onder andere richt op zoönose. Verder wordt ingezet op de versterking van monitoring en surveillance. De bovengenoemde middelen zijn bedoeld ter versterking van het zoönosenbeleid. Daarnaast investeren VWS en LNV reeds vanuit de reguliere budgetten in de aanpak van zoönosen. De precieze middelen voor het zoönose beleid buiten PDPP kunnen niet op korte termijn worden uitgezet. Die zitten namelijk verweven in bestaande budgetten.

Vraag 206

Hoeveel budget is gereserveerd voor het signaleren en bestrijden van zoönosen en wat zal met dit budget worden gedaan?

Antwoord:

Op 6 juli jl. hebben de Ministers van VWS, LNV en de Minister voor N&S het Nationaal actieplan versterken zoönosenbeleid aan uw Kamer aangeboden (Kamerstuk II, 2021/22, 25 295, nr. 1935). Het actieplan strekt zich uit over de volle breedte van One Health en omvat zowel onze nationale als internationale inzet. Het plan richt zich op preventie (het voorkomen van zoönosen), detectie en respons (signaleren en bestrijden van zoönosen). Met het actieplan wordt het merendeel van de aanbevelingen van de commissie Bekedam opgevolgd. Voor de versterking van

⁶¹ Vergaderjaar 2021–2022, kamerstuk 32 793, nummer 634.

het zoönosenbeleid is in 2023 € 2,7 mln. en structureel € 3,7 mln. beschikbaar uit het programma Pandemische Paraatheid. Vanuit ditzelfde programma wordt op kennis en innovatie geïnvesteerd via een kennisprogramma door ZonMw, dat zich onder andere richt op zoönose. Verder wordt ingezet op de versterking van monitoring en surveillance. De bovengenoemde middelen zijn bedoeld ter versterking van het zoönosenbeleid. Daarnaast investeren VWS en LNV reeds vanuit de reguliere budgetten in de aanpak van zoönosen. De precieze middelen voor het zoönose beleid buiten PDPP kunnen niet op korte termijn worden uitgezet. Die zitten namelijk verweven in bestaande budgetten.

Vraag 207

Hoeveel budget is gereserveerd voor de opvolging van de aanbevelingen van de commissie Bekedam en wat zal met dit budget worden gedaan?

Antwoord:

Op 6 juli jl. hebben de Ministers van VWS, LNV en de Minister voor N&S het Nationaal actieplan versterken zoönosenbeleid aan uw Kamer aangeboden (Kamerstuk II, 2021/22, 25 295, nr. 1935). Het actieplan strekt zich uit over de volle breedte van One Health en omvat zowel onze nationale als internationale inzet. Het plan richt zich op preventie (het voorkomen van zoönosen), detectie en respons (signaleren en bestrijden van zoönosen). Met het actieplan wordt het merendeel van de aanbevelingen van de commissie Bekedam opgevolgd. Voor de versterking van het zoönosenbeleid is in 2023 € 2,7 mln. en structureel € 3,7 mln. beschikbaar uit het programma Pandemische Paraatheid. Vanuit ditzelfde programma wordt op kennis en innovatie geïnvesteerd via een kennisprogramma door ZonMw, dat zich onder andere richt op zoönose. Verder wordt ingezet op de versterking van monitoring en surveillance. De bovengenoemde middelen zijn bedoeld ter versterking van het zoönosenbeleid. Daarnaast investeren VWS en LNV reeds vanuit de reguliere budgetten in de aanpak van zoönosen.

Vraag 208

In hoeverre wordt het stimuleren van vroegsignalering bij chronische ziekten met een hoge ziektelast betrokken bij de inzet van uw ministerie om de gezondheid bij chronisch zieken te verbeteren?

Antwoord:

In de eerste plaats is het aan zorgprofessionals om te bepalen of vroegsignalering in de zorg aangewezen is, het is immers onderdeel van het medisch handelen. Zorgprofessionals kunnen het best inschatten of vroegsignalering meerwaarde heeft. Vroegsignalering als onderdeel van de zorg wordt door de overheid alleen gestimuleerd als dit tot betere gezondheidsuitkomsten leidt. Voor het bepalen of screening in een gezonde populatie van overheidswege aangewezen is, wordt er getoetst aan de criteria voor verantwoorde screening van Wilson en Jungner en de aanvullende criteria van de WHO. Hierover adviseert de Gezondheidsraad.

Vraag 209

Kan inzichtelijk worden gemaakt welke chronische ziekten momenteel de hoogste ziektelast kennen voor de patiënt en welke de hoogste maatschappelijke kosten hebben?

Antwoord:

De ziektelast wordt doorgaans uitgedrukt in Disability Adjusted Life Years (DALY) en is opgebouwd uit het aantal verloren levensjaren (door vroegtijdige sterfte), en het aantal jaren geleefd met gezondheidsproblemen (bijvoorbeeld een ziekte), gewogen voor de ernst hiervan (ziektejaarequivalenten).

Van een selectie van 75 aandoeningen waarvoor de ziektelast is berekend, veroorzaken coronaire hartziekten en beroerte de meeste ziektelast in DALY's in Nederland.

- Longkanker, dementie, coronaire hartziekten, beroerte en COPD zijn verantwoordelijk voor relatief veel verloren levensjaren door vroegtijdige sterfte;
- Coronaire hartziekten, beroerte, artrose en nek- en rugklachten zorgen voor een relatief groot verlies aan ziektejaarequivalenten.

In de tabel is de top tien van aandoeningen met de grootste ziektelast in 2018 weergegeven:

	Ziektelast in DALY's	Verloren levensjaren	Ziektejaar-equivalenten
Coronaire hartziekten	5,3	5,1	5,3
Beroerte	4,8	4,6	4,9
Diabetes mellitus	3,9	1,6	5,1
COPD	3,6	4,3	3,3
Longkanker	3,2	8,9	0,2
Perifere artrose	3,2	0,1	4,9
Privé, arbeids- en sportongevallen	3,2	2,8	3,4
Dementie	3,2	5,9	1,7
Nek- en rugklachten	3,1	0,1	4,8
Angststoornissen	2,5	0	3,8

Bron: <https://www.vzinfo.nl/ziektelast-in-dalys/ziektelast>

Een overzicht van de verschillende soorten maatschappelijke kosten van chronische ziekten is niet beschikbaar en kan ook niet gemaakt worden. Wel beschikbaar zijn de zorguitgaven aan chronische ziekten. In de tabel is de top tien van aandoeningen met de grootste zorguitgaven in 2019 weergegeven:

	Uitgaven (miljoen euro)
Psychische stoornissen	5.324
Nieuwvormingen (kanker en goedaardige tumoren)	5.107
Spijsverteringsstelsel	4.731
Hartvaatstelsel	4.320
Bewegingsstelsel en bindweefsel	2.831
Zenuwstelsel en zintuigen	2.221
Ongevalsletsel en vergiftigingen	2.149
Urogenitaal systeem	1.829
Ademhalingswegen	1.658
Sympt., onvolledige ziektebeelden	1.431

Bron: <https://www.vzinfo.nl/kosten-van-ziekten/samenvatting>

Vraag 210

Zijn alle bevolkingsonderzoeken weer terug op het niveau van voor COVID-19? Zo nee, welke niet?

Antwoord:

Bij de bevolkingsonderzoeken baarmoederhals- en darmkanker zijn de achterstanden met het versturen van uitnodigingen inmiddels ingehaald. Na de herstart van de bevolkingsonderzoeken is in het bevolkingsonderzoek darmkanker uitgenodigd op basis van de beschikbare capaciteit. Voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker hebben mensen die tijdens de COVID-19-pandemie geen gebruik hebben gemaakt van de uitnodiging in 2022 een brief gekregen om hen te wijzen op de mogelijkheid alsnog mee te doen. Bij het bevolkingsonderzoek borst-

kanker speelt een tekort aan screeningslaboranten. Dit is versterkt door de coronacrisis. Hierdoor is het niet mogelijk om mensen uit de doelgroep weer eens per twee jaar uit te nodigen. Zoals ook gemeld in de brief aan uw Kamer van 22 juni 2022 is de verwachting dat dankzij de inspanningen van Bevolkingsonderzoek Nederland om de capaciteit weer op orde te brengen, vanaf begin 2024 mensen weer eens per twee jaar kunnen worden uitgenodigd voor hun volgende ronde van het bevolkingsonderzoek borstkanker.⁶² Zoals ook aangegeven in de schriftelijke beantwoording bij de VWS-monitor 2021, zal uw Kamer dit najaar nader worden geïnformeerd over de ontwikkelingen binnen de bevolkingsonderzoeken naar kanker.

Vraag 211

Is de adviesaanvraag betreffende longkankerscreening al ingediend? Zo ja, wanneer kunnen het advies van de Gezondheidsraad verwachten? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Op dit moment zijn we in overleg met de Gezondheidsraad over hoe de adviesaanvraag over een bevolkingsonderzoek longkanker opgepakt kan worden. Ook wordt bekeken of, en zo ja, hoe dit past binnen het Werkplan 2023 van de Gezondheidsraad dat op 20 september jl. met uw Kamer is gedeeld.⁶³

Vraag 212

Welke acties worden ingezet om de opkomst bij de HPV-vaccinatie te verhogen?

Antwoord:

In 2019 heeft de Gezondheidsraad advies uitgebracht over vaccinatie tegen HPV⁶⁴. Het advies bestond uit drie delen:

- de vaccinatieleeftijd zo dicht mogelijk bij 9 jaar brengen,
- naast meisjes ook jongens vaccineren.
- een aanvullende campagne voor jongvolwassenen.

Dit voorjaar is er gestart met de eerste twee punten. Daarnaast vindt er verspreid over twee jaar een inhaalcampagne plaats voor meisjes en jongens tot 18 jaar. De start van de uitbreiding van de HPV-vaccinatie viel samen met de vaccinatie tegen COVID-19. Het is mogelijk dat ouders en kinderen om die reden hebben gekozen om de HPV-vaccinatie uit te stellen. Voor degenen, die bij de voorjaarsronde de vaccinatie niet hebben gehaald, is het mogelijk deze in het najaar alsnog te halen.

Voor de najaarsronde voor de HPV-vaccinatie zijn vanaf halverwege augustus de (herhaal-)uitnodigingen verzonden. Deze (herhaal-)uitnodigingen worden tot en met eind november ondersteund door een campagne via *social media*. De slogan van deze campagne is: «Met 1 vaccin beschermd tegen 6 soorten kanker».

Tevens wordt begin 2023 gestart met het zetten van HPV-vaccinaties in het kader van de aanvullende campagne voor jongvolwassenen. Rondom de start van de inhaalcampagne zal ook een publiekscommunicatiecampagne plaatsvinden.

Vraag 213

Kunt u het bedrag van € 1 miljoen dat volgens de begroting via het coalitieakkoord beschikbaar is gesteld nader toelichten? Waar wordt dit aan uitgegeven? Hoe? En wanneer?

⁶² Kamerstuk 32 793, nr. 611.

⁶³ Bijlage bij Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 5.

⁶⁴ Advies van de Gezondheidsraad «Vaccinatie tegen HPV».pdf.

Antwoord:

Er is in totaal € 5 miljoen gereserveerd voor een publiekscampagne ter preventie van huidkanker om de huidkankerincidentie terug te dringen voor 2023 t/m 2025. Van deze € 5 miljoen, is € 1,6 miljoen beschikbaar in 2023. De € 1 miljoen waar uw vraag over gaat is onderdeel van de € 1,6 miljoen die in 2023 beschikbaar is voor de publiekscampagne.

Vraag 214

Waarom worden er middelen gereserveerd voor het coronatoegangsbewijs (CTB) terwijl hier geen wettelijke grondslag meer voor is? Hoeveel is er precies gereserveerd voor het CTB?

Antwoord:

Om in het geval van een (zware) opleving van het virus het coronatoegangsbewijs (ctb) in te kunnen zetten, is ca. 161 miljoen euro gereserveerd voor 2023. Uiteraard vallen de middelen vrij indien het ctb niet wordt ingezet. Dertien sectoren hebben in hun sectorplannen aangegeven het coronatoegangsbewijs (ctb) als wenselijke maatregel te zien om renderend open te kunnen blijven tijdens een zware opleving van het coronavirus. De Raad van State heeft aangegeven dat het ctb in bepaalde omstandigheden kan bijdragen aan het voorkomen van verstrekkendere maatregelen. Op dit moment bestaat er echter geen wettelijke grondslag voor het ctb. Deze grondslag is ook niet voorzien in de Eerste tranche Wpg.

Een wetsvoorstel dat onder voorwaarden de inzet van het ctb mogelijk maakt, valt wat het kabinet betreft te overwegen ter ondersteuning van de sectorplannen. Dit mits in uw Kamer draagvlak bestaat voor een dergelijk wetsvoorstel. Hierover gaat het kabinet graag met uw Kamer in gesprek.

Vraag 215

Omvat het bedrag voor de patiëntenorganisaties de subsidie van SOA-Aids?

Antwoord:

Nee, de subsidie voor Soa-Aids Nederland is opgenomen onder het instrument subsidies Bevordering van de seksuele gezondheid (blz. 45 van de begroting).

Vraag 216

Hoeveel mensen hebben in 2022 hun gehele eigen risico in de eerste maand van het jaar opgemaakt?

Antwoord:

Hierover zijn geen gegevens beschikbaar

Vraag 217

Hoe succesvol zijn leefstijlinterventies? Met hoeveel is de BMI bijvoorbeeld gemiddeld gedaald na deelname aan een leefstijlinterventie (GLI)-programma? En hoeveel vijf jaar na de interventie?

Antwoord:

Alleen GLI-programma's voor volwassenen met overgewicht en obesitas die bewezen effectief zijn, komen sinds 1 januari 2019 voor vergoeding vanuit de basisverzekering van de Zorgverzekeringswet in aanmerking. Data over uitkomsten van GLI-programma's worden sinds augustus 2021 landelijk verzameld. Op dit moment zijn die data nog onvoldoende volledig om een uitspraak over effectiviteit te kunnen doen. In december van dit jaar levert het RIVM weer een rapportage over de GLI op waarin ook eerste gegevens over effectiviteit zullen zijn opgenomen.

Vraag 218

Bent u van mening dat HPV-beleid behoort tot seksuele gezondheidszorg en dat preventie daarvan hoge prioriteit moet krijgen?

Antwoord:

Ik ben van mening dat preventie van baarmoederhalskanker hoge prioriteit moet hebben. Er is veel gezondheidswinst te behalen met de HPV-vaccinatie. Met de lopende inzet omtrent de HPV-vaccinatie en de nog te starten aanvullende campagne voor jongvolwassenen wordt er een goede stap gezet in de richting van het behalen van de doelstelling van de WHO om baarmoederhalskanker te elimineren. Dit is een doelstelling, die ik onderschrijf, en die ik hoge prioriteit geef in mijn beleid.

Vraag 219

Hoeveel jongeren zijn er sinds de maatregelen van het preventieakkoord gestopt met roken? Hoeveel jongeren roken nog? Hoe groot is het percentage rokers nu?

Antwoord:

Uit de recent verschenen HBSC-cijfers⁶⁵ onder jongeren in het voortgezet onderwijs is gebleken dat sinds 2019 het roken van tabak onder jongeren niet is afgenomen. In 2021 is dit 17 procent. Het percentage middelbare scholieren dat dagelijks rookt is 3 procent in 2021. Voor de volwassen bevolking blijkt uit de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor 2021 van het CBS, in samenwerking met het RIVM, het Trimbos-instituut en Pharos dat het aandeel volwassen rokers de afgelopen jaren licht is gedaald van 22 procent in 2018 naar 21 procent in 2021.

Vraag 220

Wat zijn de gemaakte kosten rondom de maatregelen uit het Nationale Preventieakkoord die gericht zijn op het terugdringen van het aantal rokers en de rookvrije generatie?

Antwoord:

Vanuit de reguliere middelen op de VWS-begroting wordt er al jaren ingezet op tabaksontmoediging. Bij de start van het Nationale Preventieakkoord zijn daarnaast extra middelen beschikbaar gesteld. In 2019 werd op het gebied van roken € 8 miljoen verplicht.⁶⁶ Hiervan werd € 5,5 miljoen vrijgemaakt voor stoppen met roken, € 1,9 miljoen voor rookvrije kindomgevingen en € 0,6 miljoen voor rookvrije zorg. De uitgaven in 2020 en 2021 waren in dezelfde orde van grootte. In het huidige Coalitieakkoord is € 60 miljoen vrijgemaakt voor preventie. Hiervan zal in 2022 tot en met 2025 jaarlijks € 10 miljoen worden ingezet voor de rookvrije generatie en op het terugdringen van het aantal rokers. Vanuit de enveloppe Volksziekten wordt daarnaast in 2023 tot en met 2025 in totaal circa € 12 miljoen vrijgemaakt voor de aanpak van roken. Voor het totaaloverzicht van uitgaven aan preventie verwijs ik naar het antwoord op vraag 50.

Vraag 221

Wat zijn de gemaakte kosten rondom de maatregelen uit het Nationale Preventieakkoord die gericht zijn op het terugdringen van het aantal problematische alcoholgebruikers?

Antwoord:

Vanuit de reguliere middelen op de VWS-begroting wordt er al jaren ingezet op het terugdringen van problematisch alcoholgebruik. Bij de start

⁶⁵ Bijlage bij Kamerstuk 32 793, nr. 635.

⁶⁶ Kamerstukken II 2019/20, 32 793, nr. 454.

van het Nationale Preventieakkoord zijn daarnaast extra middelen beschikbaar gesteld. In de jaren 2019, 2020 en 2021 werd op het gebied van problematisch alcoholgebruik circa € 7 miljoen per jaar verplicht.⁶⁷ Van dit bedrag werd € 1,1 miljoen vrijgemaakt voor de aanpak in het onderwijs, € 3,9 miljoen voor bewustwording en vroegsignalering van alcoholproblematiek, € 0,4 miljoen voor onderzoek naar maatregelen, € 0,9 miljoen voor de naleving en de handhaving van de leeftijdsgrens en € 0,7 miljoen voor een gezonde sportomgeving. In het huidige Coalitieakkoord is € 60 miljoen vrijgemaakt voor preventie. Hiervan zal in 2022 tot en met 2025 jaarlijks circa € 10 miljoen worden ingezet voor het terugdringen van problematisch alcoholgebruik. Voor het totaaloverzicht van uitgaven aan preventie verwijs ik naar het antwoord op vraag 50.

Vraag 222

Wat zijn de gemaakte kosten rondom de maatregelen uit het Nationale Preventieakkoord die gericht zijn op het terugdringen van het overgewicht?

Antwoord:

Vanuit de reguliere middelen op de VWS-begroting wordt er al jaren ingezet op het terugdringen van overgewicht. Bij de start van het Nationale Preventieakkoord zijn daarnaast extra middelen beschikbaar gesteld. In 2019 werd op het gebied van overgewicht € 9,5 miljoen beschikbaar gesteld.⁶⁸ Hiervan werd € 2 miljoen vrijgemaakt voor gezonde voeding, € 7 miljoen voor gezonde omgeving en zorg en € 0,5 miljoen voor meer sporten en bewegen. Vanuit het huidige coalitieakkoord is tussen 2022 en 2025 jaarlijks circa € 10 miljoen beschikbaar voor het tegengaan van overgewicht en € 10 miljoen voor beweegstimulering (een belangrijk aspect in de preventie van overgewicht). Vanuit de enveloppe Volksziekten wordt daarnaast in 2023 tot en met 2025 in totaal circa € 62 miljoen vrijgemaakt voor de aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen en volwassenen en daarnaast 158 miljoen voor Gezonde leefstijl en omgeving. Voor het totaaloverzicht van uitgaven aan preventie verwijs ik naar het antwoord op vraag 50.

Vraag 223

Is het aantal volwassenen met overgewicht afgenomen sinds de invoering van de maatregelen uit het preventieakkoord? Hoe groot is het percentage volwassenen met overgewicht?

Antwoord:

Sinds de invoering van de maatregelen uit het Preventieakkoord is het percentage volwassenen met overgewicht stabiel gebleven op 50%. Deze informatie is te vinden op de website van De Staat van Volksgezondheid en Zorg.⁶⁹

Vraag 224

Is het aantal jongeren met overgewicht afgenomen sinds de invoering van de maatregelen van het preventieakkoord? Hoe groot is het percentage jongeren met overgewicht?

Antwoord:

Het aantal jongeren met overgewicht is sinds de invoering van de maatregelen van het Preventieakkoord niet afgenomen. Het percentage

⁶⁷ Kamerstukken II 2019/20, 32 793, nr. 454.

⁶⁸ Kamerstukken II 2019/20, 32 793, nr. 454.

⁶⁹ <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/overgewicht-volwassenen>.

jongeren met overgewicht bedraagt 15,9%. Deze informatie is te vinden op de website van De Staat van Volksgezondheid en Zorg.⁷⁰

Vraag 225

Hoeveel geven andere Europese landen in algemene zin uit aan preventie?

Antwoord:

Volgens de OECD besteden de meeste Europese landen tussen de 1 en 4% van hun totale zorguitgaven aan preventie – zie ook onderstaande tabel. Onder preventie-uitgaven vallen volgens de OECD-definitie uitgaven aan campagnes, vaccinaties, screeningen, epidemiologische surveillance, gezondheidschecks bij bijvoorbeeld zwangere vrouwen, in de jeugdgezondheidszorg of tandartscontrole. Thema's gerelateerd aan leefstijl vallen hier niet onder.

% preventie uitgaven over de totale zorguitgaven (2019)

Oostenrijk	2,1
België	1,7
Tsjechië	2,9
Denemarken	2,2
Estland	3,6
Finland	3,9
Frankrijk	1,9
Duitsland	3,3
Griekenland	1,3
Hongarije	3,2
Ierland	2,7
Italië	4,7
Letland	2,6
Litouwen	2,7
Luxemburg	2,5
Nederland	3,3
Polen	2,1
Portugal	1,8
Slowakije	0,8
Slovenië	3,2
Spanje	2,1
Zweden	3,2
Verenigd Koninkrijk	4,8

Bron: OECD.Stat 2022

Vraag 226

Wat geven andere Europese landen specifiek uit aan het voorkomen van beginnen met roken, ondersteunen bij het stoppen met roken, het voorkomen van overmatig alcoholgebruik, depressiepreventie, suïcidepreventie, het voorkomen van overgewicht en het ondersteunen bij het komen tot een gezond gewicht? Kunt u hiervan een overzicht sturen?

Antwoord:

Betrouwbare internationaal vergelijkbare cijfers over deze specifieke preventie-uitgaven zijn niet beschikbaar. Zie vraag 225 voor de definitie van preventie-uitgaven waarvoor een internationale vergelijking wel mogelijk is.

⁷⁰ <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/overgewicht-jongeren>.

Vraag 227

Bent u voornemens het totaalbedrag dat aan de drie volksziektes wordt uitgegeven gelijk te verdelen over de drie volksziekten? Heeft u al voor ogen hoe u hier invulling aan wil geven?

Antwoord:

Uw Kamer wordt binnenkort door de Minister van VWS, de Minister voor LZS en de Staatssecretaris van VWS uw Kamer geïnformeerd over de voorgenomen besteding van de middelen voor de volksziektes dementie, obesitas en kanker. Deze middelen worden niet gelijk verdeeld over deze ziektes, er is gekeken hoe met deze tijdelijke middelen de meeste impact bereikt kan worden. Leefstijl en omgevingsfactoren zijn belangrijke determinanten voor het ontstaan van alle drie deze ziektes en daarom is ervoor gekozen ruim de helft van de middelen te investeren in het stimuleren van een gezonde leefstijl en het realiseren van een groene beweegvriendelijke leefomgeving. Van de resterende middelen wordt relatief veel ingezet op het tegengaan van obesitas omdat deze ziekte tevens een risicofactor is voor het ontstaan van dementie en kanker. Steeds is gekozen voor een balans tussen onderzoek naar effectieve maatregelen en het inzetten van die aanpakken die al bewezen zijn. Op deze wijze zetten we de middelen effectief in en vergroten we de gezondheidswinst die hiermee op termijn bereikt wordt.

Vraag 228

Hoeveel zou het kosten om de PrEP-pilot uit te breiden met alle mensen uit de doelgroep die momenteel op de wachtlijst staan?

Antwoord:

Er is in de pilot voor Pre Expositie Profylaxe (PrEP) op dit moment maximaal plek voor 8500 deelnemers. Deze aantallen zijn voldoende voor een eventuele zinvolle en betrouwbare evaluatie van de pilot. Het RIVM heeft laten weten dat er eind augustus 2022 8438 personen deelnamen aan de regeling en 2655 personen op de wachtlijst stonden.

Er is momenteel geen budgettaire ruimte om de pilot te verhogen. Het is overigens niet zo dat extra budget er (gelijk) toe zal leiden dat de wachtlijst verdwijnt. De GGD'en kampen immers ook met capaciteitsproblemen. Uitbreiding van de budgetten hoeft niet te betekenen dat GGD-en ook in staat zijn extra deelnemers te laten deelnemen.

Vraag 229

Vindt u dat een «helpende niveau 2» prima in staat is om algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)-zorg uit te voeren? Bent u bereid om met zorgverzekeraars afspraken te maken over de vergoedingen van helpenden en daardoor de druk op de zorg te verminderen?

Antwoord:

Ja, partijen in de wijkverpleging (zorgverzekeraars, werkgevers, beroepsgroepen, Patiëntenfederatie) hebben recent bestuurlijk afgesproken te komen tot (meer) inzet van helpenden in de wijkverpleging met inachtneming van de voorwaarden die daaraan verbonden zijn. Dit naar aanleiding van de uitkomsten van de bestuurlijke conferentie over de arbeidsmarkt in de wijk.

Wijkverpleegkundige teams bestaan uit verpleegkundigen en verzorgenden. In sommige teams worden ook helpenden (niveau 2) ingezet. Met het oog op de krapte op de arbeidsmarkt is het niet alleen nuttig, maar ook echt noodzakelijk om helpenden in te zetten om de werkdruk te verminderen. Tegelijkertijd bestaan zorgen bij de beroepsgroep of het werken in de wijk zich wel leent voor de inzet van helpenden; dit vanwege

het solistische karakter en vanwege het borgen van de kwaliteit en veiligheid. Daarom is het goed dat partijen afspraken hebben gemaakt over de voorwaarden waaronder helpenden kunnen worden ingezet. Het is vervolgens tussen de zorgverzekeraar en de aanbieder om deze afspraken te verwerken in de inkoopafspraken wijkverpleging.

Vraag 230

Hoeveel hersteloperaties Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV) zijn de afgelopen jaren, in 2020 en 2021, uitgevoerd?

Antwoord:

Het Amsterdam UMC (de enige aanbieder van deze hersteloperaties) schat in dat het gaat om 15 operatieve behandelingen per jaar.

Vraag 231

Voor welke hulpmiddelen en geneesmiddelen geldt een eigen bijdrage? Voor welke hulpmiddelen en geneesmiddelen moet een eigen bijdrage worden betaald terwijl dit ook ten laste komt van het eigen risico? Kunt u dit weergeven in een tabel?

Antwoord:

In onderstaande tabel is uiteengezet voor welke hulp- en geneesmiddelen een eigen bijdrage, bijbetaling en/of het eigen risico geldt. Enkele bedragen voor vergoedingen en eigen bijdragen voor Zvw-hulpmiddelen worden jaarlijks geïndexeerd. De bedragen die in 2023 gaan gelden worden naar verwachting in oktober gepubliceerd in de Staatscourant.

Hulp- en geneesmiddel	Eigen bijdrage/bijbetaling	Eigen risico
Mondzorg, prothetische voorziening	Eigen bijdrage voor uitneembare volledige prothetische voorzieningen en reparaties of overzetting daarvan.	Ja, maar niet bij minderjarigen
Extramurale geneesmiddelen (farmaceutische zorg)	Bijbetaling voor geneesmiddelen die zijn opgenomen in het GVS. De totale bijbetalingen voor geneesmiddelen zijn in 2023 gemaximeerd op € 250 per patiënt per jaar.	Ja, maar niet bij minderjarigen
Intramurale geneesmiddelen (medisch specialistische zorg)	Geen eigen bijdrage.	Ja, maar niet bij minderjarigen
Haarwerken	Bijbetaling ter hoogte van de aanschaffingskosten van het haarwerk voor zover de kosten hoger zijn dan het vergoedingsbedrag.	Ja, maar niet bij minderjarigen
Lenzen en brillen	Eigen bijdrage voor lenzen en brillenglazen. De hoogte van de bijdrage voor lenzen is afhankelijk van de gebruiksduur van de lens. De hoogte van de bijdrage van brillen is lager indien slechts één oog dient te worden gecorrigeerd.	Ja, maar niet bij minderjarigen
Orthopedische en allergeenvrije schoenen	Eigen bijdrage voor een paar orthopedische en allergeenvrij schoenen, waarbij de eigen bijdrage ongeveer de helft bedraagt voor een verzekerde jonger dan zestien jaar.	Ja, maar niet bij minderjarigen
Hoorhulpmiddelen	Er geldt een eigen bijdrage voor een hoortoestel of tinnitusmaskeerder voor een meerderjarige verzekerde van vijftientig procent van de aanschaffkosten.	Ja, maar niet bij minderjarigen

Vraag 232

Hoeveel zou het jaarlijks kosten om zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico af te schaffen? Welk deel hiervan bestaat uit het wegvallen van het zogeheten «remgeldeffect»?

Antwoord:

Het afschaffen van het verplicht en het vrijwillig eigen risico is doorge-rekend in Zorgkeuzes in Kaart.^{71, 72}

Als we geen verplicht eigen risico betalen, zal er meer via de premie en belasting moeten worden betaald om de zorgkosten te kunnen blijven betalen. Concreet kost het afschaffen van het verplicht eigen risico structureel zo'n 6 miljard euro. Hiervan is het remgeldeffect ruim 2 miljard euro, omdat mensen zich minder bewust zullen zijn van de kosten.

Tegelijkertijd zou afschaffing van het vrijwillig eigen risico leiden tot een toename van de totale zorguitgaven met circa 100 miljoen euro per jaar. Dit is het wegvallen van het remgeldeffect.

Vraag 233

Hoeveel medicijnen tegen kanker zijn er in Nederland toegelaten in 2020 en 2021, en hoeveel in andere Europese landen?

Antwoord:

Het aantal oncolytica dat in 2020 en 2021 in Europa door het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) is geregistreerd en daarmee op de markt is toegelaten, bedraagt 21, respectievelijk 22 nieuwe geneesmiddelen. Aangezien registratie van geneesmiddelen een Europese aangelegenheid is, is dit aantal voor alle Europese landen gelijk.

Vraag 234

Hoeveel en welke medicijnen tegen kanker zitten er in de sluis?

Antwoord:

Er zitten momenteel 31 medicijnen in de sluis die toegepast kunnen worden bij de behandeling van kanker.

⁷¹ <https://open.overheid.nl/repository/ronl-650dec52-fc51-4113-becf-e693e2955940/1/pdf/Zorgkeuzes%20in%20Kaart.pdf>.

⁷² <https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Startnotitie-Keuzes-in-Kaart-2022-2025.pdf>.

#	Werkzame stof	Merknaam
1	ibrutinib	Imbruvica
2	daratumumab	Darzalex
3	axicabtagene ciloleucel	Yescarta
4	tisagenlecleucel	Kymriah
5	abemaciclib	Verzenio
6	durvalumab	Imfinzi
7	venetoclax	Venclyxto
8	ipilimumab + nivolumab	Yervoy + Opdivo
9	olaparib	Lynparza
10	larotrectinib	Vitrakvi
11	polatuzumab	Polivy
12	glasdegib	Daurismo
13	entrectinib	Rozlytrek
14	acalabrutinib	Calquence
15	brexucabtagene autoleucel	Tecartus
16	carfilzomib	Kyprolis
17	trastuzumab deruxtecan	Enhertu
18	cabozantinib + nivolumab	Cabometyx + Opdivo
19	isatuximab	Sarclisa
20	cemiplimab	Libtayo
21	idecabtagene vicleucel	Abecma
22	tafasitamab	Minjuvi
23	pralsetinib	Gavreto
24	ripretinib	Qinlock
25	lenvatinib	Kisplyx/Lenvima
26	sacituzumab govitecan	Trodelvy
27	lisocabtagene maraleucel	Breyanzi
28	avapritinib	Ayvakyt
29	ciltacabtagene autoleucel	Carvykti
30	selinexor	Nexpovio
31	teclistamab	Tecvayli

Vraag 235

Hoeveel mensen hebben in 2022 hun gehele eigen risico opgemaakt? Kan dit percentage gegeven worden voor de jaren 2010 tot en met 2022?

Antwoord:

In onderstaande tabel vindt u de schattingen van het percentage volwassenen dat het verplicht eigen risico volledig volmaakt voor de periode 2010 tot en met 2022:

Jaar	Volwassenen die het verplicht 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%
2020	48%
2021	48%
2022	48%

Vraag 236

Hoeveel chronisch zieken en mensen met een beperking hebben in 2022 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 (MVG) klasse groter dan 0 valt. Voor specifieke mensen met een beperking zijn geen gegevens beschikbaar.

In onderzoek voor 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 percentage is een schatting voor 2021, gebaseerd op data uit 2019.

Vraag 237

Hoeveel chronisch zieken en mensen met een beperking hebben in 2022 hun gehele eigen risico in de eerste maand van het jaar opgemaakt?

Antwoord:

Hierover zijn geen gegevens beschikbaar.

Vraag 238

Hoeveel mensen konden in 2022 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. Een inventarisatie in 2021 heeft uitgewezen dat circa 1,1 miljoen verzekerden gebruik maken van de mogelijkheid 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. Daarnaast ontvangen huishoudens met een laag inkomen zorgtoeslag ter compensatie van een deel van de premie en het eigen risico.

Vraag 239

Kunt u in een overzicht weergeven hoeveel mensen respectievelijk 100, 75, 50, 25 en 0 procent van het verplicht eigen risico kwijt waren?

Antwoord:

De hoogte van het verplicht eigen risico kan in 6 klassen worden onderscheiden:

- 23% van de volwassenen heeft € 0 tot € 25 aan kosten;
- 12% van de volwassenen heeft € 25 tot € 100 aan kosten;
- 8% van de volwassenen heeft € 100 tot € 200 aan kosten;
- 6% van de volwassenen heeft € 200 tot € 300 aan kosten;
- 3% van de volwassenen heeft € 300 tot € 385 aan kosten;
- 48% van de volwassenen maakt het verplicht eigen risico vol.

Deze cijfers betreffen schattingen voor 2022 op basis van de verwachte zorguitgaven en de onderzoeken ten behoeve van de risicoverevening.

Vraag 240

Hoeveel mensen hebben het eigen risico vrijwillig verhoogd tot respectievelijk € 485, € 585, € 685, € 785 en € 885?

Antwoord:

In de Zorgthermometer «Verzekerden in beeld 2022»⁷³ van Vektis is te zien dat 13,0% van de verzekerden ervoor heeft gekozen om in 2022 zijn eigen risico te verhogen. Van die groep heeft driekwart gekozen voor de maximale verhoging van 500 euro. In onderstaande tabel staan ook de percentages voor de andere mogelijke bedragen voor het vrijwillig eigen risico (in de eerste kolom als percentage van het totaal aantal verzekerden en in de tweede kolom als percentage binnen de groep verzekerden die heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico).

Vrijwillig eigen risico	Aandeel	Verdeling hoogte vrijwillig eigen risico
Geen vrijwillig eigen risico	87%	
Wel vrijwillig eigen risico	13,0%	
– Verhoging van € 100 naar € 485	1,2%	9,2%
– Verhoging van € 200 naar € 585	1,3%	9,7%
– Verhoging van € 300 naar € 685	0,6%	4,6%
– Verhoging van € 400 naar € 785	0,2%	1,3%
– Verhoging van € 500 naar € 885	9,8%	75,2%

Vraag 241

Welk deel van de bevolking maakt gebruik van een vrijwillig eigen risico? Hoeveel wanbetalers waren er in 2022?

Antwoord:

In 2022 heeft 13 procent van de verzekerden gekozen voor een vrijwillig eigen risico.⁷⁴ Uit eerder onderzoek van het Centraal Planbureau (zie Kamerstuk 29 689, nummer 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 januari 2022 waren er 170.221 wanbetalers en op 1 september 2022 waren er 171.934 wanbetalers aan wie een bestuursrechtelijke premie werd opgelegd.

Vraag 242

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 2022 waren er 171.934 wanbetalers aan wie een bestuursrechtelijke premie werd opgelegd.

Vraag 243

Kunt u een trendmatig overzicht geven van de hoeveelheid mensen die sinds 2010 een bestuursrechtelijke premie hebben moeten betalen? Kunt u een overzicht geven per jaar?

Antwoord:

Hieronder treft u een trendmatig overzicht aan van de hoeveelheid mensen die sinds 2010 een bestuursrechtelijke premie hebben moeten betalen. U treft deze informatie ook aan in de Verzekerdenmonitor die uw Kamer jaarlijks ontvangt.

⁷³ Zorgthermometer Verzekerden in Beeld 2022.pdf (vektis.nl).

⁷⁴ Vektis. 2022. Verzekerden in beeld 2022. Inzicht in het overstapseizoen.

Tabel – Aantallen wanbetalers in de jaren 2010–2022

Per ultimo	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Aantal	325.810	312.037	277.023	249.044	223.714	312.037

Per ultimo	2016	2017	2018	2019	2020	2021	1 sep 22
Aantal	277.023	249.044	223.714	202.702	189.652	170.221	171.934

Vraag 244

Hoeveel mensen hebben een betalingsregeling getroffen voor de zorgpremie? Kunt u hiervan een overzicht geven per jaar sinds 2010?

Antwoord:

In de onderstaande tabel is het aantal lopende betalingsregelingen (intern bij de zorgverzekeraar of extern bij een incassopartner) en het aantal stabilisatieovereenkomsten opgenomen dat per jaar open stond. Het betreft hier regelingen en overeenkomsten waar ten minste de premieschuld in zit. Betalingsregelingen bij de externe incassopartners hebben zowel betrekking op de buitengerechtelijke als de gerechtelijke fase. Een stabilisatieovereenkomst is reden tot opschorting van de betalingsverplichting van de bestuursrechtelijke premie, zodat de wanbetaler meer financiële ruimte krijgt voor afbetaling van de schulden. Er zijn geen aantallen bekend voor de jaren voorafgaand aan 2014.

Tabel – Aantallen betalingsregelingen en stabilisatieovereenkomsten

	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
2019	176.236	89.775	6.204
2020	189.461	107.986	6.942
2021	180.583	93.883	6.615

Vraag 245

Kan kwantitatief en kwalitatief worden aangegeven in hoeverre het eigen risico in 2022 heeft geleid tot het minder gebruik maken van zorg en of dit heeft geresulteerd in gezondheidsschade?

Antwoord:

Er is geen inzicht in eventuele effecten op de gezondheid. Op de website van de Staat van Volksgezondheid en Zorg (www.staatvenz.nl/kerncijfers/financiële-toegankelijkheid-afzien-van-zorg-vanwege-de-kosten) is te zien dat het percentage van de mensen dat aangeeft de afgelopen twaalf maanden te hebben afgezien van zorg vanwege de kosten is afgenomen van 16% in 2016 naar 8% in 2021.

Vraag 246

Kunt u een overzicht sturen welke zaken aan het basispakket zijn toegevoegd of eruit zijn gehaald, vanaf 2005 tot en met 2022?

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. Daartegenover 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. Wel 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 2005–2022

Jaar	Uitbreiding
2005	n.v.t.
2006	geen uitbreidingen basispakket
2007	uitbreiding aantal zittingen psychotherapie
2008	jeugd tandzorg t/m 21 jaar
2009	dyslexiezorg aan kinderen t/m 12 jaar
2010	geen uitbreidingen basispakket
2011	– bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie – stoppen met roken
2012	geen uitbreidingen basispakket
2013	– brillenglazen voor kinderen met medische indicatie – vervallen minimum leeftijdsgrens van 6 jaar bij fluorideapplicatie blijvende gebitselementen – geriatrische revalidatie (overheveling uit AWBZ) – bruikleen hulpmiddelen (overheveling uit AWBZ)
2014	geen uitbreidingen basispakket
2015	– niet-invasieve prenatale test (NIPT) – zintuiglijk gehandicaptenzorg (overheveling uit AWBZ) – verpleging en verzorging zonder verblijf (overheveling uit AWBZ) – tweede en derde jaar intramurale geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (overheveling uit AWBZ)
2016	geen uitbreidingen basispakket
2017	– fysiotherapie bij claudicatio intermittens (etalagebenen) – plastische chirurgie bij het uitvoeren van een bovenooglidcorrectie – borstvergroting bij 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

Jaar	Uitbreiding
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.
2020	– Geneeskundige zorg van de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten is overgeheveld vanuit de «Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling» naar de Zvw. – Verruiming in de vergoeding van apotheekbereidingen van geneesmiddelen. – De geriatische revalidatiezorg is formeel (als categorie) aan de aanspraak voor ziekenvervoer toegevoegd. – In situaties waarop normaal gesproken vervoer wordt vergoed, en dit vervoer op tenminste drie achtereenvolgende dagen nodig is, kan de zorgverzekeraar een vergoeding voor de kosten van logeren verstrekken die gedeeltelijk in de plaats komt van een vergoeding voor vervoerskosten.
2021	– Dagbehandeling voor verschillende patiëntgroepen, de gedragswetenschapper (gespecialiseerde psycholoog en orthopedagoog-generalist) en de paramedische zorg is overgeheveld vanuit de «Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling» naar de Zvw. – Ziekenvervoer van en naar dagbehandeling die onderdeel is van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking is toegevoegd aan het basispakket. – Orgaandonoren hoeven geen verplicht eigen risico meer te betalen voor medische kosten die verband houden met de donatie en die optreden na 13 weken na de donatie bij leven. – Het maximaal aantal behandelingen en onderhoudsbehandelingen voor COPD-patiënten in subcategorie B2 is gelijkgetrokken met die van categorieën C en D.
2022	geen uitbreidingen basispakket

Tabel 2: Overzicht politiek besloten beperkingen basispakket 2005–2021

Jaar	Beperking
2005	niet van toepassing
2006	geen beperkingen basispakket
2007	geen beperkingen basispakket
2008	geen beperkingen basispakket
2009	– slaapmiddelen – cholesterolverlagers – hulpmiddelen
2010	acetylcysteïne
2011	– antidepressiva – jeugd tandzorg boven 18 jaar – extracties – anticonceptie
2012	– fysiotherapie 9 naar 12 behandelingen voor eigen rekening – fysiotherapie 12 naar 20 behandelingen voor eigen rekening – fysiotherapie, beperking chronische lijst – maagzuurremmers, met uitzondering van chronisch gebruik – stoppen met roken – dieetadvisering – eerstelijns psychologische zorg, van 8 naar 5 behandelingen – aanpassingsstoornissen
2013	– eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen – redressiehelm – beperking aantal terug te plaatsen embryo's bij ivf – vruchtbaarheidsbehandelingen voor vrouwen van 43 jaar of ouder – paracetamol/codeïne
2014	geen beperkingen basispakket

Jaar	Beperking
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
2020	geen beperkingen basispakket
2021	geen beperkingen basispakket
2022	– combinatie-test voor zwangere vrouwen – colecalciferol-bevattende geneesmiddelen en calcifediol.

Tabel 3: Overzicht voorwaardelijk toegelaten behandelingen 2012–2022

Jaar	Voorwaardelijk toegelaten behandelingen
2012	anesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken bij patiënten met chronische specifieke 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 darm passage
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	– CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association (NYHA) klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen – De behandeling met Binamed medische zilverkleding of Dermacura antibacterieel verbandkleding van kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem – Langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met axiale spondyloarthritis met ernstige functionele beperkingen; – Langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen. – 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 darm passage tot 1 januari 2022
2020	– Nusinersen (Spinraza®) bij patiënten met 5q spinale spieratrofie (SMA) die 9,5 jaar en ouder zijn; – Hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC) toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom.
2021	– Larotrectinib (Vitrakvi®) voor de behandeling van volwassen en pediatrische patiënten met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen – Entrectinib (Rozlytrek®) voor de behandeling van volwassen patiënten en kinderen van 12 jaar en ouder met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen
2022	Geen nieuwe voorwaardelijke toelatingen tot het basispakket verlenging van de periode van voorwaardelijke toelating van: – borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie tot 1 januari 2023; – VTumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIC en stadium IV tot 1 januari 2023; – Binamed medische zilverkleding of Dermacura antibacterieel verbandkleding van kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem tot 1 januari 2024; – Langdurige actieve fysiotherapie bij patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen tot 1 januari 2024; – CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hart-falen New York Heart Association klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen tot 1 maart 2024; – Langdurige actieve fysiotherapie bij patiënten met axiale spondyloarthritis met ernstige functionele beperkingen tot 1 juli 2024; – Combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht tot 1 oktober 2024. – Geïntensiveerde, alkyliserende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker tot 1 januari 2025; Einde voorwaardelijke toelating i.v.m. afronding project: – Dendritische cel vaccinaties bij patiënten met melanoom stadium IIIB en IIIC; – Sacrale neurostimulatie bij patiënten met therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darm passage.

Vraag 247

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

Antwoord:

In de onderstaande tabel is de groep wanbetalers verdeeld over de verschillende inkomensgroepen (bron CBS), afgezet tegen de totale bevolkingsgroep (ouder dan 18 jaar) per inkomenscategorie. Hierbij is uitgegaan van het jaarlijks gestandaardiseerd besteedbaar huishoudensin-

komen. Het gestandaardiseerd besteedbaar huishoudensinkomen is gecorrigeerd voor verschillen in grootte en samenstelling van het huishouden. De cijfers over 2019 en 2020 zijn nog niet beschikbaar. Omdat het CBS niet van iedere wanbetaler de inkomensgegevens beschikbaar heeft, liggen de totalen iets lager dan de werkelijke aantallen wanbetalers (zoals genoemd in het antwoord op vraag 243).

Tabel – Aantallen wanbetalers naar inkomensgroepen

Inkomens-groep	2015	2016	2017	2018	2019	Totaal NL 2019
Totaal	282.190	249.930	229.870	206.100	190.250	14.070.760
< € 10.000	29.820	26.340	22.200	20.000	16.730	422.220
€ 10.000 tot € 20.000	149.860	126.210	109.890	92.050	79.470	2.279.810
€ 20.000 tot € 30.000	68.260	64.640	63.040	58.400	55.760	3.957.390
€ 30.000 tot € 40.000	21.140	20.510	22.240	22.330	23.740	3.610.190
€ 40.000 tot € 50.000	4.410	4.490	5.170	5.880	6.910	2.031.140
> € 50.000	1.660	1.570	1.950	2.070	2.990	1.646.490
Onbekend	7.040	6.180	5.380	5.370	4.640	123.100

Vraag 248

Hoeveel gemeenten bieden een collectieve ziektekostenverzekering aan voor minima?

Antwoord:

Adviesbureau BS&F heeft mij laten weten dat in 2022 326 gemeenten een gemeentepolis aanbieden, wat neerkomt op circa 95 procent van de gemeenten.

Vraag 249

Hoeveel gemeenten zijn de afgelopen twee jaar gestopt met het aanbieden van een collectieve ziektekostenverzekering voor minima?

Antwoord:

Adviesbureau BS&F heeft mij laten weten dat in 2021 twee gemeenten zijn gestopt met het aanbieden van een gemeentepolis en dat het in 2022 gaat om één gemeente.

Vraag 250

Hoeveel mensen maken gebruik van een collectieve ziektekostenverzekering voor minima?

Antwoord:

BS&F heeft mij laten weten dat in 2022 655.000 mensen deelnemen aan een gemeentepolis.

Vraag 251

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

Antwoord:

Deelname aan een gemeentepolis kan voor een verzekerde met een minimuminkomen gunstiger zijn dan een andere polis bij een verzekeraar. Maar het kan ook ongunstiger zijn. Sociale minima die (vrijwel) geen zorg nodig hebben die niet vergoed wordt vanuit het basispakket, kunnen bijvoorbeeld beter uit zijn met een reguliere polis dan met een gemeentepolis. De gemeentelijke polissen voor minima bevatten namelijk vaak uitgebreide aanvullende verzekeringen. Het onderzoek van Zorgweb uit 2020 (zie Kamerstuk 29 689, nummer 1081) laat zien dat de premies van de aanvullende verzekeringen behorende bij de gemeentepolis aanzienlijk hoger liggen dan de premies van de onderliggende aanvullende verzekeringen. Dit komt omdat de dekking uitgebreider is. Met name de gemeentelijke bijdrage zorgt ervoor dat de uiteindelijke premie die gemeentepolis-

houders zelf betalen, gemiddeld genomen iets lager uitkomt dan de premie voor een onderliggende polis (basisverzekering plus reguliere aanvullende verzekering).

De gemeentepolis is één van de instrumenten die gemeenten kunnen inzetten om tot financieel maatwerk voor hun ingezetenen te komen. Het is echter niet per definitie de beste oplossing voor iedereen. Uw Kamer heeft de afgelopen jaren diverse onderzoeken ontvangen waarin aandacht wordt besteed aan andere – en wellicht minder bekende – maatregelen die gemeenten kunnen nemen (zie Kamerstuk 29 689, nummer 1081 en Kamerstuk 29 689, nummer 1109).

Vraag 252

Hoeveel mensen hebben in 2022 een naturapolis en zijn hierin verschillen te zien per zorgverzekeraar?

Antwoord:

In 2022 zijn er 60 verschillende polissen op de markt: 37 hiervan zijn naturapolissen, 11 restitutiepolissen en 12 combinatiepolissen. Het aantal verzekerden met een naturapolis is licht gedaald van 77% (2021) naar 76% (2022). In totaal zijn er in 2022 ruim 17,4 miljoen verzekerden, dus circa 13,2 miljoen mensen hebben een naturapolis.

Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal verzekerden met een naturapolis per verzekeraar. Wel over het aantal naturapolissen per verzekeraar in 2022: Achmea heeft 12 naturapolissen, ASR 2, CZ 4, DSW 0, ENO 1, EUCARE 3, Menzis 3, ONVZ 1, VGZ 9 en Zorg en Zekerheid 2.

Vraag 253

Hoeveel mensen hebben in 2022 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.

Het aantal polissen met beperkende voorwaarden is toegenomen van 16 polissen in 2021 naar 21 polissen in 2022. Per 2022 zijn er 3 nieuwe polissen met beperkende voorwaarden en krijgen 2 bestaande polissen beperkende voorwaarden. Het aandeel van de verzekerden dat een polis heeft met beperkende voorwaarden is toegenomen van 18,4% (2021) naar 21,8% (2022). In totaal zijn er in 2022 ruim 17,4 miljoen verzekerden, dus circa 3,8 miljoen mensen hebben een budgetpolis. 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.

Vraag 254

Hoeveel mensen hebben in 2022 een restitutiepolis en zijn hierin verschillen te zien per zorgverzekeraar?

Antwoord:

In 2022 zijn er 60 verschillende polissen op de markt: 37 hiervan zijn naturapolissen, 11 restitutiepolissen en 12 combinatiepolissen. Het aantal verzekerden met een restitutiepolis is gedaald van 15% (2021) naar 10% (2022). In totaal zijn er in 2022 ruim 17,4 miljoen verzekerden, dus circa

1,7 miljoen mensen hebben een restitutiepolis. Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal verzekerden met een restitutiepolis per verzekeraar. Wel over het aantal restitutiepolissen per verzekeraar in 2022: Achmea heeft 2 restitutiepolissen, ASR 1, CZ 1, DSW 1, ENO 0, EUCARE 1, Menzis 1, ONVZ 0, VGZ 4 en Zorg en Zekerheid 0.

Vraag 255

Hoeveel mensen hebben in 2022 een aanvullende polis afgesloten en zijn hierin verschillen te zien per zorgverzekeraar?

Antwoord:

In 2022 koos 83,5 procent van de verzekerden voor een aanvullende verzekering.⁷⁵ Er zijn bij het Ministerie van VWS geen gegevens bekend over het aantal afgesloten aanvullende verzekeringen per zorgverzekeraar.

Vraag 256

Hoeveel winst maakten zorgverzekeraars afgelopen jaar op collectieve zorgverzekeringen die in samenwerking met gemeenten aangeboden werden? En hoe hoog was die winst in respectievelijk 2010 tot en met 2021?

Antwoord:

Zorgverzekeraars publiceren hun resultaten niet per polis (modelovereenkomst) en evenmin per (soort) collectiviteit. Ook de gemeentelijke bijdrage per collectief is niet inzichtelijk.

Vraag 257

Zijn winstuitkeringen door zorgverzekeraars op dit moment toegestaan? Hoeveel winst is er door welke verzekeraars uitgekeerd?

Antwoord:

Het is zorgverzekeraars toegestaan winst na te streven en deze eventueel uit te keren. Desondanks hebben zorgverzekeraars sinds de invoering van de Zvw in 2006 nog nooit winst uitgekeerd en opereren zij zonder winstoogmerk. In de huidige statuten van Zorgverzekeraars Nederland is bepaald dat aangesloten zorgverzekeraars niet primair gericht zijn op het maken van winst. Positieve resultaten van zorgverzekeraars blijven binnen de zorg. Deze worden voor het overgrote deel aan de premiebetaler teruggegeven, via een lagere premie. Het overige wordt aan de reserves toegevoegd om te voldoen aan de wettelijke reserve-eisen voor (zorg)verzekeraars.

Vraag 258

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 de DNB vereiste solvabiliteit?

Antwoord:

Voor 2021 (het jaar waarvoor de meest recente cijfers beschikbaar zijn) vindt u hieronder de aanwezige en vereiste solvabiliteit basisverzekering en de solvabiliteitsratio's. De aanwezige reserves basisverzekering van zorgverzekeraars tezamen bedragen ultimo 2021 bijna € 9,8 miljard. Hiervan is bijna € 6,9 miljard wettelijk vereist. De solvabiliteitsratio bedraagt gemiddeld 142%.

⁷⁵ Vektis. 2022. Verzekerden in beeld 2022. Inzicht in het overstapseizoen.

Solvabiliteit basisverzekering 2021, Solvency II (x € 1 miljoen)

	2021	Aanwezige solvabiliteit 2021	Vereiste solvabiliteit 2021	Marge tussen aanwezige en vereiste solvabiliteit 2021
ASR	138%	206	149	57
CZ	160%	2.344	1.468	876
DSW	145%	409	282	127
Eno	146%	87	59	28
Menzis	132%	1.181	898	283
ONVZ	142%	207	146	61
VGZ	136%	2.376	1.752	624
Z&Z	158%	345	219	126
ZK	138%	2.625	1.901	724
Macro	142%	9.778	6.874	2.904

Bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering, zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op de website. Zilveren Kruis betreft een optelling door VWS van de solvabiliteitscijfers van de risicodragers van Zilveren Kruis. VGZ betreft een inschatting op basis van de solvabiliteit basis- plus aanvullende verzekering van VGZ, naar rato van de schade basis- en aanvullende verzekering VGZ.

Vraag 259

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

Antwoord:

Verzekeraars hadden ultimo 2021 bijna € 9,8 miljard aan reserves, maar daarvan is bijna € 6,9 miljard op basis van Solvency II verplicht. In de raming van de nominale premie 2023 in de VWS-begroting 2023 is verondersteld dat de verzekeraars een deel van hun reserves zullen afbouwen, namelijk € 550 miljoen. Indien rekening was gehouden met een volledige afbouw van de niet-verplichte reserves van verzekeraars (€ 2,9 miljard), dan zou dit een eenmalig premie-dempend effect van circa € 100 per verzekerde hebben. Echter, om continu te kunnen voldoen aan de solvabiliteitseis houden zorgverzekeraars zelf een door hen veilig geachte marge boven het wettelijk vereiste minimum aan. Bovendien bepalen ze 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. Reserves kunnen namelijk maar één keer worden ingezet. Indien verzekeraars in één keer alle niet-verplichte reserves afbouwen, leidt dit in het daaropvolgende jaar tot een forse premiestijging doordat verzekeraars niet langer de reserves kunnen inzetten om de premiestijging te dempen. Uiterlijk 12 november maken zorgverzekeraars hun premie voor 2023 bekend. Dan is duidelijk hoeveel zij daadwerkelijk totaal zullen inzetten aan reserves.

Vraag 260

Kunt u een overzicht sturen wat de winsten van alle zorgverzekeraars in totaal en afzonderlijk waren vanaf 2006 tot en met 2022?

Antwoord:

In de tabel hieronder vindt u de resultaten van zorgverzekeraars gezamenlijk vanaf 2007.

Jaar	Resultaat (x € 1 miljoen)
2007	– 269
2008	– 218
2009	464
2010	125
2011	381
2012	937
2013	1.229
2014	974
2015	375
2016	– 309
2017	– 566
2018	265
2019	290
2020	137
2021	– 395

Bron: Voor 2007–2013 DNB en 2014–2021 jaarcijfers verzekeraars.

De jaren 2007 t/m 2013 zijn gebaseerd op de verslagstaten van DNB waarin een landelijk overzicht van het resultaat technische rekening zorgverzekeraars voor de basisverzekering werd gepubliceerd. Deze resultaten werden gepresenteerd op basis van Solvency I-cijfers en kunnen daardoor niet worden aangevuld met de cijfers na 2015. Vanaf 2016 is Solvency II ingegaan en worden de resultaatcijfers gebaseerd op de jaarcijfers die zorgverzekeraars openbaar publiceren in de zogeheten transparantieoverzichten. Sinds 2014 presenteren zorgverzekeraars zelf wel al cijfers op basis van Solvency II voor de basisverzekering op hun website. De jaren 2014–2021 betreft het resultaat op de basisverzekering inclusief beleggingsopbrengsten en na inzet van het resultaat voor lagere premies in het komende jaar.

Onderstaande tabel geeft de resultaten en de bestemming van de resultaten per concern voor 2021 weer. Deze resultaten zijn voorafgaand aan de aftrek van de teruggave in de premie 2022. Het resultaat over 2022 is nog niet bekend.

Resultaat en bestemming resultaat basisverzekering 2021 (in € miljoen)

Concern	Resultaat in 2021 (x € 1 miljoen)	Bestemming lagere premie 2022 (x € 1 miljoen)	Bestemming toevoeging reserves (x € 1 miljoen)
ASR	24	0	18
CZ	149	254	– 106
DSW	48	33	15
Eno	14	17	0
Menzis	106	235	– 129
ONVZ	7	29	– 22
VGZ	187	189	– 2
Z&Z	20	62	– 42
Zilveren Kruis	265	392	– 127

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

Vraag 261

Wat waren de reserves uitgesplitst naar zorgverzekeraars in 2022? Welke reserves waren wettelijk verplicht? En hoe hoog waren die bedragen in respectievelijk 2009 tot en met 2021?

Antwoord:

Voor 2021 (het jaar waarvoor de meest recente cijfers beschikbaar zijn) vindt u hieronder de aanwezige en vereiste solvabiliteit basisverzekering en de solvabiliteitsratio's voor de jaren 2014 t/m 2021. Gegevens over de solvabiliteit zijn net als de hierboven genoemde resultaten niet beschikbaar voor 2009 t/m 2013 aangezien Solvency II pas per 1 januari 2016 van kracht is. Sinds 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 2021 bijna € 9,8 miljard. Hiervan is bijna € 6,9 miljard wettelijk vereist. De solvabiliteitsratio bedraagt gemiddeld 142%.

Solvabiliteit basisverzekering 2014–2021, Solvency II (voor 2021 x € 1 miljoen)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Aanwezige solvabiliteit 2021	Vereiste solvabiliteit 2021
ASR	151%	146%	144%	138%	140%	144%	140%	138%	206	149
CZ	163%	169%	173%	149%	157%	154%	160%	160%	2.344	1.468
DSW	154%	157%	141%	147%	134%	130%	144%	145%	409	282
Eno	114%	108%	160%	159%	166%	155%	144%	146%	87	59
Menzis	129%	124%	123%	129%	138%	145%	142%	132%	1.181	898
ONVZ	157%	166%	142%	121%	132%	124%	155%	142%	207	146
VGZ	137%	155%	149%	141%	142%	143%	136%	136%	2.376	1.752
Z&Z	172%	188%	157%	151%	165%	168%	171%	158%	345	219
ZK	162%	174%	167%	137%	141%	146%	149%	138%	2.625	1.901
Macro	151%	160%	155%	140%	145%	146%	148%	142%	9.778	6.874

Bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering, zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op de website. Zilveren Kruis betreft een optelling door VWS van de solvabiliteitscijfers van de risicodragers van Zilveren Kruis. VGZ betreft een inschatting op basis van de solvabiliteit basis- plus aanvullende verzekering van VGZ, naar rato van de schade basis- en aanvullende verzekering VGZ.

Vraag 262

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:

Voor 2021 (het jaar waarvoor de meest recente cijfers beschikbaar zijn) vindt u hieronder de aanwezige en vereiste solvabiliteit basisverzekering en de solvabiliteitsratio's voor de jaren 2014 t/m 2021. Gegevens over de solvabiliteit zijn net als de hierboven genoemde resultaten niet beschikbaar voor 2004 t/m 2013 aangezien Solvency II pas per 1 januari 2016 van kracht is. Sinds 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 2021 bijna € 9,8 miljard. Hiervan is bijna € 6,9 miljard wettelijk vereist. De solvabiliteitsratio bedraagt gemiddeld 142%.

Vraag 263

Hoe hoog is het bedrag dat zorgverzekeraars uitgeven aan reclame? En hoe hoog waren die bedragen in respectievelijk 2009 tot en met 2021?

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 2014–2021 op concernniveau (x € 1.000), basisverzekering

Concern	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ASR	90	878	150	74	162	321	235	493
CZ	5.751	6.589	4.449	4.975	4.464	2.984	3.048	2.815
DSW – SH	669	484	792	836	853	807	851	943
Eno	1.031	686	767	918	900	883	636	444
Menzis	5.132	4.835	4.408	3.900	3.710	3.545	2.881	3.535
ONVZ	886	977	1.404	869	882	693	1.657	1.192
VGZ	6.802	6.286	4.581	5.962	4.877	4.950	4.667	5.170
Zorg & Zekerheid	1.269	1.277	1.288	1.455	1.511	1.254	1.117	1.332
Zilveren Kruis	18.106	13.457	16.153	11.093	12.326	8.307	5.922	7.352
Eindtotaal	39.736	35.469	33.992	30.082	29.685	23.744	21.014	23.276
Gemiddeld per premiebetaler (in €)	3,0	2,6	2,5	2,2	2,2	1,7	1,5	1,7

Bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2014–2021 zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op de website.

Vraag 264

Kunt u aangeven wat sinds de inwerkingtreding van de Zvw in 2006 de jaarlijkse verschuiving van collectief gefinancierde zorg naar eigen betalingen is geweest?

Antwoord:

Voor een overzicht van zorg die sinds de inwerkingtreding van de Zvw per 1 januari 2006 niet langer collectief gefinancierde zorg is, wordt verwezen naar het antwoord op vraag 246.

Verschuiving van collectief gefinancierde zorg naar kosten die voor rekening van de verzekerde komen, kan ook plaatsvinden door de introductie van eigen bijdragen of toepassing van het verplicht eigen risico. Een aantal eigen bijdragen die sinds 2006 zijn ingevoerd zijn reeds in 2009, 2013 en 2014 vervallen. Dat zijn de eigen bijdragen voor psychotherapie en eerste- en tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. Aanvullend op de situatie van 2006 gelden momenteel alleen nog eigen bijdragen voor pakketuitbreidingen die in 2020 (vergoeding voor logeren in plaats van vervoer) en in 2022 (medisch specialistische zorg met verblijf zonder verpleging, verzorging of paramedische zorg) zijn geïntroduceerd.

Vraag 265

Hoeveel mensen stapten de afgelopen tien jaar meer dan een keer over naar een andere zorgverzekeraar?

Antwoord:

Informatie over het aantal mensen dat de afgelopen tien jaar meer dan één keer is overgestapt is niet beschikbaar. Wel heeft Vektis in de «Zorgthermometer: verzekerden in beeld 2022» inzichtelijk gemaakt hoe vaak mensen de afgelopen acht jaar overstapten. 14,5 procent van de verzekerden is sinds 2014 twee keer of vaker overgestapt (Vektis, 2022).

Vraag 266

Hoeveel zorgverleners zijn in 2022 contractvrij gaan werken? Kunt u dit uitsplitsen per sector?

Antwoord:

Hierover zijn geen gegevens beschikbaar.

Vraag 267

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 2021 ca. € 179 miljoen bedragen, oftewel ca. € 13 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 verzekerden recht hebben op een vergoeding, is niet bekend.

Vraag 268

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 2021 ca. € 179 miljoen bedragen, oftewel ca. € 13 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 269

Hoeveel premiegeld gaan er naast reclame- en acquisitiekosten gemoeid met het jaarlijkse «overstapmoment» van de zorgverzekeraars?

Antwoord:

Het is niet bekend hoeveel geld er specifiek gemoeid is met het jaarlijkse «overstapmoment» van zorgverzekeraars. De totale beheerskosten (ook wel bedrijfs- of uitvoeringskosten genoemd) van zorgverzekeraars, waartoe ook uitgaven aan het overstapseizoen horen, zijn wél bekend. De totale beheerskosten waren in 2021 gemiddeld € 81 per premiebetaler. Hier vallen alle kosten onder die geen directe zorgkosten zijn. Dit zijn bijvoorbeeld schadebehandelingskosten (gemiddeld ca. € 13 per premiebetaler), niet-verevenbare zorgkosten (gemiddeld ca. € 7 per premiebetaler), reclamekosten (gemiddeld ca. € 2 per premiebetaler), acquisitiekosten (gemiddeld ca. € 14 per premiebetaler) en overige beheerskosten, zoals beheers- en personeelskosten, afschrijvingen bedrijfsmiddelen, incassokosten, aantrekken en beheer collectieve contracten ed. (ca. € 46 per premiebetaler).

Vraag 270

Hoe verhoudt gecontracteerde zorg zich tot ongecontracteerde zorg de afgelopen tien jaar en in welke sector komt ongecontracteerde zorg het meest voor?

Antwoord:

In de sectoren wijkverpleging en de ggz is het aandeel niet-gecontracteerde zorg het hoogst.

Het aandeel niet-gecontracteerde wijkverpleging heeft zich in de afgelopen jaren als volgt ontwikkeld: 1,3% in 2015, 4,2% in 2016, 7,2% in 2017, 9% in 2018, 5,7% in 2019, 5,1% in 2020. Het aandeel niet-gecontracteerde ggz heeft zich als volgt ontwikkeld: 6,3% in 2016, 7,2% in 2017, 8% in 2018 en 2019.

Voor andere sectoren zijn deze gegevens niet beschikbaar.

Vraag 271

Wie gaat de bovenregionale (uniek voorkomende) en cruciale ggz zorg financieren nadat deze zorg via regiobeelden in kaart is gebracht, zoals afgesproken in het IZA? Wordt dit landelijk of regionaal gefinancierd?

Antwoord:

Zoals voor andere typen zorg geldt, zal ook deze zorg door de zorgverzekeraars worden ingekocht. Om te zorgen dat er voldoende zorg wordt ingekocht, zal er een landelijke casuïstiektafel (organisaties van zorgaanbieders, verzekeraars, sociaal domein) voor hoogcomplexen ggz-zorg worden georganiseerd om te bepalen wat het noodzakelijke aanbod moet zijn en waar dit aanbod het beste georganiseerd kan worden.

Vraag 272

Wie zullen gaan werken in de op te richten mentale gezondheidscentra? Waar wordt personeel voor deze mentale gezondheidscentra vandaan gehaald?

Antwoord:

De term «mentale gezondheidscentra» is een werktitel, deze mag per regio anders worden ingevuld. Het is naar het voorbeeld van de mentale gezondheidscentra van GGZ Breburg. De huisarts verwijst hier mensen naartoe met psychische klachten én problemen op andere levensdomeinen. GGZ professionals, zoveel mogelijk ondersteund door ervaringsdeskundigen en in samenwerking met professionals uit het sociaal domein, voeren in deze centra verkennende gesprekken waarbij vanuit verschillende invalshoeken naar de patiënt en zijn ondersteunings- en/of zorgvraag wordt gekeken. Het betreft dus bestaande professionals in de ggz en het sociaal domein. Zij zorgen dat mensen eerder passende ondersteuning en zorg krijgen. Bovendien kan zo worden voorkomen dat mensen die andersoortige hulp nodig hebben onterecht instromen in de GGZ.

Vraag 273

Welk deel van de subsidies voor medisch specialistische zorg wordt gebruikt voor snellere toegang tot nieuwe innovatieve geneesmiddelen?

Antwoord:

Verschillende subsidies vanuit Ministerie van VWS zijn erop gericht om geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg sneller bij de patiënt te krijgen. Zo is er een pilot waarin het College ter Beoordeling Geneesmiddelen (CBG) en het Zorginstituut de beoordeling voor de markttoelating en de pakkettoelating van een nieuw geneesmiddel parallel (in plaats van volgorde) laten verlopen. Hiervoor is € 0,1 miljoen gereserveerd.

Daarnaast is er de subsidieregeling Veelbelovende Zorg. Met deze subsidieregeling wordt beoogd veelbelovende zorg sneller in het basispakket op te nemen door onderzoek te doen naar de therapeutische meerwaarde en de kosteneffectiviteit van deze behandelingen. Voor deze subsidieregeling is een budget gereserveerd oplopend naar structureel € 60 miljoen per jaar. Dit gaat naar zorg in den brede, dus nieuwe behandelingen, medische technologie én geneesmiddelen. Voor geneesmiddelen valt onderzoek naar off-label-gebruik van geregistreerde, bestaande, geneesmiddelen en onderzoek naar niet-geregistreerde Advanced Therapeutic Medicinal Products (ATMP's) onder deze subsidie-regeling. Zo is vanuit deze subsidieregeling € 30 miljoen aan subsidie verleend aan het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) voor verder onderzoek naar een veelbelovende kankerbehandeling (CAR-T's).

Tot slot spelen ook de beroepsgroepen een belangrijke rol bij het versnellen van toegang tot de patiënt, door het tijdig bepalen van de toegevoegde waarde van een geneesmiddel en wat de beste plek van dit middel is in de behandeling van de patiënt. Om hen hierin te faciliteren krijgt de Federatie Medisch Specialisten (FMS) een subsidie om bij

meerdere wetenschappelijke verenigingen op een eenduidige wijze geneesmiddelencommissies in te richten.

Vraag 274

Hoe gaat u de motie die oproept tot een nationaal actieplan kanker vormgeven? Gaat Nederland daarvoor een beroep doen op Europees budget, bijvoorbeeld uit het Recovery and Resilience Facility (RRF), zoals in het Europe's Beating Cancer Plan wordt geopend?

Antwoord:

Op 8 juli 2022 stuurde ik uw Kamer een brief met mijn reactie op de moties inzake een Nationaal Programma Kanker (Kamerstuk 32 793, nr. 630). Hierin gaf ik aan dat ik voornemens ben om de interne coördinatie op kanker te versterken, met als doel om de verbinding binnen het departement en tussen het departement en het veld te verbeteren. Deze versterking wordt met de middelen die de coalitie beschikbaar heeft gesteld voor onderzoek naar en de aanpak van volksziektes gedekt. Hoe deze capaciteit het beste kan worden ingezet, ook gelet op initiatieven in en wensen van de samenleving, moet nog nader worden uitgewerkt. Hierin wordt ook de internationale context betrokken.

U vraagt ook of Nederland hierin een beroep doet op het Recovery and Resilience Facility. Op 8 juli jl. heeft het kabinet het Nederlandse Herstellen Veerkrachtplan formeel ingediend bij de Europese Commissie (te raadplegen via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/07/08/nederlands-herstel--en-veerkrachtplan>). In dit plan is niet specifiek aandacht voor oncologie.

Vraag 275

Kunt u toelichten op welke manier het bedrag van € 63,1 miljoen voor oncologie in de medisch specialistische zorg verdeeld wordt? Hoe dit wordt uitgegeven en op welke termijn?

Antwoord:

VWS stelt in 2023 € 19,2 miljoen beschikbaar voor het bevorderen van fundamenteel, translationeel en klinisch kankeronderzoek ten behoeve van verbetering van de overleving van kanker en het bevorderen van kwaliteit van leven van de patiënt. Voor het verbeteren van de oncologische en palliatieve zorg door het verzamelen van gegevens, het bewaken van kwaliteit, het faciliteren van samenwerkingsverbanden en bij- en nascholing is in 2023 € 38,2 miljoen beschikbaar. Daarnaast is € 4,8 miljoen beschikbaar voor de eenmalige registratie van alle pathologie-uitslagen, het beheer hiervan in een landelijke databank en het computernetwerk voor de gegevensuitwisseling met alle pathologielaboratoria in Nederland. Deze gegevens vormen de basis voor de landelijke kankerregistratie, zijn onmisbaar voor de evaluatie en monitoring van de bevolkingsonderzoeken, ondersteunen de patiëntenzorg en worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek. Tenslotte stelt VWS in 2023 middelen beschikbaar voor ontwikkeling, onderhoud en beheer van oncologische richtlijnen.

Vraag 276

Kunt u toelichten op welke manier het bedrag van € 63,1 miljoen voor oncologie in de medisch specialistische zorg zich verhoudt tot de € 150 miljoen die vanuit het coalitieakkoord beschikbaar is gesteld aan het Nationaal Programma Palliatieve Zorg (NPPZ) II?

Antwoord:

In de verzamelbrief Langdurige zorg van 6 juli 2022 zijn de plannen met betrekking tot de € 150 miljoen voor Nationaal Programma Palliatieve

Zorg (NPPZ) II op basis van het coalitieakkoord nader toegelicht. Deze middelen worden ingezet om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de palliatieve zorg en geestelijke verzorging thuis te verbeteren. Palliatieve zorg wordt gegeven aan mensen die niet meer kunnen genezen, bijvoorbeeld kanker, dementie, COPD of hartfalen.

Deze plannen staan los van het bedrag van € 63,1 miljoen voor subsidies voor oncologie in de medisch-specialistische zorg, zoals toegelicht in vraag 275.

Vraag 277

Wanneer is de verwachting dat het voorgenomen besluit van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), om bekostiging van moleculaire diagnostiek uit de diagnose-behandelcombinatie te halen en apart te bekostigen via een add-on, formeel bestendigd wordt?

Antwoord:

In de medisch-specialistische zorg gaan de ontwikkelingen snel. Zowel de regels als de bekostiging moeten hierop blijven aansluiten. Daarom publiceert de NZa per jaar verschillende dbc-releases met wijzigingen in tarieven, prestaties en regels om de bekostiging up-to-date te houden. De planning en inhoud van deze releases worden door de NZa op haar website gecommuniceerd.

De aanpassing van de bekostiging van moleculaire diagnostiek is opgenomen in release RZ23b. Deze release is eind september vastgesteld en gepubliceerd. Ingangsdatum van deze wijziging is 1 januari 2023.

Vraag 278

Wat is de status van de inkooptrajecten van zorgverzekeraars bij ziekenhuizen voor wat betreft de inzet van moleculaire diagnostiek vanaf januari 2023?

Antwoord:

Per 1 januari 2023 wordt de bekostigingssystematiek van de (predictieve) moleculaire diagnostiek in de oncologie aangepast. Deze vorm van diagnostiek wordt uit de diagnose-behandelcombinatie gehaald en apart bekostigd via vijf verschillende add-ons. De aanpassing van deze bekostiging komt voort uit een breder traject rondom moleculaire diagnostiek onder regie van Zorginstituut Nederland (ZIN). Doel van dit brede traject is, samen met stakeholders, de inrichting van de moleculaire diagnostiek in Nederland te optimaliseren.

Onderdeel van dit traject is dat onder regie van ZIN een werkgroep met ZN, NZa, NVZ, NFU en NVVP⁷⁶ herstart wordt met betrekking tot de bekostiging. In deze werkgroep zal ruimte zijn voor het bespreken van de implementatie uitdagingen en doorontwikkelingsvraagstukken rond de add-on bekostiging.

Er is momenteel geen zicht op de status van de inkooptrajecten rondom dit onderwerp. Wel is bekend dat de Commissie voor Beoordeling van Add-on Geneesmiddelen en Moleculaire Diagnostiek (CieBAG) van ZN op dit ogenblik bezig is om in overleg met de beroepsgroepen randvoorwaarden vast te stellen voor de inzet van moleculaire diagnostiek in de oncologie op basis van bewijslast die voldoet aan Stand van Wetenschap en Praktijk, kwaliteit, expertise en doelmatigheid. Een van de voorwaarden is bijvoorbeeld dat ieder ziekenhuis binnen een regionaal netwerk moet

⁷⁶ Zorgverzekeraars Nederland, Nederlandse Zorgautoriteit, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Federatie van Universitair medische centra, Nederlandse Vereniging voor Pathologie.

gaan samenwerken met een expertisecentrum met een moleculaire tumor board (Centrum voor Moleculaire Diagnostiek (CMD)) en uitsluitend diagnostische testen uit kan voeren onder regie van het CMD. Deze randvoorwaarden zijn nodig om de uitvoering van moleculaire diagnostiek in de nabije toekomst in alle regio's in Nederland optimaal vorm te geven, waarbij kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid geoptimaliseerd worden.

Vraag 279

Hoe gaat u ervoor zorgen dat kankerpatiënten en medisch specialisten goed en tijdig kennis kunnen nemen van de mogelijkheden rondom de inzet van moleculaire diagnostiek vanaf 1 januari 2023?

Antwoord:

Per 1 januari 2023 wordt de bekostiging van moleculaire diagnostiek aangepast. Separaat aan deze aanpassing loopt onder regie van Zorginstituut Nederland het traject moleculaire diagnostiek. Bij dit traject wordt onder andere gekeken naar de plaatsbepaling en organisatie van zorg rondom deze vorm van diagnostiek. Alle relevante partijen zoals medisch specialisten, zorgaanbieders en patiënten worden bij dit traject door Zorginstituut Nederland betrokken en daarmee ook geïnformeerd.

Vraag 280

Wat doet u om in regio's die stappen ondernemen in de richting van passende bekostiging voor integrale geboortezorg, te voorkomen dat zorgverzekeraars of andere spelers in het veld die de besluitvorming beïnvloeden een van beide opties zouden uitsluiten?

Antwoord:

De zorgverzekeraars hebben mij voorafgaand aan het tweesporenbeleid verzekerd dit te steunen. Ik ga er dan ook vanuit dat beide opties ondersteund worden. Daarbij heb ik de NZa gevraagd om op dit punt de ontwikkelingen te monitoren

Vraag 281

Om welke specifieke subsidies gaat het bij de € 30 miljoen die beschikbaar is gesteld voor het verstrekken van subsidies ter bevordering van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de curatieve ggz?

Antwoord:

In de begroting is € 30 miljoen euro beschikbaar gesteld in het kader van subsidies voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de curatieve GGZ. Voor subsidies op het terrein van de suïcidepreventie is in 2023 € 16,7 miljoen beschikbaar. Hiervan is € 11,6 miljoen beschikbaar voor activiteiten op het terrein van hulpverlening, onderzoek, opleiding en communicatie. Verder is in 2023 € 5,0 miljoen beschikbaar voor de uitvoering van de doelstellingen en activiteiten van de derde landelijke agenda suïcidepreventie (2021–2025). In deze agenda staat versterking van de netwerkaanpak centraal, waarbij mensen, bedrijven en organisaties binnen en buiten de zorg zich inzetten voor het verminderen van suïcidepogingen en suïcides. Daarnaast worden middelen beschikbaar gesteld voor een lopend ZonMw onderzoeksprogramma naar het leveren van nieuwe kennis om het aantal suïcides in Nederland terug te dringen.

Voor het ondersteunen van de afronding van de implementatie en de uitvoering van Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvggz) is structureel € 10,7 miljoen beschikbaar. De middelen zijn onder andere beschikbaar voor ondersteuning van de ketensamenwerking en vertrouwenswerk in de ggz. Het grootste deel van dit budget gaat naar de instellingssubsidies voor vertrouwenspersonen (€ 8,3 miljoen in 2023).

Dat maakt het mogelijk dat er bij verplichte zorg een beroep kan worden gedaan op de patiëntvertrouwenspersoon (pvp) en de familievertrouwenspersoon (fvp). De werkzaamheden van de pvp en fvp hebben hun wettelijke basis in de Wvggz. Tenslotte worden nog middelen gereserveerd voor kleinere subsidies in het kader van uitvoering Wvggz.

Vraag 282

Hoeveel ggz-instellingen zijn er gesloten in de afgelopen vijf jaar? Wat voor type ggz zorg verleenden deze instellingen?

Antwoord:

Uit oogpunt van het belang van continuïteit van zorg geldt dat verzekeraars in het kader van de vroegsignaleringsafspraken bij de NZa een melding moeten doen als voorzien wordt dat de continuïteit van zorg in het geding is. In het geval van een sluiting van een deel van de ggz-instelling/vestiging hoeft de continuïteit van zorg niet per definitie in het geding te zijn. In dergelijke gevallen wordt dit niet als een sluiting geregistreerd. Hierdoor is het door u verzochte overzicht niet te geven. Wel werken we aan meer zicht en grip op het aanbod van cruciale zorg, hiertoe worden door zorgaanbieders en verzekeraars nu concrete stappen gezet in het kader van het IZA.

Vraag 283

Wat is de status van FairMedicine, waar VWS in het verleden 2,8 mln. euro subsidie aan heeft verleend?

Antwoord:

De subsidie van VWS waar u naar verwijst, liep tot eind 2020. Uw Kamer is op 12 februari 2021 geïnformeerd over de kennis en ervaring die hiermee is opgedaan. Het was de intentie van Fair Medicine om diens activiteiten (al dan niet in aangepaste vorm) ook na het verlopen van de subsidie voort te zetten en dat zij ernaar streefden om op termijn een eerste geneesmiddel naar de markt te brengen. Mij is niet bekend of dit al is gelukt.

Vraag 284

Aan welk farmaceutisch personeel is momenteel de grootste behoefte? Hoe gaat u ervoor zorgen dat vraag en aanbod van personeel op elkaar aansluiten?

Antwoord:

Er zijn signalen over tekorten aan farmaceutisch personeel, echter concrete cijfers over tekorten naar beroepsgroep zijn mij niet bekend. Met het programma «Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg; Samen anders leren en werken» (TAZ) worden de uitdagingen opgepakt die er liggen voor de arbeidsmarkt in zorg en welzijn. Binnen dit programma zetten we in op drie lijnen:

- ruimte voor behoud door goed werkgeverschap en werkplezier
- ruimte voor (zij-) instroom door leren en ontwikkelen
- ruimte voor innovatieve werkvormen

Een uitwerking van dit programma is vrijdag 30 september naar de kamer verstuurd (Kamerbrief met Programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (programma TAZ) | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl).

Vraag 285

Wat heeft de Subsidieregeling Veelbelovende Zorg Sneller bij de Patiënt tot nu toe concreet opgeleverd? Kunt u ter verduidelijking een aantal voorbeelden geven? Tot welke concrete resultaten voor de patiënt heeft deze subsidieregeling tot nu toe geleid?

Antwoord:

De subsidieregeling Veelbelovende zorg is in 2019 gestart. Via deze regeling is het mogelijk tijdelijke financiering voor behandelingen te krijgen die qua (kosten)effectiviteit veelbelovend lijken, maar nog niet uit het basispakket worden vergoed, omdat de effectiviteit nog niet is bewezen. Onderzoek naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van (nieuwe) zorg ten opzichte van de huidige behandeling neemt tijd in beslag omdat er voldoende follow-up gegevens moeten worden verzameld. Na afronding van het onderzoek volgt een duiding van Zorginstituut Nederland (ZIN) over opname van de behandeling in het basispakket. Geen van de onderzoeken waaraan tot nu toe subsidie is toegekend zijn in dat stadium. Het betreft hier immers langlopend onderzoek, met een maximale looptijd van 6 jaar. De eerste onderzoeken zijn in 2020 gehonoreerd.

Enkele voorbeelden van lopende onderzoeksprojecten:

- Onderzoek naar de werking van «in huis» geproduceerde CAR T-cellen (immuuntherapie)
- Doelmatigheid en kosteneffectiviteit van orale esketamine ten opzichte van elektroshocktherapie bij patiënten met ernstige, niet-psychotische, behandelingsresistente depressie
- Automatische regulering van de bloedglucose bij type 1 diabetes: effectiviteit van de kunstalveesklier
- Kniedistractie vergeleken met een knieprothese voor patiënten met ernstige knieartrose die onvoldoende reageren op conservatieve behandelingen
- Veelbelovende nazorg voor kwetsbare patiënt op de IC
- Orale immunotherapie bij kinderen ter genezing van een voedselallergie (ORKA)
- Onderzoek naar doorknippen middenrifbandje bij chronische buikklachten (CARoSO)
- Onderzoek naar nieuwe behandeling bij lekkage van de hartklep (TRACE-NL)

Vraag 286

Welke middelen zijn beschikbaar voor strategische samenwerking met producerende landen buiten Europa om de afhankelijkheid van landen als China en India terug te dringen?

Antwoord:

In dit stadium verken ik via bilaterale contacten of een samenwerking met producerende landen buiten Europa wenselijk is, en zo ja in welke vorm, en op welke terreinen. Er zijn geen concrete middelen gereserveerd voor eventuele samenwerkingen met producerende landen.

Vraag 287

Hoe verhouden de voorstellen van de subsidieregeling Veelbelovende Zorg Sneller bij de Patiënt zich tot het Orphan Drug Access Protocol (ODAP)-initiatief van wetenschap, medici en zorgverzekeraars?

Antwoord:

Met de subsidieregeling Veelbelovende Zorg Sneller bij de Patiënt wordt beoogd veelbelovende zorg sneller in het basispakket op te nemen door onderzoek te doen naar de therapeutische meerwaarde en de kosteneffectiviteit van deze behandelingen. Het budget dat voor deze subsidieregeling gereserveerd is gaat naar zorg in den brede. Dat wil zeggen nieuwe behandelingen, medische technologie én geneesmiddelen. Voor geneesmiddelen valt onderzoek naar off-label-gebruik van geregistreerde, bestaande, geneesmiddelen en onderzoek naar niet-geregistreerde *Advanced Therapeutic Medicinal Products* (ATMP's) onder deze subsidie-

regeling. Zo is vanuit deze subsidieregeling € 30 miljoen aan subsidie verleend aan het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) voor verder onderzoek naar een veelbelovende kankerbehandeling (CAR-T's).

Orphan Drug Access Protocol (ODAP) is een initiatief van zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars in samenwerking met Zorginstituut Nederland. Het initiatief bevindt zich in een pilotfase. Doel is om nieuwe, veelbelovende maar dure geneesmiddelen voor (zeer) zeldzame niet-oncologische geneesmiddelen sneller beschikbaar te laten zijn voor patiënten. Hiervoor wordt via deze pilot een nieuwe toegangsroute verkend. De verwachting is dat het in de pilot fase zal gaan om drie tot vijf nieuwe geneesmiddelen en enkele honderden patiënten. De pilot wordt financieel mogelijk gemaakt door Zorgverzekeraars Nederland. De coördinatie van de pilot ligt bij platform Medicijn voor de Maatschappij.

Vraag 288

Worden er in Nederland al concrete stappen gezet om de afhankelijkheid van grondstoffen uit China en India te verminderen?

Antwoord:

Ik vind het belangrijk in Europees verband te bespreken waar de grootste ongewenste afhankelijkheden in de productie van geneesmiddelen zitten en hoe we deze kunnen verminderen, omdat we als Nederland het meest krachtig zijn als we internationaal samenwerken op dit vlak. Deze gesprekken worden al gevoerd met de Europese Commissie, en bilateraal met lidstaten, in het kader van de Europese farmaceutische strategie, de herziening van de EU basiswetgeving geneesmiddelen, de EU industrie strategie en binnen de recent opgerichte Europese *Health Emergency Preparedness Authority and Response Authority* (HERA).

In dit kader is inzetten op productie dichtbij huis (in Nederland en de EU) een route die kan bijdragen aan minder afhankelijk zijn van productie van grondstoffen in een beperkt aantal landen. Ik heb daarom onderzoek gedaan naar beleidsinstrumenten die hiervoor ingezet kunnen worden. Ook breng ik het bestaande productielandschap voor geneesmiddelen in Nederland in kaart. Deze inzichten neem ik in mee in mijn analyse over welke rol Nederland kan spelen in Europees verband.

Vraag 289

Wat is de definitie van zelfzorg in deze context en hoe wordt die gemeten? Op welke manier wordt meer zelfzorg bereikt?

Antwoord:

Ik versta onder digitale (zelf)zorg middelen die zelfstandig door een patiënt te raadplegen zijn en de patiënt ondersteunen in besluiten of het nodig is om een beroep te doen op zorg. Digitale (zelf)zorgmiddelen hebben informatievoorziening als doel en zijn geen medische hulpmiddelen. Voorbeelden van digitale (zelf)zorgmiddelen zijn thuisarts.nl en apotheek.nl.

Digitale (zelf)zorgmiddelen kunnen ondersteunen bij zelfzorg, zelfregie en Samen Beslissen. In het Integraal Zorg Akkoord is afgesproken om in te zetten op de doorontwikkeling en stevigere inbedding in het zorglandschap van digitale (zelf)zorgmiddelen. Hiervoor is in 2023 € 2,7 miljoen beschikbaar. Over de voorwaarden waaronder de financiële middelen ingezet kunnen worden maak ik afspraken met onder andere het Nederlands Huisartsen Genootschap, de Federatie Medisch Specialisten, de Patiëntenfederatie en Zorgverzekeraars Nederland.

Vraag 290

Hoe vaak is in de afgelopen vijf jaar een beroep gedaan op de Regeling financiering zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen? Welke bedragen zijn hiermee gemoeid?

Antwoord:

In de onderstaande tabel is het aantal gehonoreerde declaraties voor onverzekerbare vreemdelingen opgenomen. Het is niet bekend voor hoeveel unieke personen een declaratie is ingediend.

Tabel – Aantal declaraties bijdrageregeling CAK (bron: CAK)

Aantal declaraties	2017	2018	2019	2020	2021
Aantal	36.631	26.638	37.116	39.823	39.467

In de onderstaande tabel zijn de door het CAK toegekende declaraties voor verleende zorg aan onverzekerbare vreemdelingen opgenomen.

Tabel – Zorgkosten bijdrageregeling CAK (bron: CAK)

Zorgvorm x € 1.000	2017	2018	2019	2020	2021
Ziekenhuizen	19.838	14.795	22.807	26.294	22.978
Farmacie	4.271	4.276	4.000	5.042	5.382
GGZ	6.598	9.433	8.257	7.987	8.185
AWBZ / WLz	2.132	1.978	2.352	2.343	2.912
Hulpmiddelen	108	107	136	151	143
Ambulancevervoer	734	485	1.016	1.265	989
Eerstelijnschulp					
Huisartsen	1.140	508	1.128	1.012	1.791
Tandartsen	198	90	130	140	126
Verloskunde	617	464	746	809	714
Kraamzorg	1.172	1.094	2.068	1.631	1.282
Paramedici	76	48	46	50	132
GGD'en	147	106	456	1.237	2.400
Totaal	3.350	2.310	4.574	4.879	6.445
Totaal	37.031	33.384	43.141	47.961	47.034

Vraag 291

Wat houdt de zogenaamde «leefstijlcoalitie» precies in?

Antwoord:

Het doel van de leefstijlcoalitie is structurele inbedding van bewezen effectieve leefstijl als (onderdeel van de) behandeling in of vanuit de curatieve zorg. Om hier uitvoering aan te geven wordt een brede leefstijlcoalitie in het veld ingericht, waaraan een brede coalitie van zorgpartijen en kennisinstituten uitvoering geeft. De coalitie zal zich richten op o.a. onderzoek, richtlijnen, onderwijs, patiënten en implementatie. Op dit moment lopen er gesprekken met ZonMw, Patiëntenfederatie Nederland en TNO, over de exacte invulling van de activiteiten van de leefstijlcoalitie

Vraag 292

Hoeveel subsidie gaat er naar medische preventie en hoeveel naar leefstijlpreventie?

Antwoord:

Vanuit de reguliere middelen op de VWS-begroting wordt er al jaren ingezet op medische preventie en op leefstijl en preventie. Zoals in het antwoord op vraag 225 is in Nederland 3,3% van de zorguitgaven

gerelateerd aan preventie, waaronder campagnes, vaccinaties, screenings, epidemiologische surveillance, gezondheidschecks bij bijvoorbeeld zwangere vrouwen in de jeugdgezondheidszorg of tandartscontrole. In het huidige Coalitieakkoord is € 60 miljoen vrijgemaakt voor de brede preventie aanpak. Hiervan zal in 2022 tot en met 2025 jaarlijks per thema circa € 10 miljoen worden ingezet voor tabaksontmoediging, het terugdringen van problematisch alcoholgebruik, het tegengaan van overgewicht, beweegstimulering, mentale gezondheid, en lokaal preventiebeleid. Vanuit de enveloppe Volksziekten wordt daarnaast in 2023 tot en met 2025 in totaal circa € 225 miljoen vrijgemaakt voor een gezonde leefstijl en omgeving en de aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen en volwassenen.

Vraag 293

Welke concrete acties gaan uw ministerie en het Zorginstituut ondernemen om meer in te zetten op passende zorg?

Antwoord:

Passende zorg zit zowel bij het Ministerie van VWS als het Zorginstituut vervlochten in de reguliere werkzaamheden. In het Integraal Zorgakkoord (TK 31 765, nr. 655) zijn meer concrete afspraken gemaakt om passende zorg verder te brengen. Zo werken het ministerie en het Zorginstituut de komende periode bijvoorbeeld samen aan het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket om zo passende zorg ook in het pakketbeheer de norm te laten zijn en agendeert het Zorginstituut via signalen welke vraagstukken opgepakt moeten worden om tot meer passende zorg te komen. Het onlangs verschenen signalement «passende zorg voor mensen met kanker: netwerk- en expertzorg» (TK 31 765, nr. 656) is daar een goed voorbeeld van.

Vraag 294

Welke opdrachten van € 14,1 miljoen worden er uitgevoerd ten behoeve van passende zorg?

Antwoord:

In 2023 wordt allereerst € 3,4 miljoen beschikbaar gesteld voor extra inzet vanuit VWS en het Zorginstituut op passende zorg. Met behulp van deze middelen zet het Zorginstituut in op een intensivering van haar pakket- en kwaliteitstaken om zo passende zorg verder te brengen. Daarnaast wordt € 2,7 miljoen beschikbaar gesteld voor de (door)ontwikkeling en inbedding van digitale en hybride (zelf)zorghulpmiddelen in het zorgproces ten behoeve van zorgvragers en zorgverleners. Digitale zorghulpmiddelen kunnen, bij passende inzet, onder andere bijdragen aan het ondersteunen van zelfzorg/ zelfregie, het verminderen van de druk op de zorgverleners, samen beslissen en het gebruik van richtlijnen in de praktijk. Tot slot wordt € 8 miljoen beschikbaar gesteld voor de volgende fase van het programma Uitkomstgerichte Zorg. Informatie over uitkomsten van zorg en de impact van zorg op de kwaliteit van leven is immers een belangrijke randvoorwaarde om passende zorg vorm te kunnen geven.

Vraag 295

Waar is de € 3,4 miljoen voor passende zorg voor het Zorginstituut voor bedoeld? Gaat dit om personele kosten? Of gaat dit om een aanpassing van het beoordelingskader?

Antwoord:

In 2023 wordt € 3,4 miljoen beschikbaar gesteld voor extra inzet vanuit VWS en het Zorginstituut op passende zorg. Het Zorginstituut is exclusief belast met de duiding van en advisering over onder meer de inhoud van

het verzekerde pakket op grond van de Zvw en de Wlz en bevordering van (inzicht in) de kwaliteit van zorg. Het Zorginstituut zet in op een intensivering van deze pakket- en kwaliteitstaken teneinde passende zorg te realiseren. Het is aan het Zorginstituut om vanuit dit uitgangspunt invulling te geven aan de besteding van de middelen.

Vraag 296

Hoeveel wordt er op dit moment gebruik gemaakt van digitale ggz zorg? Hoeveel van de behandelingen zijn volledig digitaal? Hoeveel van de behandelingen zijn hybride?

Antwoord:

In de tarifiering wordt op dit moment voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) geen onderscheid gemaakt tussen een digitale behandeling op afstand of een fysieke behandeling. Daarmee is dus ook niet exact geregistreerd hoeveel er gebruik gemaakt wordt van digitale zorg. Wel heeft het kwaliteitsinstituut Akwa ggz in 2021 een representatief onderzoek gedaan naar het gebruik van digitale zorg in de ggz. Het RIVM verwijst in zijn eHealthmonitor over 2021 naar dit onderzoek.

Uit het onderzoek van Akwa ggz onder zorgprofessionals en cliënten blijkt dat steeds meer zorgaanbieders online hulp bieden bij psychische, sociale of maatschappelijke problemen. De coronapandemie heeft daarin ook voor versnelling gezorgd. eHealth ontwikkelt zich volop en het aanbod groeit. Meer dan 90% van de zorgprofessionals maakt gebruik van eHealth en rond de 40% van de cliënten geeft aan dat tijdens de behandeling gebruik is gemaakt van digitale zorg. De meerderheid van de professionals (84%) vindt eHealth een waardevolle toevoeging in de ggz en een ruime meerderheid van de respondenten (82%) denkt dat eHealth in de toekomst meer gebruikt gaat worden. Onder de patiënten vindt iets minder dan twee derde eHealth een waardevolle toevoeging in de ggz.

Inzet van digitale zorg kan een bijdrage leveren aan het terugdringen van de wachtlijsten in de ggz en kan de patiënt ook meer regie geven bij zijn behandeling. In het IZA heb ik, de Minister van LZS, daarom afspraken gemaakt met de ggz-sector over het streven naar zoveel mogelijk hybride werkvormen waar dit passend is voor de patiënt, door meer inzet van digitale middelen. Hierdoor moet zo'n 6% van de behandelcapaciteit vrijgespeeld worden. Deze capaciteit kan worden ingezet om meer patiënten te behandelen.

Vraag 297

Welke resultaten zijn de afgelopen vijf jaar door het Centraal Justitieel Incassobureau (CJIB) behaald als het gaat om het opsporen van onverzekerde verzekeringsplichtigen?

Antwoord:

De onverzekerdenregeling wordt uitgevoerd in een keten van de SVB, het CAK en het CJIB. De opsporingsactiviteiten in het kader van de Wet Ovoz worden door de SVB in opdracht van het CAK verricht. De SVB beheert de volledige verzekerdenadministratie van de volksverzekeringen. De SVB meldt de resultaten van de in opdracht van het CAK uitgevoerde bestandsvergelijking aan het CAK. Een onverzekerde die door middel van bestandsvergelijking is opgespoord, krijgt eerst een brief van het CAK en kan daarna eventueel worden beboet en ambtshalve worden verzekerd. Het CJIB voert in opdracht van het CAK de incasso-activiteiten van de onverzekerdenregeling uit.

De onderstaande tabel toont het verloop van het aantal aangeschreven onverzekerden, het aantal onverzekerden dat uit het Ovoz-traject is gestroomd en de stand van het aantal actieve onverzekerden.

Tabel – Aantal onverzekerden per jaar per 31 december (bron: CAK)

	2017	2018	2019	2020	2021
Aangeschreven	58.914	67.444	84.992	62.553	60.608
Einde onverzekerd	64.450	60.663	84.327	67.163	56.992
Stand actief onverzekerden	17.424	24.205	24.870	20.260	23.876

De onderstaande tabel toont de baten (opgelegde boetes en premies) en lasten (te betalen premie aan zorgverzekeraars en toevoegingen aan de voorziening oninbare vorderingen).

Tabel – Baten en lasten onverzekerden (bron: CAK)

Baten en lasten onverzekerden (x € 1 mln)	2017	2018	2019	2020	2021
Baten					
Boetes opgelegd aan onverzekerden	7,7	8,3	11,0	9,0	9,8
Premie opgelegd aan ambtshalve verzekerden	4,9	4,3	5,3	6,5	5,3
Totale baten	12,6	12,6	16,3	15,5	15,1
Lasten					
Te betalen premie aan zorgverzekeraars	7,3	4,3	5,3	6,5	5,4
Dotatie aan voorziening oninbaar onverzekerden	7,4	10,7	13,9	11,7	10,7
Totale lasten	14,7	15,0	19,2	18,2	16,1
Saldo baten en lasten	- 2,1	- 2,4	- 2,9	- 2,7	- 1,0

De onderstaande tabel toont de redenen dat aangeschreven vermeende onverzekerde verzekeringsplichtigen niet meer in het traject van de Wet Ovoz zitten in de periode maart 2011 tot en met 2021.

Tabel – Reden tot uitschrijving in de periode maart 2011 tot en met 2021 (bron: CAK)

Reden uitschrijving	Totaal
Ingeschreven bij zorgverzekeraar	419.444
Ambtshalve verzekerd	43.360
Niet (meer) Wlz-verzekerd	317.946
Overig	6.495
Totaal	787.245

Vraag 298

Hoeveel organisaties in de langdurige zorg (graag aantallen en percentages) krijgen extra budget vanuit de stimuleringsregelingen voor innovatie vanuit de Wlz? Hoeveel budget is daarmee gemoeid? Welke criteria zijn doorslaggevend voor het al dan niet toekennen van extra budget voor innovatie?

Antwoord:

Het stimuleringsbudget Wlz is bedoeld om de regionale samenwerking te versterken, zodat zorgkantoren en Wlz-zorgaanbieders gezamenlijk de

toekomstige uitdagingen op verschillende terreinen aan kunnen gaan (arbeidsmarkt, technologie & innovatie en capaciteitsontwikkeling). Daaronder vallen ook het stimuleren van modern werkgeverschap en de (opschaling van) bewezen effectieve technologie en innovatie. In 2022 is hiervoor € 30 miljoen beschikbaar en in de jaren 2023 t/m 2026 is inclusief de uitvoeringskosten jaarlijks € 31 miljoen beschikbaar. Zorgaanbieders kunnen gezamenlijk bij hun zorgkantoor een aanvraag indienen. Het zorgkantoor neemt met inachtneming van zijn zorginkoopkader en de doelen van de regeling een besluit over toekenning van de aanvraag. De aanvragen voor 2022 en 2023 worden nog dit jaar ingediend. Op dit moment is dus nog niet bekend hoeveel zorgaanbieders daarbij betrokken zijn en voor welke onderwerpen aanvragen ingediend worden.

Daarnaast bestaat de Beleidsregel Innovatie beschikbaar (via NZa) ten behoeve van het stimuleren van innovatie vanuit de Wlz. Het beschikbare budget is hiervoor verhoogd van € 10 miljoen in 2021 naar € 17,5 miljoen in 2022 en jaarlijks € 20 miljoen voor de jaren 2023 tot en met 2027. In 2022 zijn er 29 organisaties die gebruik maken van de regelingen, voor 2023 zijn dit er 27. Het budget is per project maximaal € 500.000 per jaar. De criteria voor toekenning zijn te vinden in de Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten. De voorwaarden voor toekenning zijn onder andere dat een project een duidelijk innovatief karakter heeft en gericht is op het verbeteren van de prijs/kwaliteit verhouding in de zorg.

Waar het stimuleringsbudget zich dus onder andere richt op het opschalen van bewezen innovaties, biedt de beleidsregel van de NZa ruimte om te experimenteren.

Vraag 299

Waarom wordt de € 150 miljoen voor NPPZ II niet structureel gemaakt en enkel opgenomen voor de jaren 2022 tot 2027?

Antwoord:

In het coalitieakkoord zijn tijdelijke middelen opgenomen om de palliatieve zorg en geestelijke verzorging thuis een impuls te geven. Deze middelen worden onder andere ingezet om het kwaliteitskader palliatieve zorg door te ontwikkelen, expertisecentra te versterken, uitvoering te geven aan het Nationaal programma palliatieve zorg 2021–2026, het versterken van de functie geestelijke verzorging thuis en het financieren van pilots hospicezorg. Met deze impuls worden palliatieve zorg en geestelijke verzorging thuis structureel op een hoger niveau gebracht.

Vraag 300

Voldoen alle instellingen in de langdurige zorg over een goed ventilatiesysteem/CO₂-meters om zo beter voorbereid te zijn op uitbraken van infectieziekten?

Antwoord:

De grotere gebouwen in de langdurige zorg hebben ventilatiesystemen volgens de eisen van het bouwbesluit. Er zijn mij geen signalen bekend dat er sprake is van meer dan incidentele problemen met ventilatiesystemen in de langdurige zorg. Het komende half jaar wordt niettemin in de langdurige zorg onderzoek gedaan naar typen van gebouwen en gebruikte ventilatiesystemen. In 2023 en verder kan met steekproeven een beeld worden gekregen van bijv. gebruik en onderhoud van deze systemen.

CO₂-meters kunnen een indicatie geven, zeker in drukke verkeersruimten, van de mate van luchtverversing in relatie tot het gebruik van de ruimte. De CO₂-waarde heeft geen relatie met uitbraken van een infectieziekte

Daarnaast heb ik, de Minister van LZS, in het kader van mijn programma pandemische paraatheid voor de lange termijn een driejarig onderzoeksprogramma bij TNO en de universiteiten uitgezet om meer fundamentele kennis te vergaren over verspreiding van infectieziekten en de invloed van ventilatie daarop. Die inzichten kunnen instellingen, zoals verpleeghuizen nuttige kennis opleveren

Vraag 301

In hoeveel gemeenten worden zelfstandig wonende 75-plussers bezocht?

Antwoord:

Volgens de jaarlijkse benchmark Eén tegen eenzaamheid (2021), door bijna de helft van de 263 aangesloten gemeenten ingevuld, pleegt 72% van de gemeenten huisbezoeken waarbij eenzaamheid een onderwerp van gesprek is. Daarnaast speelt in iedere gemeente uiteraard ook de huisarts een rol in de eerstelijnszorg voor deze mensen. [benchmark-een-tegen-eenzaamheid.pdf](#) ([overheid.nl](#))

Vraag 302

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de uitvoering van het amendement Tellegen/Paulusma (Kamerstuk 35 925 XVI, nr. 44)?

Antwoord:

Momenteel wordt uitvoering gegeven aan een publiekscampagne en goed vindbare informatie met betrekking tot palliatieve zorg en levenseindezorg.

De opzet van de campagne is zorgvuldig voorbereid in samenwerking met stakeholders uit het brede spectrum van de palliatieve zorg en Palliatieve Zorg Nederland (PZNL). Naast de € 300.000 die vanuit het amendement was gereserveerd voor de campagne heeft VWS € 150.000 extra hiervoor vrijgemaakt in 2022. Naar verwachting zal de looptijd van de campagne van 15 november–31 december 2022 zijn. Daarna zal PZNL in het kader van de uitvoering van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg (NPPZ II) in 2023 een vervolg geven aan de publiekscampagne.

Vraag 303

Wat zijn de resultaten van de SIRI-campagne «De dood. Praat erover, niet eroverheen»?

Antwoord:

Sire is een onafhankelijke stichting en diens campagnes vallen niet onder de verantwoordelijkheid van de rijksoverheid.

Vraag 304

Hoe verklaart u dat het programma Een voor Eenzaamheid als effectief wordt beschouwd, terwijl de eenzaamheid onder volwassenen is gestegen? Wat is de wetenschappelijke basis voor de effectiviteit van het programma Een voor Eenzaamheid?

Antwoord:

Volgens de ex-durante beleidsevaluatie van HHM (2019–2021) heeft de effectieve aanpak van het actieprogramma Eén tegen eenzaamheid (EtE) een sterke bijdrage geleverd aan het verminderen van gevoelens van eenzaamheid onder ouderen. Het programma is het gelukt om een veelzijdige beweging in gang te zetten. Waarin driekwart van de gemeenten in Nederland, organisaties, bedrijven, burgerinitiatieven en instellingen zich in samenwerking met het Ministerie van VWS inzetten om de eenzaamheid onder ouderen in Nederland terug te dringen en de publiekscampagne voor meer bewustwording over het onderwerp heeft gezorgd.

Recent CBS-onderzoek laat zien dat eenzaamheid in de periode 2019–2021 in alle leeftijdsgroepen en vooral onder jongeren is toegenomen.⁷⁷ In de leeftijdsgroep van 75 jaar en ouder is de toename van eenzaamheid relatief gering geweest. Opvallend is dat de prevalentie van sterke emotionele eenzaamheid onder 75-plussers zelfs is afgenomen, terwijl die vooral onder jongeren van 15 tot 25 jaar sterk is gestegen. De coronapandemie met lockdowns heeft bijgedragen aan eenzaamheidsgevoelens onder alle leeftijden, met een hoogste prevalentie onder jongeren (bron: <https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/maatregelen-welbevinden/welbevinden-en-leefstijl>).

Deze kabinetsperiode verbreedt het actieprogramma zich dan ook naar eenzaamheid op alle leeftijden.

Een belangrijk doel van het actieprogramma is de verspreiding van de beschikbare wetenschappelijke kennis over een effectieve aanpak van eenzaamheid onder iedereen die in het actieprogramma actief is. Dit gebeurt door middel van een toolkit en de inzet van een twintigtal adviseurs die gemeenten bij hun aanpak van eenzaamheid ondersteuning kunnen bieden. Verder heeft het actieprogramma via het ZonMw programma «Versterking aanpak eenzaamheid» geïnvesteerd in 120 projecten tegen eenzaamheid. Ze ontvangen financiering en ondersteuning bij hun aanpak van eenzaamheid. Daarnaast wordt ook geïnvesteerd om meer kennis op te halen door een aantal veelbelovende initiatieven te begeleiden richting de databank «Effectieve sociale interventies» van Movisie. Ook wordt in de vervolgaanpak een onderzoeksprogramma Eenzaamheid binnen de Nationale Wetenschapsagenda opgenomen, dat in 2023 van start gaat. In dat programma wordt verder gewerkt aan de ontwikkeling van effectieve interventies tegen eenzaamheid in een aantal groepen, waaronder jongeren, waarvoor een bewezen effectieve aanpak tot nu toe ontbreekt.

Vraag 305

Vanaf welk inkomen zal een eigen bijdrage in de Wmo van toepassing worden?

Antwoord:

Verondersteld wordt dat met deze vraag wordt bedoeld op de nog in te voeren passende eigen bijdrage voor huishoudelijke hulp. In het coalitieakkoord is afgesproken om per 2025 een eerlijkere eigen bijdrage voor de Wmo-voorziening huishoudelijke hulp in te voeren. Vanaf welk inkomen de nieuwe eigen bijdrage hoger zal zijn dan het huidige abonnements-tarief is nog niet bekend. De uitwerking van deze maatregel vergt nog nadere afstemming; ik streef ernaar de Tweede Kamer zo spoedig mogelijk na de begrotingsbehandeling van VWS nader te informeren over de vormgeving van de maatregel.

Vraag 306

Kan het Wmo-toezicht verbeterd worden door dit toe te voegen aan het takenpakket van Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Een van de basisprincipes van zorg en ondersteuning onder de Wmo 2015 is het realiseren van lokaal maatwerk voor inwoners. Gemeenten hebben binnen de Wmo 2015 beleidsruimte en kunnen zelf specifieke kwaliteitseisen stellen aan aanbieders, passend bij de lokale infrastructuur en omstandigheden. In dit kader zijn gemeenten zelf verantwoordelijk voor

⁷⁷ Vooral jongeren emotioneel eenzaam in 2021 (cbs.nl).

het inrichten van het Wmo-toezicht, passend bij lokale keuzes in beleid en de lokale structuren. Centraliseren van het Wmo-toezicht en het stellen van landelijke (kwaliteits)eisen verhouden zich slecht tot de aard van de Wmo 2015.

Tegelijkertijd herken ik de signalen over het functioneren van het Wmo-toezicht en de noodzaak tot verbetering. Uit het onderzoek van Significant⁷⁸ blijkt dat de inrichting, organisatie en beschikbare capaciteit van het toezicht zeer divers is en dat het niet helder is in welke mate toezicht wordt gehouden op de kwaliteit van de geleverde maatschappelijke ondersteuning. Daarom biedt het onderzoek een aantal toekomstscenario's en aanbevelingen voor de inrichting van het Wmo-toezicht.

Ik heb uw Kamer, schriftelijk en mondeling, toegezegd opvolging te geven aan het Significant-rapport⁷⁹. Dit heb ik in de afgelopen maanden gedaan door samen met de VNG, gemeenten, Wmo-toezichthouders, de IGJ, GGD GHOR-Nederland en Toezicht Sociaal Domein te werken aan een beleidskader Wmo-toezicht, dat momenteel nog in concept is. In dit concept-beleidskader, dat momenteel nader wordt uitgewerkt, is een gezamenlijke ambitie van de genoemde partijen opgenomen over de rol, taken en bevoegdheden van de Wmo-toezichthouder, opleiding en training van de Wmo-toezichthouders en het schaalniveau waarop het Wmo-toezicht georganiseerd dient te worden.

Vraag 307

Hoe groot is het percentage treinstations dat volledig rolstoelvriendelijk is?

Antwoord:

Cijfers over de toegankelijkheid van treinreizen worden in detail gepubliceerd in het *Actualisatierapport Toegankelijkheid Spoor*, dat de Minister van Infrastructuur en Waterstaat elke vijf jaar verstuurt naar uw Kamer. In dit rapport worden cijfers en bevindingen over toegankelijkheid van NS en ProRail gebundeld. Bovendien wordt sinds 2021 informatie van regionale OV-autoriteiten aan dit rapport toegevoegd. De laatste editie van dit rapport verscheen in juni 2021 en bevatte gegevens tot en met het meetjaar 2020.⁸⁰ Jaarlijks wordt in het *Cijferoverzicht Onbeperkt meedoen* een tussentijdse meting weergegeven. Hiervoor is specifiek gekeken naar het percentage treinreizigers dat van of naar een toegankelijk station reist, wat in 2021 (over meetjaar 2020) op 76% lag.⁸¹

Vraag 308

Hoe groot is het percentage busstations dat volledig rolstoeltoegankelijk is?

Antwoord:

Informatie over de toegankelijkheid van bushaltes wordt bijgehouden in het Centraal Halte Bestand (CHB) en wordt beheerd door DOVA OV-data. In het *Cijferoverzicht Onbeperkt meedoen* wordt een tussentijdse meting weergegeven van het aantal toegankelijke bushaltes, wat in 2021 (over het meetjaar 2020) op 49% voor reizigers met een visuele beperking lag en op 45% voor reizigers met een motorische beperking lag.⁸²

⁷⁸ Kamerstukken II, 2021/2022, 29 538, nr. 331.

⁷⁹ Kamerstukken II, 2021/2022, 28 282, nr. 131 en Kamerstukken II, 2021/2022, nr. 329.

⁸⁰ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2021/06/28/actualisatierapport-toegankelijkheid-spoor-2021>.

⁸¹ <https://www.rivm.nl/documenten/cijferoverzicht-onbeperkt-meedoen>.

⁸² <https://www.rivm.nl/documenten/cijferoverzicht-onbeperkt-meedoen>.

Vraag 309

Hoeveel van de 10 duizend extra woonplekken voor dak en -thuislozen zijn reeds gerealiseerd?

Antwoord:

In de voortgangsrapportage maatschappelijke opvang / beschermd wonen van december 2021⁸³ heeft de Staatssecretaris van VWS aangegeven dat op basis van de verschillende bronnen de inschatting is gemaakt dat eind 2021 6.000–7.000 woonplekken waren gerealiseerd. Sommige plannen hebben door de coronacrisis en/of het aanwijzen van geschikte locaties vertraging opgelopen.

Daardoor hebben gemeenten een deel van de middelen naar 2022 doorgeschoven. De inzet op de woningbouw vanuit het Ministerie van BZK is om tot en met 2030 900.000 woningen te bouwen, waarvan 250.000 in de sociale huursector. Hiervoor zijn onder andere de middelen voor de woningbouwimpuls (totaal € 1,25 miljard) beschikbaar.

Vraag 310

Hoe komt het dat de slachtoffers van seksueel grensoverschrijdend gedrag en seksueel geweld steeds jonger worden, maar steeds later in de zorg terechtkomen?

Antwoord:

Seksuele grensoverschrijding bij jongeren vindt veelal plaats door leeftijdsgenoten. Jongeren zijn volop in ontwikkeling en daar hoort experimenteergedrag bij. Soms gaan ze daarbij over hun eigen grenzen of die van een ander. Social media speelt in onze samenleving een steeds grotere rol bij het aangaan van relaties. Dit geldt in het bijzonder voor jongeren. Sociale contacten worden via online media onderhouden en de grenzen tussen afspreken in de offline wereld en online wereld kunnen vervagen. Dit kan leiden tot vaker ongewenst online seksueel gedrag.

Ten aanzien van hulp aan slachtoffers van seksueel grensoverschrijdend gedrag en seksueel geweld is bekend dat de meeste slachtoffers overwegend lang wachten tot zij iemand in vertrouwen nemen om te praten over wat hen is overkomen en/of om de stap naar hulpverlening te zetten. In sommige situaties is gespecialiseerde hulp nodig. Als het gaat om jongeren weten we dat niet altijd tijdig passende gespecialiseerde hulp geboden kan worden. Dit heeft onder andere te maken met de lange wachttijden in de jeugdzorg, onder meer bij de jeugd ggz. Met de brief van 14 sept. jl. (TK 2022–2023 31 839, nr. 876) hebben MrB en SVES de Kamer geïnformeerd over de maatregelen die zij treffen om op korte termijn jeugdigen tijdiger passende hulp te bieden.

Vraag 311

Welke uitgaven worden er in 2023 minder gedaan aan inclusiviteit, waardoor er € 70 miljoen minder wordt besteed dan in 2022?

Antwoord:

Er wordt niet minder gedaan aan inclusiviteit in 2023. Er worden echter andere financiële instrumenten ingezet voor de dossiers die onder inclusiviteit vallen, zoals bijdragen aan agentschappen en bijdragen aan medeoverheden. De RVO voert als agentschap een aantal stimuleringsregelingen uit, zoals bijvoorbeeld de digitale ondersteuning in de ouderenzorg. Onder bijdragen aan medeoverheden vallen één tegen eenzaamheid, respijtzorg, valpreventie, scheiden wonen en zorg en woon-zorg combinatie en langer thuis.

⁸³ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2021/12/16/kamerbrief-over-voortgangsrapportage-maatschappelijke-opvang-en-beschermd-wonen>.

Vraag 312

Waar moet de € 144.706 voor medeoverheden aan worden besteed?

Antwoord:

Op dit budget zijn bijdragen aan gemeenten geboekt waaronder € 8 miljoen inzake Woon-zorg combinaties en stimuleren langer thuis wonen, € 10 miljoen voor Respijtzorg, € 10 miljoen inzake Eén tegen eenzaamheid, € 12,5 miljoen voor Valpreventie, € 33 miljoen voor Scheiden Wonen en Zorg en € 7,7 miljoen voor vrouwenopvang. Daarnaast is een bedrag van € 62 miljoen voor de aanpak dakloosheid beschikbaar gesteld.

Vraag 313

Aan wie worden de € 71 miljoen voor een inclusieve samenleving overgemaakt? Waar komt dat geld volgens u terecht en wat wordt ermee gedaan?

Antwoord:

Onder de post subsidies inclusieve samenleving vallen verschillende onderwerpen.

Hieronder vallen onder andere: de stimuleringsregeling om het samen wonen tussen jong en oud te stimuleren, het stimuleren van de ontwikkeling van geclusterde woningen voor ouderen, het stimuleren van vrijwillige inzet, het versterken van het aanbod van zinvolle daginvulling voor thuiswonende mensen met dementie en financiering van sociaal-maatschappelijke ondernemers, om hun activiteit of interventie tegen eenzaamheid uit te voeren.

Vraag 314

Welke oorzaken liggen ten grondslag aan het niet beschikbaar zijn van bepaalde kentgetallen met betrekking tot participatie en zelfredzaamheid van mensen met een beperking?

Antwoord:

In de VWS begroting 2023 wordt onder het kengetal «participatie en zelfredzaamheid van mensen met beperkingen» inzicht gegeven in de participatie van mensen met een lichamelijke beperking en de participatie van mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking. De gegevens zijn afkomstig van participatiecijfers van het NIVEL. Abusievelijk is in het overzicht aangegeven dat de cijfers over het jaar 2020 gaan. Het betreffen echter cijfers over het jaar 2021.

In het overzicht ontbreken, t.o.v. de cijfers die voor mensen met een lichamelijke beperkingen worden weergegeven, de cijfers over mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking die (a) vrijwilligerswerk doen, (b) een opleidings- of werkgerelateerde cursus doen, (c) maandelijks een uitgaansgelegenheid bezoeken en (d) maandelijks een verenigingsactiviteit of -cursus doen.

Dit heeft te maken met de volgende overwegingen:

- Vrijwilligerswerk (a): bij mensen met een verstandelijke beperking is het aandeel vrijwilligers gecombineerd weergegeven met betaald werk in het kengetal «betaald werk».
- Opleiding/werk gerelateerde cursus (b): het aantal mensen met een verstandelijke beperking dat een opleiding of werkgerelateerde cursus volgt is in de steekproef van het Nivel te laag om betrouwbare percentages te kunnen berekenen. Daarom is dit kengetal voor deze doelgroep niet gemeten.

- Maandelijks uitgaansgelegenheid bezoeken (c) en maandelijks verenigingsactiviteit doen en/of cursus (d): Deze informatie wordt op een andere manier uitgevraagd bij de doelgroep mensen met een verstandelijke beperking. Het percentage mensen met een beperking dat *minimaal maandelijks activiteiten in de vrije tijd* onderneemt was 68% in 2021.

Vraag 315

Waarom is het aantal mensen met een Valyspas zo sterk afgenomen?

Antwoord:

In de tabel met kengetallen is in 2021 een daling te zien van het aantal pashouders. In de tabel is ook te zien dat het aantal mensen dat daadwerkelijk met het Valys reisde lager was in 2020 en 2021. De afname heeft een logisch verband met de beperkingen die de coronapandemie legde op ieders sociale leven. In 2022 is sprake van herstel in het sociaal-recreatief reizen met Valys en ligt het aantal pashouders op 376.759 (Bron: Kengegevens Valys juli 2022).

Vraag 316

Wat zijn de geschatte kosten als iedereen een hoog persoonlijk keuze-budget (pkb) bij Valys krijgt?

Antwoord:

Besluiten om iedereen een hoog pkb te geven betekent een verhoging van 700 km per jaar naar 2.350 km per jaar. Het hoog pkb is echter alleen voor reizigers van wie, via een medische beoordeling, is vastgesteld dat ze niet met de trein kunnen reizen. Valys is niet bedoeld als vervanging van openbaar vervoer, maar als aanvulling om zodoende van deur tot deur begeleid te kunnen reizen. Met een standaard pkb kunnen mensen meer kilometers reizen door een deel van de reis per trein af te leggen (ketenrit). Is het pkb verbruikt dan kan alsnog met Valys gereisd worden, maar tegen een hoger tarief.

Een berekening van wat het precies betekent om toch iedereen een hoog pkb te geven heb ik niet. Dat hangt immers ook af van de vraag of iedereen al die extra kilometers gaat gebruiken. Gebaseerd op de ervaring met de verhoging van de pkb's met 100 km vanaf 2019, is de inschatting dat een verhoging van het pkb met 100 km al € 4,5 miljoen extra kost. Voor een verhoging van het pkb is echter geen ruimte in het budget. Het taakstellende financiële kader, zoals dat is opgenomen in de Rijksbegroting, blijft het uitgangspunt. VWS betaalt de uitvoerder van Valys alleen voor de ritten die daadwerkelijk worden gemaakt en de begroting is daarop gebaseerd.

Vraag 317

Hoe zullen de middelen, die voor de woon-zorgcombinaties en voor het stimuleren van langer thuis wonen beschikbaar zijn, besteed worden?

Antwoord:

De middelen worden ingezet voor verschillende onderdelen van het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO). Middelen worden ingezet voor «Samen vitaal ouder worden» (actielijn 1), «Wonen en zorg voor ouderen» (actielijn 4) en «Arbeidsmarkt en innovatie» (actielijn 5). Met een verschuiving van een deel van het budget in 2022 (€ 6 miljoen) naar 2023 is in 2023 in totaal € 81 miljoen beschikbaar voor woon-zorgcombinaties en het stimuleren van langer thuis wonen.

- Er is in 2023 € 17 miljoen beschikbaar voor actielijn 1. Dit wordt onder andere besteed aan het versterken van de sociale basis, stimuleren van

het tijdig voorbereiden op ouder worden en kennisontwikkeling op het gebied van reablement.

- Er is in 2023 € 34 miljoen beschikbaar voor actielijn 4. Dit wordt ingezet ten behoeve van het stimuleren van de ontwikkeling van geclusterde woningen voor ouderen. Vormgeving hiervan wordt nog nader uitgewerkt.
- Er is in 2023 € 30 miljoen beschikbaar voor actielijn 5. Dit wordt ingezet voor het bevorderen van de slimme inzet van digitale zorg en ondersteuning, onder andere middels de Stimuleringsregeling E-health Thuis (SET).

Vraag 318

Hoe zullen de landelijke subsidieregelingen voor vrijwillige maatschappelijke diensttijd, om woonvormen voor jong en oud te stimuleren, over de verschillende regio's verspreid worden?

Antwoord:

De regeling wordt op dit moment nog nader uitgewerkt. De verwachting is dat het zal gaan om een landelijke regeling. Hierbij wordt geen vooraf bepaalde verdeling over regio's gehanteerd.

Vraag 319

Hoe verhoudt de € 5 miljoen in 2023 voor onderzoek en aanpak van alzheimer zich tot de middelen voor onderzoek en aanpak van volksziekten die in het coalitieakkoord staan?

Antwoord:

In het coalitieakkoord is voor de afzonderlijke jaren 2023, 2024 en 2025 € 100 miljoen gereserveerd voor onderzoek en aanpak volksziekten. Hiervan wordt in 2023 voor € 12,5 miljoen ingezet voor onderzoek en aanpak dementie. Dat betreft de € 5 miljoen, genoemd op pagina 74 van de begroting, waar in de vraag aan gerefereerd wordt. Daarnaast gaat het om de € 7,5 miljoen voor de Nationale Dementiestrategie en het programma Hoofdzaken, die op pagina 77 van de begroting genoemd wordt.

Vraag 320

Hoe zal de € 9 miljoen die beschikbaar is voor valpreventie besteed worden? Is hier al uitwerking voor?

Antwoord:

Voor het implementeren van de ketenaanpak valpreventie voor ouderen met een verhoogd valrisico zijn verschillende maatregelen nodig. Daarom komt er een landelijke aanpak valpreventie met daarin ook een rol voor gemeenten. De intentie is om de middelen die bestemd zijn voor gemeenten ten behoeve van de aanpak middels een SPUK beschikbaar te stellen. Aan de uitwerking hiervan wordt gewerkt.

Vraag 321

Wat zijn de geschatte kosten van het afschaffen van het maximaal aantal uren van de doventolkvoorziening?

Antwoord:

Er zijn geen precieze cijfers beschikbaar over de kosten die het afschaffen van het maximaal aantal uren van de tolkvoorziening schrijf- en gebarentolk met zich meebrengt. Naar verwachting leidt dit tot een flinke toename van de kosten, gezien de aanzuigende werking op het aangevraagde aantal tolkuren die de afschaffing van dit plafond zal hebben.

Vraag 322

Kunt u toelichten hoe de € 24,1 miljoen gaat bijdragen aan het vergroten van het kennisniveau van zorgverleners en cliënten? Hoe gaat u hier in de praktijk voor zorgen?

Antwoord:

Met deze middelen:

- Worden de kennisvragen van zorgverleners verzameld en zo veel mogelijk van een antwoord voorzien.
- Wordt onderzoek mogelijk gemaakt en nieuwe kennis ontwikkeld.
- Worden richtlijnen door en voor zorgverleners ontwikkeld.

Het genoemde bedrag bestaat onder andere uit:

- Een instellingssubsidie voor Vilans (€ 12,3 miljoen).
- Subsidie voor de stichting Kwaliteitsimpuls langdurige zorg (€ 1 miljoen).
- Enkele subsidies aan Academische Werkplaatsen in zowel de ouderen als de gehandicaptenzorg om de beschikbare kennis voor zorgverleners en cliënten te vergroten (samen € 3,3 miljoen).
- Budget voor het vergroten van inzicht in kwaliteit (€ 1,5 miljoen).
- Budget voor het ontwikkelen van passende zorg in de Wlz (€ 3,5 miljoen).
- Enkele kleinere subsidies op het gebied van kennisinfrastructuur (optellend tot € 2,5 miljoen).

Vraag 323

Hoe wordt de bereikbaarheid van de nieuwe circa negen gebouwen geborgd?

Antwoord:

De negen zorglocaties worden door zorginstellingen ontwikkeld. Deze hebben er uiteraard belang bij dat de gebouwen ook bereikbaar zijn. Vanuit het Ministerie van VWS worden hierover geen aanvullende eisen gesteld. Op de website van het Groninger Zorgakkoord www.gza.nl kunt u meer informatie vinden over de gebouwen.

Vraag 324

In hoeverre verwacht u dat de subsidie van € 64,8 miljoen kostendekkend is, gezien de financiële knelpunten (niet kostendekkende vergoedingen vanuit de zorgverzekeraars) binnen het palliatieve terminale zorgveld?

Antwoord:

De subsidie van € 64,8 miljoen is beschikbaar voor palliatieve zorg en de geestelijke verzorging thuis. Deze middelen zijn onder andere bestemd voor de diverse instellingssubsidies, de uitvoering van het Nationaal Programma Palliatieve zorg (NPPZ II) en de Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis. Op grond van de Regeling palliatieve terminale zorg kunnen hospices bijvoorbeeld subsidie ontvangen voor de kosten van de ondersteuning van mensen in de palliatief terminale fase door deskundige vrijwilligers. Dit staat los van de bekostiging van de palliatieve zorg. Deze bekostiging is veelzijdig doordat palliatieve zorg in verschillende sectoren wordt geleverd en de bekostigingssystemen van deze sectoren allemaal van toepassing zijn. Gedacht kan worden aan de bekostiging van de wijkverpleging, de Medisch Specialistische Zorg (MSZ) en de verpleeghuiszorg.

De hierboven genoemde subsidieregeling is niet bedoeld als aanvulling op de vergoeding van palliatieve zorg door zorgverzekeraars.

Vraag 325

Kunt u aangeven welke vorderingen er zijn gemaakt met de ontregeling in de farmaceutische zorg? Kunt u aangeven wat deze ontregeling oplevert? Hoe gaat u meer regie voeren op de softwarehuizen, daar waar het gaat om de uitwisseling van data?

Antwoord:

In de afgelopen jaren is er gewerkt aan een aantal, door farmaceutische zorgverleners zelf aangekaarte knelpunten. Samen met zorgverleners, zorgverzekeraars en andere betrokken partijen hebben we ons ingezet om de regeldruk in de farmaceutische zorg te verminderen. Het aantal «bijlage 2-formulieren» (dit betreft aanvullende vergoedingsvoorwaarden) is bijvoorbeeld verminderd. Ook de termijn waarbinnen een zorgverzekeraar een materiële controle moet opstarten is verkort. Ook is in gezamenlijkheid hard gewerkt om de administratie die gepaard gaat met vergoedingsvragen van patiënten aan de balie in de apotheek te verminderen.

In de komende periode blijft het noodzakelijk dat we met beroepsgroepen en belangenvertegenwoordigers samenwerken op dit onderwerp. De Minister voor LZS heeft in haar brief van vóór de zomer (Kamerstukken 29 515, nr. 480) uiteengezet langs welke lijnen zij deze periode aan de slag gaat met het verminderen van de ervaren administratieve lasten in de zorg. Hieronder valt de farmaceutische zorg, waar nog steviger zal worden ingezet op een lokale en regionale aanpak.

Inzake de zorg-ICT-markt voor elektronische gegevensuitwisseling heeft de Minister van VWS u recent laten weten dat hij bereid is een grotere rol in te nemen bij de totstandkoming van samenwerking rondom bepaalde systemen en leveranciers (Kamerstukken 27 529, nr. 282). Daarbij stimuleert de Minister in het kader van de Wegiz de ontwikkeling van NEN normen voor eenduidig elektronisch uitwisselen van recepten en medicatiegegevens.

Software leveranciers moeten voldoen aan deze NEN normen, zoals de recent herziene NEN7503. Dit draagt bij aan een efficiënte uitwisseling van receptgegevens, goede farmaceutische zorg en een vermindering van de administratieve lasten.

Verder is een actieplan in de maak om ondersteuning te bieden aan de vraagkant bij de organisatie, financiering en rolverdeling. Het verbeteren van de communicatie met en tussen leveranciers, beroepsverenigingen en zorgaanbieders maakt hier ook onderdeel van uit.

Vraag 326

Zou u kunnen concretiseren welke manieren het programma (Ont)Regel de Zorg specifiek zal bijdragen aan de vermindering van administratieve lasten op het gebied van wet- en regelgeving? Wordt er bijvoorbeeld anders omgegaan met de adviezen van het Adviescollege Toetsing Regeldruk (ATR)?

Antwoord:

De Minister voor LZS heeft in haar brief van vóór de zomer (Kamerstukken 29 515, nr. 480) uiteengezet langs welke lijnen zij deze periode aan de slag gaat met het verminderen van de ervaren administratieve lasten in de zorg. Onderdeel hiervan is «beleid dat beter werkt in de praktijk»: het verminderen en voorkomen van regeldruk als gevolg van wet- en regelgeving van VWS. Daartoe brengt VWS de verwachte effecten van nieuwe beleidsvoornemens ten aanzien van de regeldruk vooraf in kaart, en wanneer deze substantieel zijn, worden deze getoetst met een praktijkcheck. Het Adviescollege Toetsing Regeldruk adviseert in beginsel over alle voorgestelde wet- en regelgeving. Deze adviezen neemt VWS

vanzelfsprekend zeer serieus. Zo heeft de MVWS uw Kamer onlangs laten weten dat de modernisering van het

Geneesmiddelenvergoedingssysteem wordt uitgesteld, onder meer met het oog op het kritische advies van het ATR hierover.

Daarnaast zoekt VWS voortdurend naar mogelijkheden voor versimpeling en versoepeling in bestaande wet- en regelgeving. De Minister voor LZS heeft u hier recent een aantal voorbeelden van geschetst (Kamerstukken 29 515, nr. 482). Op deze manier is er in zowel nieuwe als bestaande wet- en regelgeving aandacht voor mogelijke vermindering van administratieve lasten.

Vraag 327

Hoe hoog is het ziekteverzuim in de zorg?

Antwoord:

In het tweede kwartaal van 2022 bedroeg het verzuimpercentage in zorg en welzijn (smal) 7,5% (bron: azwstatline.cbs.nl).

Vraag 328

Hebben zorgmedewerkers zich minder ziekgemeld sinds het programma (Ont)Regel de Zorg?

Antwoord:

Voorafgaand aan het programma (Ont)Regel de Zorg in het 1e kwartaal van 2018 bedroeg het ziekteverzuimpercentage in zorg en welzijn (smal) 6,5%. Vanwege seizoenseffecten dienen verzuimpercentages altijd vergeleken te worden met hetzelfde kwartaal. In het 1e kwartaal van 2022 bedroeg het verzuim in zorg en welzijn (smal) 8,8% (bron: azwstatline.cbs.nl). Het ziekteverzuim is dus toegenomen gedurende het programma. Een deel van de toename van het verzuim wordt veroorzaakt door besmetting met corona. Daarnaast kunnen een hogere werkdruk of emotioneel zware omstandigheden vanwege corona ook een rol hebben gespeeld.

Vraag 329

Hoeveel zij-instromers zijn er aangetreden sinds het programma (Ont)Regel de Zorg?

Antwoord:

Tussen het einde van het 1e kwartaal van 2018 en het einde van het 1e kwartaal van 2022 (meest recente cijfers) zijn 161.310 zij-instromers ingestroomd in zorg en welzijn (smal) (bron: azwstatline.cbs.nl).

Vraag 330

Hoeveel herintreders zijn er in de zorg teruggekeerd sinds het programma (Ont)Regel de Zorg?

Antwoord:

De onderstaande tabel geeft het jaarlijkse aantal herintreders in zorg en welzijn (smal) weer in de 12 maanden voorafgaand einde van het 1e kwartaal.

Periode	Herintreders
2019 1e kwartaal	41.110
2020 1e kwartaal	39.050
2021 1e kwartaal	37.560
2022 1e kwartaal	37.440

Bron: azwstatline.cbs.nl

De som van de bovenstaande cijfers, namelijk 155.160, is indicatief voor het aantal herintreders dat sinds het programma (Ont)Regel de Zorg is ingestroomd. Mogelijk bevat dit cijfer dubbelingen, omdat herintreders die zorg en welzijn uitstromen maar meer dan een jaar later weer instromen opnieuw als herintreder worden geteld.

Vraag 331

Welke arbeidsbesparende technologieën hebben reeds effect op het verwachte tekort aan zorgpersoneel?

Antwoord:

Er zijn verschillende vindplaatsen van kansrijke arbeidsbesparende technologieën die reeds effect hebben op het verwachte tekort aan zorgpersoneel: onder meer op de online kennisbank Digitale Zorg van Vilans, op www.ZorgvanNu.nl en in het rapport arbeidsbesparende technologieën in de ouderenzorg⁸⁴ van Vilans en Significant. Om daadwerkelijk effecten te realiseren is een optimale implementatie nodig. Hiervoor is het onder meer van belang stil te staan bij het doel van de technologie, de visie van de organisatie en deze te verankeren in een gedegen werkwijze.

Voorbeelden van arbeidsbesparende technologieën die effect kunnen hebben zijn onder meer de monitoring van chronische ziekten, beeldschermzorg en de heupairbag. In onder meer het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en welzijn, het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen en het Integraal Zorgakkoord kunt u lezen hoe arbeidsbesparende technologieën en de implementatie daarvan binnenkort nog meer onder de aandacht van aanbieders, zorgmedewerkers en patiënten/cliënten worden gebracht.

Vraag 332

Hoe hoog is de uitstroom in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord: In onderstaande tabel is voor de sector Zorg en Welzijn als totaal en per branche weergegeven wat de uitstroom was tussen het einde van het eerste kwartaal 2021 en het einde van het eerste kwartaal 2022 (eerste kolom). Daarnaast is weergegeven wat de procentuele uitstroom was in die periode (het aandeel werknemers dat in die periode is uitgestroomd). In de tabel is ook de instroom en het instroompercentage in dezelfde periode toegevoegd.

⁸⁴ <https://www.vilans.nl/actueel/nieuws/tijdbesparende-zorgtechnologieen-gepresenteerd-aan-de-kamer>.

	Uitstroom in aantallen personen	Uitstroom in %	Instroom in aantallen personen	Instroom in %
Zorg en welzijn (totaal)	134.290	10%	152.930	12%
Universitair medische centra	7.300	9%	7.780	10%
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	17.180	8%	17.990	8%
Geestelijke gezondheidszorg	10.330	10%	9.240	9%
Huisartsen en gezondheidscentra	2.550	8%	3.300	10%
Overige zorg en welzijn	17.050	13%	20.800	16%
Verpleging, verzorging en thuiszorg	50.380	11%	59.050	13%
Gehandicaptenzorg	17.260	9%	19.830	11%
Jeugdzorg	4.230	13%	4.380	13%
Sociaal werk	8.010	15%	10.560	20%

Vraag 333

Hoe hoog is de deeltijdfactor in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord:

In onderstaande tabel is per branche weergegeven wat de deeltijdfactor per *baan* is.

	deeltijdfactor
Zorg en welzijn (smaal)	0,68
Universitair medische centra	0,80
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	0,74
Geestelijke gezondheidszorg	0,77
Huisartsen en gezondheidscentra	0,59
Overige zorg en welzijn	0,69
Verpleging, verzorging en thuiszorg	0,60
Verpleging en Verzorging	0,62
Thuiszorg	0,56
Gehandicaptenzorg	0,68
Jeugdzorg	0,78
Sociaal werk	0,74

Bron: azwstatline.cbs.nl

Vraag 334

Is de deeltijdfactor in de zorg toegenomen sinds het programma (Ont)Regel de Zorg? Hoe groot was de deeltijdfactor in 2010? Hoe groot was deze in 2021? Wat is de verwachting voor de jaren 2023–2027? Welke acties onderneemt u om deeltijders meer uren te laten werken? Bent u bereid het verzamelinkomen voor de toeslaggrens te verhogen van € 41.000 naar € 50.000? Zo nee, waarom niet? Hoeveel extra medewerkers levert dit op?

Antwoord:

Nee, de deeltijdfactor is om en nabij gelijk gebleven vanaf 2010.

De deeltijdfactor was in het vierde kwartaal van 2010 0,68 fte per baan.

De deeltijdfactor was in het vierde kwartaal van 2021 0,68 fte per baan.

De Minister van LZS kan geen uitspraken doen over de verwachting voor de jaren 2023–2027.

Om de deeltijdfactor te verhogen ondersteun ik, de Minister van LZS, de stichting Het Potentieel Pakken en is het stimuleren van meer uren werken, expliciet onderdeel van het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg (TAZ).

Over de toeslagen kan ik, de Minister van LZS, het volgende zeggen: het gaat bij meer uren werken niet alleen om hoeveel dat extra oplevert, wat afhangt van de marginale druk, maar ook om hoe lonend werken in totaal is. Het kabinet heeft de afweging gemaakt om nu in te zetten op het ondersteunen van lage- en middeninkomens. Een verhoging van de toeslaggrens ligt niet voor de hand. Daarbij komt dat toeslagen generiek

zijn en daarom, als het specifiek om zorgmedewerkers gaat, ongericht zijn. Hoeveel zorgmedewerkers dit extra op zou leveren is dan ook niet te zeggen.

Vraag 335

Wat is het gemiddeld aantal uren dat er gewerkt wordt in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord:

In onderstaande tabel is per branche weergegeven wat het gemiddeld aantal contracturen per baan is.

	gemiddeld aantal contracturen
Zorg en welzijn smal	26,9
Universitair Medisch Centrum	32,6
Ziekenhuizen en overige medisch specialistische zorg	29,7
Geestelijke gezondheidszorg	29,8
Huisartsenzorg en gezondheidscentra	25,6
Verpleging, verzorging en thuiszorg	23,8
Verpleging en verzorging	25,0
Thuiszorg	21,6
Gehandicaptenzorg	26,6
Jeugdzorg	29,4
Sociaal werk	28,1

Bron: azwstatline.cbs.nl

Vraag 336

Hoe groot zijn de personeelstekorten in de zorg, uitgesplitst per sector en inclusief de werknemers die werken in de wijkverpleging, en vallen onder de Jeugdwet en de Wmo?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar over de actuele tekorten per branche. Wel zijn er cijfers beschikbaar op basis van de laatste prognose van najaar 2021. In onderstaande tabel is weergegeven wat het verwachte tekort in 2022 per branche is (bron: ABF Research, Prognosemodel Zorg en Welzijn). Het gaat hier om tekorten aan werknemers die werken bij een organisatie in de sector Zorg en Welzijn. Hier ontbreken de werknemers die werkzaamheden verrichten onder de Wmo en de jeugdwet, maar niet in loondienst zijn van een zorg- of welzijnsinstelling (maar bijvoorbeeld in dienst van een gemeente zijn).

	prognose tekort in 2022
Universitair medische centra	2.600
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	9.900
Geestelijke gezondheidszorg	4.200
Huisartsen en gezondheidscentra	1.600
Overige zorg en welzijn	3.000
Verpleging en verzorging	17.900
Thuiszorg	6.100
Gehandicaptenzorg	2.100
Jeugdzorg	700
Sociaal werk	600

Bron: ABF Research, Prognosemodel Zorg en Welzijn

Vraag 337

Loont het na het koopkrachtbesluitvormingspakket nog om meer te gaan werken in de zorg? Kunt u enkele voorbeelden geven?

Antwoord:

Ja, het loont nog steeds om meer uren te gaan werken voor werknemers in de zorg. Dit blijkt ook uit de voorbeelden uit de begroting van SZW⁸⁵. Op blz 190 van die begroting is de doorgroeival weergegeven voor drie verschillende huishoudens. Hieruit blijkt dat de gemiddelde marginale druk van een alleenverdiener met kinderen bij een toename van het brutoloon van het minimumloon naar 150% van het minimumloon⁸⁶ 77% bedraagt. Dit betekent dus dat alleenverdieners met kinderen gemiddeld genomen netto 23% van de brutoinkomensstijging overhouden op dit inkomenstraject. Bij een alleenstaande bedraagt de gemiddelde marginale druk 69% over hetzelfde inkomenstraject en bij een alleenstaande ouder die 4 dagen werkt bedraagt dit gemiddeld 42%.

Vraag 338

Hoeveel uren werkt de gemiddelde zorgverlener per week? Kunt u deze getallen voor de afgelopen tien jaar geven?

Antwoord:

Deze vraag kan de Minister van LZS beantwoorden door de gemiddelde deeltijdfactor per baan om te rekenen naar aantal uren per week. De deeltijdfactor is tussen 2010 en 2021 om en nabij gelijk gebleven. Dat wil zeggen dat een gemiddelde zorgverlener 24,5 uur per week werkt (0,68 * 36 uur). In 2012 was dit 24,1 uur per week en in 2016 24,8 uur per week.

Vraag 339

Hoeveel fte zou er in de zorg bijkomen als de gemiddelde hoeveelheid gewerkte uren per week per zorgverlener met één uur zou stijgen?

Antwoord:

Als de gemiddelde hoeveelheid gewerkte uren per week per zorgverlener met één uur zou stijgen, zouden er 36.000 FTE bij komen in de zorg.

Vraag 340

Hoeveel verzorgingshuisplekken zijn verminderd tussen 2013 en 2022? Kunt u dit uitsplitsen per jaar?

Antwoord:

Verzorgingshuisplekken worden in dit antwoord gedefinieerd als plekken waar zorg is geleverd aan cliënten met een zzp VV 1–3 met de leveringsvorm verblijf.

Tussen 2013 en 2022 is het aantal verzorgingshuisplekken VV 1–3 met ruim 30 duizend plekken afgenomen van circa 30.500 in 2013 naar circa 450 in 2022. Onderstaande tabel geeft het aantal plekken en de afname per jaar.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Aantal intramurale verzorgingshuisplekken VV 1–3	30.500	22.000	14.600	9.800	6.300	3.900	2.400	1.400	750	450
Afname per jaar (–)		– 8.500	– 7.400	– 4.800	– 3.500	– 2.400	– 1.500	– 1.000	– 650	– 300

Het aantal plekken tot en met 2017 is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg hebben gemaakt.

⁸⁵ XV Sociale Zaken en Werkgelegenheid Rijksbegroting 2023 | Begroting | Rijksoverheid.nl.

⁸⁶ Er is gekozen voor het inkomenstraject 100% tot 150% van het minimumloon (van circa € 25.500 naar circa € 35.000) omdat op dit deel veel heffingskortingen en toeslagen afgebouwd worden, wat in sommige voorbeelden leidt tot een hoge marginale druk.

Voor de periode 2018–2020 is het aantal plekken afgeleid van de omvang van de declaraties die zorgkantoren bij Vektis hebben aangeleverd voor deze zorg. Het aantal verzorgingshuisplekken in 2021 en 2022 is afgeleid van het aantal cliënten met een zorgprofiel VV 1–3 met de leveringsvorm verblijf dat volgens de uitvoeringsinformatie van het Zorginstituut op 1 juli van het jaar is opgenomen.

Vraag 341

Hoeveel verzorgingshuisplekken zijn er nog over?

Antwoord:

Op 1 juli 2022 zijn er circa 450 verzorgingshuisplekken in een intramurale instelling voor cliënten met een zorgprofiel VV 1–3 en leveringsvorm verblijf. Dit aantal is afgeleid van het aantal cliënten met een zorgprofiel VV 1–3 dat volgens de uitvoeringsinformatie van het Zorginstituut op 1 juli 2022 is opgenomen. Dit zijn de meest recente cijfers.

Vraag 342

Hoeveel VV 1-plekken zijn er in Nederland?

Antwoord:

Op 1 juli 2022 zijn er circa 45 verzorgingshuisplekken in een intramurale instelling voor cliënten met een zorgprofiel VV 1 en leveringsvorm verblijf. Dit aantal is afgeleid van het aantal cliënten met een zorgprofiel VV 1 dat volgens de uitvoeringsinformatie van het Zorginstituut op 1 juli 2022 is opgenomen. Dit zijn de meest recente cijfers.

Vraag 343

Hoeveel VV 2-plekken zijn er in Nederland?

Antwoord:

Op 1 juli 2022 zijn er circa 130 verzorgingshuisplekken in een intramurale instelling voor cliënten met een zorgprofiel VV 2 en leveringsvorm verblijf. Dit aantal is afgeleid van het aantal cliënten met een zorgprofiel VV 2 dat volgens de uitvoeringsinformatie van het Zorginstituut op 1 juli 2022 is opgenomen. Dit zijn de meest recente cijfers.

Vraag 344

Hoeveel VV 3-plekken zijn er in Nederland?

Antwoord:

Op 1 juli 2022 zijn er circa 275 verzorgingshuisplekken in een intramurale instelling voor cliënten met een zorgprofiel VV 3 en leveringsvorm verblijf. Dit aantal is afgeleid van het aantal cliënten met een zorgprofiel VV 3 dat volgens de uitvoeringsinformatie van het Zorginstituut op 1 juli 2022 is opgenomen. Dit zijn de meest recente cijfers.

Vraag 345

Zijn er verschillen in regio's wat betreft de hoeveelheid verpleeghuizen?

Antwoord:

Ja. Er zijn verschillen tussen regio's.

In iedere zorgkantoorregio zijn plannen opgesteld die rekening houden met de bestaande capaciteit, lokale omstandigheden en met de toekomstige demografische ontwikkelingen. De regionale capaciteitsplannen 2021 zijn te vinden via de hiernavolgende link: Regionale capaciteitsplannen 2021 verpleegzorg – Zorgverzekeraars Nederland (zn.nl).

Vraag 346

Hoe groot is de vraag naar tijdelijke bedden voor ouderen?

Antwoord:

Uit de realisatiecijfers van Vektis blijkt dat in 2021 in de Zorgverzekeringswet ongeveer 35.000 cliënten een bed binnen het eerstelijnsverblijf nodig hadden. Daarnaast zijn er ongeveer 52.000 cliënten die revalideren in de geriatrische revalidatiezorg (NZa; monitor contractering eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg, peiljaar 2019). Deze cijfers geven een beeld van daadwerkelijke plaatsingen van cliënten in het eerstelijnsverblijf en de geriatrische revalidatiezorg maar geven geen sluitend beeld van de mogelijke vraag naar tijdelijke bedden, bijvoorbeeld omdat er geen tijdelijke bedden beschikbaar zijn.

Vraag 347

Hoeveel budget is er door uw ministerie in totaal uitgegeven aan het initiatief Stichting Het Potentieel Pakken om mensen te stimuleren meer uren te werken in de zorg? Wat zijn de concrete resultaten hiervan?

Antwoord:

De Stichting Het Potentieel Pakken (HPP) heeft in 2020–2021 € 262.500 ontvangen. Voor de jaren 2022–2024 ontvangt de stichting € 7,2 mln. De stichting organiseert intensieve trajecten binnen (en met) zorginstellingen om contractuitbreiding mogelijk te maken. Op dit moment heeft de stichting 10 intensieve trajecten afgerond en 9 lopende trajecten. Hier hebben tot nu toe 5.333 zorgmedewerkers aan deelgenomen. Het aantal intensieve trajecten wordt de komende tijd uitgebreid naar ongeveer 50.

Er zijn 143 contractuitbreidingen gerealiseerd, waarbij men gemiddeld 3,5 uur meer is gaan werken. De stichting is naast deze trajecten actief bezig met het creëren van bewustwording. Er zijn zo'n 3500 informatiepakketten verstrekt aan zorgmedewerkers. Zorgorganisaties nemen veelvuldig mee aan bootcamps, waarin handvaten geboden worden aan zorginstellingen om zelf aan de slag te gaan met contractuitbreiding. Inmiddels hebben 92 zorgorganisaties dit gedaan.

Vraag 348

Hoe wordt de € twintig miljoen die wordt besteed aan het meerjarig opleidingsakkoord in de Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg precies uitgegeven?

Antwoord:

Door de verplaatsing van zorg naar de wijk en de hoge uitstroom van pensioengerechtigden zijn tekorten aan zorgmedewerkers enorm voelbaar in de VVT-sector. Opleiden van huidige en nieuwe zorgmedewerkers is dan ook van groot belang. Rond opleiden heeft met name de wijkverpleging (eigen) specifieke knelpunten; de 1 op 1 werksituatie maakt begeleiding lastiger. De gesprekken met de betrokken partijen rond het opleidingsakkoord richten zich dan ook voornamelijk op het opleiden van verzorgenden en verpleegkundigen voor de wijkverpleging. Voor het einde van het jaar zal ik, de Minister van LZS, u informeren over het opleidingsakkoord en de besteding van de € 20 miljoen voor 2023.

Vraag 349

Hoeveel procent van de medewerkers in de ggz is zzp-er (en dus niet in loondienst)? Hoeveel van de totale personeelskosten van medewerkers in de ggz gaat op aan externe inhuur van personeel?

Antwoord:

Zorgbreed blijkt dat een aandeel van 7,2%⁸⁷ van de personele inzet binnen zorg en welzijn wordt gedaan door middel van de inzet van ZZP'ers. Voor de GGZ geldt een percentage van 9,6%. Dit betreft enkel de inzet van ZZP'ers. Voor de GGZ wordt ook een aandeel van de inzet gepleegd door zelfstandigen, dit betreft 11,7%. Daarnaast wordt ook nog personeel ingezet door middel van uitzendbureaus.

De totale personeelskosten van externe inhuur van personeel in de GGZ is niet inzichtelijk. Utrechtzorg is de arbeidsmarktorganisatie voor Zorg en Welzijn in de regio Utrecht, Amersfoort en Gooi en Vechtstreek. Zij hebben met hun leden onderzoek⁸⁸ gedaan naar de ontwikkeling van de zogenaamde kosten voor Personeel Niet In Loondienst (PNIL). In dit onderzoek wordt inzicht gegeven in deze kosten per sector en totale domein voor deze regio.

Vraag 350

Hoeveel procent van de medewerkers in de jeugdzorg is zzp-er (en dus niet in loondienst)? Hoeveel van de totale personeelskosten van medewerkers in de jeugdzorg gaat op aan externe inhuur van personeel?

Antwoord:

Zorgbreed blijkt dat een aandeel van 7,2%⁸⁹ van de personele inzet binnen zorg en welzijn wordt gedaan door middel van de inzet van ZZP'ers. Voor de jeugdzorg geldt een percentage van 5,9%. Dit betreft enkel de inzet van ZZP'ers. Voor de Jeugdzorg wordt ook een aandeel van de inzet gepleegd door zelfstandigen, dit betreft 8,8%. Daarnaast wordt ook nog personeel ingezet door middel van uitzendbureaus.

De totale personeelskosten van externe inhuur van personeel in de jeugdzorg zijn niet inzichtelijk. Utrechtzorg is de arbeidsmarktorganisatie voor Zorg en Welzijn in de regio Utrecht, Amersfoort en Gooi en Vechtstreek. Zij hebben met hun leden onderzoek⁹⁰ gedaan naar de ontwikkeling van de zogenaamde kosten voor Personeel Niet In Loondienst (PNIL). In dit onderzoek wordt inzicht gegeven in deze kosten per sector en totale domein voor deze regio. Het is niet bekend of dit representatief is voor andere regio's

Vraag 351

Hoe groot is het tekort aan jeugdzorgmedewerkers? Hoeveel jeugdzorgmedewerkers zijn er in 2020 en 2021 gestopt?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar over de actuele tekorten per branche. Wel zijn er cijfers beschikbaar op basis van de laatste prognose van najaar 2021. Het verwachte tekort aan jeugdzorgmedewerkers in 2022 is 700 (bron: ABF Research, Prognosemodel Zorg en Welzijn). Het gaat hier om het tekort aan het totaal aantal werknemers die werken bij een organisatie in de branche Jeugdzorg.

In 2020 hebben 7.110 werknemers de branche jeugdzorg verlaten. In 2021 waren dat er 6.020 (bron: CBS, AZW Statline).

⁸⁷ berekening op basis van AZW StatLine <https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/>.

⁸⁸ Utrecht Zorg (2021, 25 november), Rapportage kerngetallen PNIL Utrechtse zorgorganisaties, geraadpleegd op 3 oktober 2022 van rapportage-kengetallen-pnil-utrechtse-zorgorganisaties-2021.pdf.

⁸⁹ berekening op basis van AZW StatLine <https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/>.

⁹⁰ Utrecht Zorg (2021, 25 november), Rapportage kerngetallen PNIL Utrechtse zorgorganisaties, geraadpleegd op 3 oktober 2022 van rapportage-kengetallen-pnil-utrechtse-zorgorganisaties-2021.pdf.

Vraag 352

Hoe groot is het tekort aan jeugdbeschermers? Hoeveel jeugdbeschermers zijn er in 2020 en 2021 gestopt?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar over de beroepsgroep jeugdbeschermers.

Vraag 353

Hoe wordt de € 20 miljoen besteed die is gereserveerd in 2023 voor de uitvoering van het advies Taskforce Ondersteuning optimale inzet zorgverleners?

Antwoord:

Voor de periode vanaf 1 juli 2022 wordt een nieuwe subsidieregeling opgezet, die het mogelijk maakt dat in elk geval in 2022 nog 800 studenten kunnen starten met de BAZ-opleiding. De subsidieregeling wordt dit najaar uitgewerkt en heeft als opzet om vanaf volgend jaar met terugwerkende kracht te voorzien in een vergoeding aan opleidende zorginstellingen van € 25.000,- per student die na 1 juli 2022 aantoonbaar de BAZ-opleiding heeft afgerond. Zoals vermeld in de Lange Termijn COVID-19 brief van 16 september jl., investeert het kabinet hierin € 20 miljoen.

Vraag 354

Hoeveel zorgreservisten zijn er nu? Welke niveaus van opleiding hebben deze reservisten? Hoeveel van hen zijn binnen ongeveer vier weken beschikbaar?

Antwoord:

Op 29 september 2022 hadden zich 1348 zorgreservisten aangemeld bij Extra Zorg Samen, het private initiatief dat het reservistenbestand beheert. Hieronder treft u een overzicht van het opleidingsniveau van de inschreven zorgreservisten. Het is voor de zorgreservisten momenteel niet verplicht het opleidingsniveau in te vullen. Uitgangspunt is dat de zorgreservist bekwaam is. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgorganisatie om het opleidingsniveau en diploma's te verifiëren.

Opleidingsniveaus	Aantal zorgreservisten
VMBO 1 en MBO niveau 2	21
MBO niveau 3 verzorgende	135
MBO niveau 4 verpleegkundige	226
HBO niveau 5 en 6 verpleegkundige	477
Master verpleegkundig specialist en Physician-assistant	18
Onbekend/niet ingevuld door reservist	471
	1.348

Ten aanzien van de vraag hoeveel reservisten binnen 4 weken beschikbaar zijn, het volgende. De Nationale Zorgreserve gaat uit van de eigen regie van zorgreservisten op hun beschikbaarheid en inzet. Zorgorganisaties stellen een hulpvraag op de site. De verwerking van deze hulpvraag is binnen 24 uur. Als reservisten zich middels een reactie op de site beschikbaar stellen voor deze hulpvraag, dan kan de zorgaanbieder contact opnemen met de reservist en wordt de hulpvraag snel ingevuld.

Vraag 355

Hoeveel geld is er voor het thema zeggenschap gereserveerd in 2023 en hoe wordt dit geld precies uitgegeven?

Antwoord:

Ter uitvoering van het amendement Ellemeet en de Vries (TK 35 925 XVI, nr. 34) is september 2022 met de Subsidieregeling Veerkracht en Zeggenschap € 12,75 miljoen subsidie beschikbaar gesteld om op instellingsniveau met zeggenschap aan de slag te gaan. Parallel hieraan is voor € 2,5 miljoen een projectsubsidie verleend voor de organisatie van verschillende activiteiten in het kader van zeggenschap. Voor 2023 wordt binnen het arbeidsmarktprogramma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ) gewerkt aan een actieplan ten aanzien van een meerjarige inzet om zeggenschap te bevorderen. Indien de plannen gereed zijn zal worden gezien hoe financiële middelen binnen de TAZ hieraan bij kunnen dragen.

Vraag 356

Met welke veldpartijen wordt de strategie om secundair data gebruik in de zorg besproken? Zijn private partijen, fabrikanten en bedrijfsleven daar ook bij betrokken?

Antwoord:

De strategie voor het secundair gebruik van data in de zorg wordt afgestemd met een brede vertegenwoordiging van de partijen in het veld. Dit betreffen zowel partijen uit het publieke domein als private partijen. Belangrijke input voor de strategie wordt geleverd door het obstakel verwijdertraject van Health-RI.

Vraag 357

Hoeveel geld is er beschikbaar voor de digitale COVID-19-ondersteuning en hoe wordt dit geld verdeeld over de verschillende beschreven onderwerpen?

Antwoord:

In totaal is in 2023 € 46,5 miljoen beschikbaar voor digitale COVID-19-ondersteuning. Dit betreft kosten die zijn begroot voor de (door)ontwikkeling en het beheer van tools als GGD Contact (€ 13,2 miljoen) en het CoronaCheck-stelsel (€ 17,5 miljoen). Daarnaast vallen de diverse portalen hieronder die zijn ontwikkeld voor de ondersteuning bij het vaccineren en die het betrouwbaar aanleveren van data mogelijk maken (€ 3,5 miljoen). Ook zijn kosten voorzien voor informatiebeveiliging (€ 10,4 miljoen) en gegevensbescherming (€ 1,9 miljoen).

Vraag 358

Hoe valt het volgens u te rijmen dat het Zorginstituut de komende jaren steeds minder budget krijgt, terwijl het takenpakket wordt uitgebreid?

Antwoord:

De bijdrage voor het Zorginstituut bestaat uit verschillende onderdelen. Naast een bijdrage voor de uitvoering van reguliere taken, krijgt het Zorginstituut ook een bijdrage voor het uitvoeren van incidentele (eventueel meerjarige) projecten. De bijdrage voor deze projecten wordt per project vastgesteld. Voor de komende jaren wordt, gelet op bijvoorbeeld de taken die voor het Zorginstituut voortvloeien uit het IZA, een uitbreiding van het aantal projecten verwacht. Omdat deze projecten en de bijdrage hiervoor nog niet zijn vastgesteld, kan hiermee echter op dit moment nog geen rekening worden gehouden in de begroting. Hier wordt u bij een volgend begrotingsmoment over geïnformeerd.

Vraag 359

Wat is de beoogde besteding van het extra geld voor opleidingen, beroepenstructuur en arbeidsmarkt? Wat is het doel en het verwachte effect?

Antwoord:

Het hogere budget in 2023 op de begroting voor het onderdeel Opleidingen, beroepenstructuur en arbeidsmarkt komt voort uit in eerdere jaren naar 2023 doorgeschoven budget van circa € 230 miljoen. Dit budget is gereserveerd om de laatste betalingen volgend uit de afrekening van de subsidie SectorplanPlus 2017–2022 te kunnen betalen. Het overgrote deel van de overige middelen op dit budget wordt de komende jaren benut voor het instrumentarium van het recent gepresenteerde programma TAZ (https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2022Z18309&did=2022D38899).

Vraag 360

Welke oplossingen worden op dit moment verkend om het tekort aan tandartsen aan te pakken? Zijn er ook middelen in de begroting van het Ministerie van OCW gereserveerd om meer tandartsen op te leiden? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

De komende tijd worden verschillende oplossingsrichtingen samen met het Ministerie van OCW verkend. Zoals het verkorten van de tandartsopleiding (van 6 naar 5 jaar) – dit geeft financiële ruimte om meer tandartsen op te leiden en tandartsen zijn sneller beschikbaar om te werken –, evenwichtige spreiding van tandartsopleidingen, optimalisatie van de samenwerking in de tandartspraktijken en de inrichting van de opleiding (bv. meer praktijkervaring opdoen in de regio). Bij het vaststellen of er voldoende tandartsen zijn is het ook van belang te kijken naar de deeltijdfactor en naar de beschikbaarheid van andere mondzorgprofessionals, zoals de (geregistreerd) mondhygiënist. Eind van dit jaar komt het Capaciteitsorgaan met een nieuw instroomadvies, waarbij ook aandacht wordt besteed aan de verdeling van tandartsen en het tandartsbezoek over de regio's. Begin 2023 zullen VWS en OCW in samenwerking met betrokken partijen – huidige tandartsopleidingen, Erasmus MC en de KNMT – komen tot oplossingen. Het Ministerie van OCW heeft geen middelen gereserveerd om meer tandartsen op te leiden, de focus ligt nu eerst op een gezamenlijke probleemanalyse en het op basis daarvan komen tot de juiste oplossing.

Vraag 361

Hoe wordt de € 67 miljoen vanuit het SectorplanPlus in 2023 besteed? Is er een risico op onderbesteding van het totale budget?

Antwoord:

Met de subsidie SectorplanPlus 2022–2023 wordt arbeidsorganisaties in zorg en welzijn ondersteuning geboden in het opleiden en begeleiden van nieuw personeel, in het behouden van hun zittende medewerkers en het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Doordat SectorplanPlus regionaal en dicht bij de arbeidsorganisaties wordt georganiseerd, is het mogelijk aan te sluiten bij wat de regio en de arbeidsorganisaties in die regio nodig hebben. Daarmee draagt het bij aan de gezamenlijke aanpak van arbeidsmarkt vraagstukken in de regio en wordt aangesloten bij het gegeven dat de arbeidsmarkt in hoge mate een regionale markt is.

Meer concreet wordt met de subsidie voor het project SectorplanPlus 2022–2023 een extra impuls gegeven aan (opleidings)projecten gericht op:

- Het stimuleren van doorstroom naar nieuwe functies in zorg en welzijn door opscholing van zittende medewerkers in de sector/bij zorgorganisaties;
- Het vergroten van (zij)instroom/herintreden in zorg en welzijn middels het ondersteunen van scholingstrajecten (kwantitatief en kwalitatief);

- Het ondersteunen van nieuwe werknemers in de sector door middel van inwerkprogramma's die kennis en vaardigheden vergroten (<2 jaar in dienst bij aanvang van de opleiding);
- Scholingstrajecten (training) gericht op het behouden van medewerkers (mismatch competenties, doorontwikkeling en verzuimpreventie) die al werkzaam zijn in de sector;
- Het op peil brengen/houden van de benodigde kwalificaties en nieuwste inzichten van werkbegeleiders en Werk-/Praktijkbegeleiders, zodat zij extra instroom van beroepskrachten binnen organisaties adequaat kunnen begeleiden;
- Verbetering van de match tussen (potentiële) (zij)instroom via oriëntatiebanen.

De uiteindelijke uitputting van het budget hangt af van de mate waarin de arbeidsorganisaties de aangevraagde opleidingsprojecten ook weten te realiseren. In de uitvoering van de subsidie zal er vanuit RegioPlus met inachtneming van de ervaringen met het SectorplanPlus 2017–2022 extra aandacht zijn voor de uitvoering en de realisatie.

Vraag 362

Is er budget beschikbaar om de Stichting Het Potentieel Pakken ook na 2023 nog te ondersteunen?

Antwoord:

Ja, de stichting ondersteun ik, de Minister van LZS, in ieder geval tot en met 2024.

Vraag 363

Wat is de specifieke opdracht aan de Stichting Het Potentieel Pakken? Op welke wijze wordt de effectiviteit en het resultaat van deze stichting gemeten?

Antwoord:

De stichting Het Potentieel Pakken ontvangt geen ondersteuning op basis van een opdracht, maar een projectsubsidie. De projectsubsidie heeft meerdere doelen, namelijk: resultaten behalen met de intensieve trajecten binnen zorginstellingen, bewustwording creëren bij zorgmedewerkers, het delen van kennis en ervaring en het creëren van een systemische verandering. De stichting komt jaarlijks met een update.

Op dit moment heeft de stichting 10 intensieve trajecten afgerond en is sprake van 9 lopende trajecten. Hier hebben tot nu toe 5.333 zorgmedewerkers aan deelgenomen. Het aantal intensieve trajecten wordt de komende tijd uitgebreid naar ongeveer 50.

Er zijn 143 contractuitbreidingen gerealiseerd, waarbij men gemiddeld 3,5 uur meer is gaan werken. De stichting is naast deze trajecten actief bezig met het creëren van bewustwording. Er zijn zo'n 3.500 informatiepakketten verstrekt aan zorgmedewerkers. Zorgorganisaties nemen veelvuldig deel aan bootcamps, waarin handvaten geboden worden aan zorginstellingen om zelf aan de slag te gaan met contractuitbreiding. Inmiddels hebben 92 zorgorganisaties dit gedaan.

Vraag 364

Waarom wordt er nog steeds € 1,4 miljoen uitgegeven aan de Verwijsindex Risicojongeren (VIR), aangezien er een motie van de leden Westerveld en Peters is aangenomen om de wettelijke verplichting van de VIR uit de Jeugdwet te schrappen? Is na deze aangenomen motie nog steeds € 1,4 miljoen nodig voor de VIR? Wat is er gebeurd met de uitvoering van deze motie (Kamerstuk 35 925 XVI, nr. 128)? Hoeveel gemeenten maken niet meer gebruik van de VIR?

Antwoord:

In de brief van 28 september 2022 aan uw Kamer over de voortgang van de aanpak huiselijk geweld en kindermishandeling wordt ingegaan op de vervolgstappen om uitvoering te geven aan de motie van de leden Westerveld en Peters. Zolang de wettelijke verplichting niet bij wet geschrapt is, moeten gemeenten zich houden aan de verplichting van de wet en blijft de Verwijsindex risicojongeren dus als instrument bestaan. Dit betekent dat ook middelen nodig zijn voor de uitvoering zoals de landelijke database verwijsindex van het CIBG (de uitvoeringsorganisatie van het Ministerie van VWS). Van het beschikbare bedrag aan het CIBG van € 1,4 miljoen wordt € 0,97 miljoen besteed aan het beheer van de Verwijsindex risicojongeren. De overige middelen voor het CIBG zijn voor uitvoeringskosten en het jaardocument Jeugd.

Uit het verdiepend onderzoek naar de VIR, «De VIR in beeld», uit 2021 blijkt dat bij 25 van de 65 regionale convenantgebieden (circa 100 gemeenten) in 2020 geen meldingen zijn opgenomen in de landelijke database. Kijkend naar de convenantgebieden van waaruit wel meldingen zijn gemaakt, zijn er gemeenten waar veel gemelde jeugdigen wonen en gemeenten waar weinig tot geen gemelde jeugdigen wonen.

Vraag 365

Is het budget voor de VIR van 2021 opgegaan?

Antwoord:

In 2021 heeft het CIBG € 960.000 ontvangen voor de uitvoering van de landelijke database verwijsindex risicojongeren. Bij eindafrekening bleek € 13.000 minder aan kosten te zijn gemaakt en deze zijn dus terug ontvangen.

Vraag 366

Wat is de definitie van slimme zorg en in hoeverre is de definitie ruimer dan alleen digitale zorg? Op welke manier wordt slimme zorg gemonitord en met welke criteria?

Antwoord:

Slimme zorg is iets breder dan digitale zorg. Bij slimme zorg gaat het om het loslaten van tijdrovende en onnodige (soms onplezierige en schade-lijke) zorghandelingen en waar nodig te vervangen door alternatieve toepassingen. Die kunnen digitaal zijn, maar dat hoeft niet. Bij digitale zorg gaat het juist wel om de toepassing van digitale informatie en communicatie.

Het gebruik van digitale zorg wordt jaarlijks gemeten door het RIVM in de e-healthmonitor: E-healthmonitor 2021–2023 | RIVM. De volgende monitor wordt in februari 2023, tijdens de openingsbijeenkomst van de Slimme Zorgestafette, gepubliceerd.

Binnen de e-healthmonitor worden verschillende onderzoeksmethoden gecombineerd. Met kwantitatieve methoden, zoals vragenlijsten en databronnen, worden elk jaar cijfers over het digitale zorggebruik en ervaringen van zorggebruikers en -verleners verzameld. Daarnaast wordt met kwalitatief onderzoek, zoals focusgroepen en interviews, onderzoek gedaan naar de stimulerende en belemmerende zaken achter de cijfers. Zorggebruikers en -verleners worden hierbij gevraagd om hun ervaringen te delen.

Vraag 367

Welke jeugdzorgregio's hebben geen regiovisie?

Antwoord:

Uit het onderzoek van de Jeugddautoriteit naar de regiovisies «Regiovisies jeugdhulp»⁹¹ blijkt dat in het voorjaar van 2022 16 regio's nog geen regiovisie hadden. Welke regio's het hier betreft is niet af te leiden uit het onderzoek van de Jeugddautoriteit.

Vraag 368

Welke jeugdzorgregio's hebben wel een regiovisie, maar hebben daarin niet aangegeven voor welke jeugdzorgfuncties beschikbaarheid en continuïteit geborgd moet worden?

Antwoord:

In het onderzoek «Regiovisies jeugdhulp»⁹² geeft de Jeugddautoriteit aan dat van de regio's die beschikken over een regiovisie er acht niet hebben aangegeven voor welke jeugdzorgfuncties beschikbaarheid en continuïteit geborgd moet worden. Negen regio's beschrijven in hun regiovisie volgens de Jeugddautoriteit de functies alleen in zeer algemene termen waardoor niet geheel duidelijk wordt waar het om gaat. Welke regio's het hier betreft is niet af te leiden uit het onderzoek van de Jeugddautoriteit.

Vraag 369

Hoeveel van de € 214 miljoen op jeugdzorguitgaven, die de besparingsmaatregelen voor gemeenten voor 2022 uit de reeks van de Commissie van Wijzen zouden moeten opleveren, zijn al waargemaakt? Wordt dat bedrag gehaald? Is zicht op welke besparingsmaatregelen uit de reeks van de Commissie van Wijzen al zijn ingezet door gemeenten? Zo ja, welke?

Antwoord:

Op 31 mei 2022 is de Tweede Kamer geïnformeerd over de VNG-rapportage «Maatregelen jeugdhulp in 2022». In dit rapport geeft de VNG aan hoe door gemeenten is ingezet op de zeven maatregelen die onderdeel zijn van de afspraken tussen Rijk en VNG voor 2022 en die ook voortkomen uit het rapport van de Commissie van Wijzen. In het rapport wordt aangegeven dat «Uit de enquête blijkt dat de meerderheid van de gemeenten in de afgelopen jaren ervaring heeft opgedaan met het nemen van de maatregelen die in de arbitrage uitspraak zijn opgenomen. Hoewel deze maatregelen inhoudelijk vaak effect sorteerden, is niet vast te stellen in hoeverre ze leiden tot een daling van de totale kosten».

De jeugdzorguitgaven worden door tal van effecten beïnvloed die ook grotendeels met elkaar samenhangen. Ik krijg halverwege 2023 zicht op hoeveel gemeenten hebben uitgegeven aan maatwerkvoorzieningen jeugdzorg in 2022.

Vraag 370

Op welke manier is er door gemeenten in 2022 bespaard op de jeugdzorguitgaven op het versterken van het normale leven/veerkracht jeugdigen en hun omgeving (Maatregel Commissie van Wijzen)? En hoeveel is er bespaard?

Antwoord:

Op 31 mei 2022 is de Tweede Kamer geïnformeerd over de VNG-rapportage «Maatregelen jeugdhulp in 2022». In dit rapport geeft VNG aan hoe door gemeenten al is ingezet op de zeven maatregelen, waaraan in rapport Commissie van Wijzen gemiddelde verwachte opbrengsten zijn toegekend.

⁹¹ Onderzoeksrapport «Regiovisies jeugdhulp», Bijlage bij TK 2021–2022 31 839 nr. 903.

⁹² Onderzoeksrapport «Regiovisies jeugdhulp», Bijlage bij TK 2021–2022 31 839 nr. 903.

Voor de maatregel «het versterken van het normale leven/veerkracht jeugdigen en hun omgeving» staat nog geen besparing opgenomen voor 2022 en deze maatregel is dan ook (nog) niet meegenomen in de gehouden enquête. Hoeveel door gemeenten bespaard is in 2022 (of nog kan worden) is daarom nog niet bekend. Uitgaven in 2022 zijn pas halverwege 2023 bekend. Daarnaast is het effect van één maatregel niet in beeld te brengen. De jeugdzorguitgaven worden door tal van effecten beïnvloed die ook grotendeels met elkaar samenhangen.

Vraag 371

Op welke manier is er door gemeenten in 2022 bespaard op de jeugdzorguitgaven op de vereenvoudiging van de jeugdbeschermingsketen (Maatregel Commissie van Wijzen)? En hoeveel is er bespaard?

Antwoord:

De Commissie van Wijzen heeft het effect van de vereenvoudiging van de jeugdbeschermingsketen niet adequaat kunnen onderbouwen en daarom PM laten staan en daarmee is de maatregel geen onderdeel van de afspraken die voor 2022 met gemeenten zijn gemaakt.

Vraag 372

Op welke manier is er door gemeenten in 2022 bespaard op de jeugdzorguitgaven door het voorkomen en verkorten van residentiele zorg? En hoeveel is er bespaard?

Antwoord:

Het aantal plaatsingen in de gesloten jeugdhulp is de afgelopen jaren sterk gedaald. In mijn brief «Passende zorg voor jeugdigen die bescherming en veiligheid nodig hebben» staat dat het streven is op termijn naar nul gesloten plaatsingen toe te gaan. Het is nog niet bekend wat het effect is van het verminderd gebruik van gesloten jeugdhulp op de uitgaven van gemeenten voor 2022. Ten eerste zijn de uitgaven 2022 pas halverwege 2023 bekend. Daarnaast is het effect van één maatregel in het algemeen niet in beeld te brengen. De jeugdzorguitgaven worden door tal van effecten beïnvloed die ook grotendeels met elkaar samenhangen. Over het voorkomen en verkorten van alle residentiële zorg moeten nog afspraken gemaakt worden met gemeenten binnen de Hervormingsagenda.

Vraag 373

Op welke manier is er door gemeenten in 2022 bespaard op de jeugdzorguitgaven door het normaliseren van voogdijondersteuning (Maatregel Commissie van Wijzen)? En hoeveel is er bespaard?

Antwoord:

Deze maatregel geldt nog niet voor 2022. Voor 2023 hebben gemeenten extra geld gekregen, waarbij het kabinet er vanuit gaat dat gemeenten zich inzetten op besparingsmaatregelen voor een bedrag van 374 mln op de jeugdzorguitgaven in 2023. Dit is gebaseerd op de tabel van de Commissie van Wijzen waar de maatregel «normaliseren voogdijondersteuning» onderdeel van uitmaakt.

Vraag 374

Op welke manier is er door gemeenten in 2022 bespaard op de jeugdzorguitgaven door het inperken van lichte zorgvormen en het uitsluiten van niet werkende of schadelijke interventies (Maatregel Commissie van Wijzen)? En hoeveel is er bespaard?

Antwoord:

Voor de maatregel «inperken van lichte zorgvormen en het uitsluiten van niet werkende of schadelijke interventies» staat geen besparing opgenomen voor 2022. De maatregel maakt deel uit van de Hervormingsagenda Jeugd die wordt opgesteld.

Vraag 375

Op welke manier is er door gemeenten in 2022 bespaard op de jeugdzorguitgaven door het afbakenen van de reikwijdte (Maatregel Commissie van Wijzen)? En hoeveel is er bespaard?

Antwoord:

Op 31 mei 2022 is de Tweede Kamer geïnformeerd over de VNG-rapportage «Maatregelen jeugdhulp in 2022». In dit rapport geeft de VNG aan hoe door gemeenten is ingezet op de zeven maatregelen die onderdeel zijn van de afspraken tussen Rijk en VNG voor 2022.

Gemeenten geven in de gehouden enquête aan dat zij tot 2022 maatregelen hebben genomen om de reikwijdte van de jeugdhulp te beperken op de volgende categorieën:

1. Afbakening jeugdhulp en onderwijs;
2. Strakkere afbakening met andere wetten/voorliggende voorzieningen;
3. Afbakening grenzen van de jeugdhulp.

Er is geen inzicht in hoeverre gemeenten in 2022 een financiële besparing hebben gerealiseerd op deze maatregel. Ten eerste zijn de uitgaven 2022 pas halverwege 2023 bekend. Daarnaast is het effect van één maatregel in het algemeen niet in beeld te brengen. De jeugdzorguitgaven worden door tal van effecten beïnvloed die ook grotendeels met elkaar samenhangen.

Vraag 376

Op welke manier is er door gemeenten in 2022 bespaard op de jeugdzorguitgaven door het versterken van de bestaanszekerheid? En hoeveel is er bespaard?

Antwoord:

Op 31 mei 2022 is de Tweede Kamer geïnformeerd over de VNG-rapportage «Maatregelen jeugdhulp in 2022». In dit rapport geeft de VNG aan hoe er door gemeenten is ingezet op de zeven maatregelen die onderdeel zijn van de afspraken tussen Rijk en VNG voor 2022. De maatregel door het versterken van de bestaanszekerheid was hier onderdeel van. Gemeenten geven in de enquête aan dat daarbij kan worden gedacht aan de doorbraakmethode van IPW of aan andere vormen van maatwerkhulp (o.b.v. maatwerkbudget). Circa 31% van de gemeenten geeft aan gebruik te maken van de IPW doorbraakmethode. Er is geen inzicht in de mate waarin gemeenten hiermee in 2022 een financiële besparing hebben gerealiseerd. Ten eerste zijn de uitgaven 2022 pas halverwege 2023 bekend. Daarnaast is het effect van één maatregel in het algemeen niet goed in beeld te brengen. De jeugdzorguitgaven worden door tal van effecten beïnvloed die ook grotendeels met elkaar samenhangen.

Vraag 377

Op welke manier is er door gemeenten in 2022 bespaard op de jeugdzorguitgaven door selectie en contractering (Maatregel Commissie van Wijzen)? En hoeveel is er bespaard?

Antwoord:

Over maatregelen op het terrein van selectie en contractering moeten nog afspraken gemaakt worden met gemeenten binnen de Hervormingsagenda.

Vraag 378

Op welke manier is er door gemeenten in 2022 bespaard op de jeugdzorguitgaven door tariefdifferentiatie (Maatregel Commissie van Wijzen)? En hoeveel is er bespaard?

Antwoord:

Op 31 mei 2022 is de Tweede Kamer geïnformeerd over de VNG-rapportage «Maatregelen jeugdhulp in 2022». In dit rapport geeft de VNG aan hoe door gemeenten is ingezet op de zeven maatregelen die onderdeel zijn van de afspraken tussen Rijk en VNG voor 2022, waaronder op de maatregel tariefdifferentiatie. Op basis van de gehouden enquête wordt een toelichting gegeven op deze maatregel voor wat betreft de volgende punten:

1. Het onderscheid maken in tarieven op basis van de kostenstructuur van aanbieders is door slechts een minderheid van de gemeenten genomen;
2. De meeste gemeenten stellen zelf tarieven vast en kennen dus geen concurrentie op basis van prijs (focus ligt op kwaliteit);
3. Een deel van de gemeenten geeft aan wel te overwegen om in toekomstige aanbestedingen een dergelijk onderscheid te maken;
4. Een deel van de gemeenten is overgegaan op taakgerichte bekostiging, hiermee neemt de meerwaarde van tariefdifferentiatie af omdat er dan doorgaans wordt ingekocht bij een beperkt aantal zorgaanbieders.

Er is geen inzicht in hoeverre gemeenten in 2022 een financiële besparing hebben gerealiseerd op deze maatregel. Ten eerste zijn de uitgaven 2022 pas halverwege 2023 bekend. Daarnaast is het gerealiseerde effect van één maatregel in het algemeen niet in beeld te brengen. De jeugdzorguitgaven worden door tal van effecten beïnvloed die ook grotendeels met elkaar samenhangen.

Vraag 379

Op welke manier is er door gemeenten in 2022 bespaard op de jeugdzorguitgaven door regionalisering (Maatregel Commissie van Wijzen)? En hoeveel is er bespaard?

Antwoord:

In het rapport van de Commissie van Wijzen is voor de maatregel «regionalisering» voor de eerste jaren een investering opgenomen, die vanaf 2027 zou moeten leiden tot een lichte besparing. Het doel voor 2022 was dus niet te komen tot een besparing, maar om extra te investeren in regionale samenwerking.

Het is niet bekend wat het effect is van deze maatregel op de uitgaven van gemeenten voor 2022. De maatregel «regionalisering» maakte geen deel uit van de VNG-rapportage «Maatregelen jeugdhulp in 2022» die op 31 mei 2022 aan de Tweede Kamer is toegestuurd. Ook het onderzoek van de Jeugddoorlichting naar de wijze waarop gemeenten uitvoering geven aan de afspraak in het kader van de Norm voor Opdrachtgeverschap om een regiovisie op te stellen⁹³ geeft geen informatie over financiële effecten van regionalisering.

⁹³ Onderzoeksrapport «Regiovisies jeugdhulp», Bijlage bij TK 2021–2022 31 839 nr. 903.

Daarnaast zijn de uitgaven 2022 pas halverwege 2023 bekend. Verder is het effect van één maatregel niet in beeld te brengen. De jeugdzorguitgaven worden door tal van effecten beïnvloed die ook grotendeels met elkaar samenhangen.

Vraag 380

Op welke manier is er door gemeenten in 2022 bespaard op de jeugdzorguitgaven door brede invoering van de Praktijkondersteuner Huisartsen (POH)-jeugd GGZ (Maatregel Commissie van Wijzen)? En hoeveel is er bespaard?

Antwoord:

Op 31 mei 2022 is de Tweede Kamer geïnformeerd over de VNG-rapportage «Maatregelen jeugdhulp in 2022». In dit rapport geeft de VNG aan hoe door gemeenten is ingezet op de zeven maatregelen die onderdeel zijn van de afspraken tussen Rijk en VNG voor 2022, waaronder op de maatregel Brede invoering POH-jeugd GGZ. Hierin wordt een toelichting gegeven op het feit dat de eerste gemeenten in 2015 al zijn begonnen met het bekostigen van een ondersteuner (POH jeugd), dat de meeste gemeenten in de afgelopen jaren zijn gestart (in totaal circa 67%), en dat in diverse regio's een afname zichtbaar is van het aantal verwijzingen naar de specialistische jeugdhulp.

Er is geen inzicht in welke mate gemeenten in 2022 financiële besparing hebben gerealiseerd op deze maatregel op macroniveau. Ten eerste zijn de uitgaven 2022 pas halverwege 2023 bekend. Daarnaast is het effect van één maatregel niet in beeld te brengen. De jeugdzorguitgaven worden door tal van effecten beïnvloed die ook grotendeels met elkaar samenhangen.

Vraag 381

Op welke manier is er door gemeenten in 2022 bespaard op de jeugdzorguitgaven door standaardisatie van de uitvoering (Maatregel Commissie van Wijzen)? En hoeveel is er bespaard?

Antwoord:

Op 31 mei 2022 is de Tweede Kamer geïnformeerd over de VNG-rapportage «Maatregelen jeugdhulp in 2022». In dit rapport geeft de VNG aan hoe door gemeenten is ingezet op de zeven maatregelen die onderdeel zijn van de afspraken tussen Rijk en VNG voor 2022, waaronder op de maatregel standaardisatie van de uitvoering. Op basis van een enquête die is uitgevoerd, wordt een toelichting gegeven op deze maatregel voor wat betreft de volgende punten:

1. Alle geïnterviewde gemeenten geven aan dat het thema van terugdringen van administratieve lasten (hoog) op de agenda staat;
2. De meest genoemde (en genomen) maatregel is het aansluiten bij de standaarden van i-Sociaal Domein (berichtenverkeer en verantwoording);
3. De meeste maatregelen richten zich op de administratie rondom facturatie en verantwoording. Enkele gemeenten onderzoeken ook of inhoudelijke registraties, zoals het ondersteuningsplan, administratief lichter kunnen worden gemaakt.

69% van de respondenten geeft aan dat maatregelen zijn genomen die hebben geleid tot vermindering van administratieve lasten bij gemeente of aanbieders. Er is geen inzicht in welke mate gemeenten een financiële besparing in 2022 hebben gerealiseerd op deze maatregel. Ten eerste zijn de uitgaven 2022 pas halverwege 2023 bekend. Daarnaast is het effect van één maatregel in het algemeen niet in beeld te brengen. De jeugdzorguit-

gaven worden door tal van effecten beïnvloed die ook grotendeels met elkaar samenhangen.

Vraag 382

Is het bedrag van € 374 miljoen dat gemeenten in 2023 moeten besparen op jeugdzorguitgaven naar aanleiding van de reeks van de Commissie van Wijzen uit 2021 nog accuraat of zijn die bedragen inmiddels achterhaald en moeten die worden bijgesteld na twee jaar? Kan per maatregel uitgewerkt worden hoe tot die € 374 miljoen is gekomen?

Antwoord:

Het jaar 2023 is onderdeel van de nog af te sluiten Hervormingsagenda Jeugd met gemeenten, waarbij de reeksen van de Commissie van Wijzen uitgangspunt zijn. Tegelijkertijd gaat het kabinet er vanuit dat gemeenten voor 2023 inzetten op besparingsmaatregelen voor een bedrag van € 374 mln, omdat gemeenten voor deze maatregelen zelf aan zet zijn en zich voor een groot deel van de maatregelen zich al gecommitteerd hadden om in 2022 al stappen te zetten.

De 374 mln. uit de reeks van de Commissie van Wijzen is een combinatie van de volgende maatregelen:

Tabel 1 uit advies CvW: Overzicht maatregelen waarover overeenstemming bestaat tussen Rijk en VNG

(in € mln.; – is saldoverbeterend)	2022	2023	Structureel
Versterken normale leven/veerkracht jeugdigen en hun omgeving (B16)	PM	PM	PM
Vereenvoudiging jeugdbeschermingsketen (B13)	PM	PM	PM
Voorkomen en verkorten residentiele zorg (B17)	PM	PM	– 300
Normaliseren voogdijondersteuning (B18)	PM	– 6	– 26
Inperken lichte zorgvormen (B1)	PM	PM	PM
Niet werkende of schadelijke interventies uitsluiten (B7)	PM	PM	PM
Afbakening reikwijdte (B2)	– 33	– 67	– 200
Versterking bestaanszekerheid (B15)	– 101	– 101	– 101
Selectie en contractering (B5)	PM	PM	PM
Tariefdifferentiatie (B6)	– 6	– 12	– 24
Beperking verwijzingen naar gecontracteerd aanbod (B12)	– 36	– 49	– 49
Regionalisering (B3)	47	47	– 6
Brede invoering POH-jeugd GGZ (AEF rapport, bijlage E, 1)	– 38	– 75	– 88
Standaardisatie uitvoering (B23)	– 48	– 112	– 224
Verkennen op basis van onderzoek «analyse in- en uitstroom in jeugdzorg» of nog andere maatregelen mogelijk zijn om de uitstroom te bevorderen en de trajectduur te beperken.	PM	PM	PM
Reeks Commissie van Wijzen	– 214	– 374	– 1.017

Vraag 383

Hoeveel huisartsen hebben een POH-GGZ of POH-jeugd GGZ in de praktijk? Is dit aantal de afgelopen vijf jaar gestegen? Hoeveel kost een POH-GGZ of POH-jeugd GGZ?

Antwoord:

Er zijn twee verschillende onderzoeken die een beeld geven van de aanwezigheid van een POH-GGZ of POH-jeugd GGZ met aandachtsgebied jeugd in de huisartsenpraktijk.

Uit een recent onderzoek van het NIVEL⁹⁴ blijkt dat in 2021 78% van de praktijken een POH Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ) in het functiebestand heeft opgenomen. De POH GGZ met aandachtsgebied jeugd – een relatief nieuwe POH-functie – is bij 33% van de praktijken aanwezig. Dit is op basis van een enquête in najaar 2021 onder alle huisartsenpraktijken met een responspercentage van 24%.

⁹⁴ <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004153.pdf>.

Uit de VNG-rapportage «Maatregelen jeugdhulp in 2022» waarover de Tweede Kamer op 31 mei 2022 is geïnformeerd kan worden geconcludeerd dat circa 67% gemeenten in Nederland voor huisartsen een ondersteuner financieren, dit op basis van een enquête onder circa 187 gemeenten als onderdeel van de genoemde rapportage.

In het AEF onderzoek «stelsel in groei» (d.d. 15 december 2020) wordt voor de kosten van een POH GGZ met aandachtsgebied jeugd uitgegaan van hoogopgeleide professionals met voldoende opleidingsmogelijkheden. Inclusief overheadkosten lopen de kosten voor één fte in dat geval uiteen van € 100.000 – € 110.000.

Vraag 384

Hoeveel kost het om de gespecialiseerde jeugdzorg centraler in te kopen, zoals genoemd staat in het coalitieakkoord? Wat wordt hierbij verstaan onder gespecialiseerde jeugdzorg?

Antwoord:

In een AmvB bij het wetsvoorstel Wet verbetering beschikbaarheid zorg voor jeugdigen wordt vastgelegd welke vormen van gespecialiseerde zorg minimaal op regionale schaal ingekocht dienen te worden. Daarnaast wordt in het kader van de Hervormingsagenda jeugd gezien wat de beste manier is om de landelijke contractering vorm te geven en welke zorgvormen hiervoor in aanmerking komen. De kosten die gemoeid zullen zijn met centralere inkoop van gespecialiseerde jeugdzorg zullen afhangen van de keuzes die ten aanzien van de inrichting worden gemaakt.

Vraag 385

Hoeveel van de gedupeerden van de uithuisplaatste kinderen naar aanleiding van de toeslagenaffaire zijn teruggeplaatst bij hun ouders?

Antwoord:

Sinds de inzet van het Ondersteuningsteam zijn, voor zover bij hen bekend, zes kinderen⁹⁵ (*peildatum 31 augustus*) terug naar huis gegaan. Via een voortgangsbrief die eind oktober a.s. aan uw Kamer zal worden gezonden zal de Staatssecretaris van VWS samen met de Minister voor Rechtsbescherming een update geven over de resultaten van de inzet van het Ondersteuningsteam.

Vraag 386

Bij hoeveel van de gedupeerden van de uithuisplaatste kinderen naar aanleiding van de toeslagenaffaire heeft contactherstel met familie/ouders plaatsgevonden?

Antwoord:

Sinds de inzet van het Ondersteuningsteam is, voor zover bij hen bekend, bij vier kinderen⁹⁶ het contact weer hersteld. Via een voortgangsbrief die eind oktober zal worden gezonden, informeert de Staatssecretaris van VWS samen met de Minister voor Rechtsbescherming uw Kamer verder over de resultaten van de inzet van het Ondersteuningsteam.

⁹⁵ In totaal zijn er 429 kinderen betrokken bij de gezinnen die het OT ondersteund, waarvan 167 kinderen uithuisgeplaatst zijn. Zie Voortgangsrapportage OT juli en augustus 2022: <https://hetondersteuningsteam.nl/wp-content/uploads/2022/09/220708-Voortgangsrapportage-def..pdf>.

⁹⁶ In totaal zijn er 429 kinderen betrokken bij de gezinnen die het OT ondersteund, waarvan 167 kinderen uithuisgeplaatst zijn. Naast de vier kinderen waarbij het contact hersteld is, zijn sinds de inzet van het Ondersteuningsteam zes kinderen (*peildatum 31 augustus*) terug naar huis gegaan. Zie Voortgangsrapportage OT juli en augustus 2022: <https://hetondersteuningsteam.nl/wp-content/uploads/2022/09/220708-Voortgangsrapportage-def..pdf>.

Vraag 387

Bij hoeveel gedupeerden gezinnen is de Eigen Kracht Centrale betrokken om alsnog een familieplan op te stellen?

Antwoord:

Zoals toegelicht in de schriftelijke beantwoording van de vragen uit het schriftelijk overleg «voortgang aanpak uithuisplaatsingen kinderopvang-toeslag» van 13 sept jl. is de Eigen Kracht Centrale één van de partijen die een familiegroepsplan aanbiedt. Het is aan gemeenten een keuze te maken uit de verschillende aanbieders. Ik heb daarom geen zicht op het aantal gedupeerde gezinnen waar de Eigen Kracht Centrale betrokken is om alsnog een familieplan op te stellen.

Vraag 388

Hoeveel kinderen zijn er het afgelopen jaar (2021) uit huis geplaatst?

Antwoord:

Over het afgelopen jaar zijn deze cijfers helaas niet bekend, omdat dit niet landelijk werd bijgehouden. Per 1 januari jl. wordt daarom de machtiging uithuisplaatsing als uniek item uitgevraagd bij de gecertificeerde instellingen, waardoor de aantallen gedwongen uithuisplaatsingen vanaf 2022 wel bijgehouden kunnen worden.

Vraag 389

Hoeveel kinderrechters zijn er?

Antwoord:

Rechters worden niet specifiek benoemd als kinderrechter. Het aantal rechters dat op het vakgebied familierecht staat geregistreerd bedraagt 330 (296,6 fte)⁹⁷.

Vraag 390

Hoeveel kinderen zijn er in 2021 afgezonderd in een specifieke separatie/isolatieruimte?

Antwoord:

In de periode van juni 2020 tot mei 2021 zijn er 301 plaatsingen geweest in een isoleer-of separeerruimte.⁹⁸

Vraag 391

Hoeveel procent van de uitgaven aan de jeugdzorg gaat op aan coördinatiekosten?

Antwoord:

Volgens onderzoek van Berenschot op basis van uitgaven in 2018 wordt 29% van de totale middelen voor jeugdzorg besteed aan kosten gericht op het organiseren en coördineren van zorg. Dit betreft onder andere het organiseren van de toegang tot hulp en ondersteuning in het sociaal domein, het ontwikkelen van gemeentelijk beleid, inkoop en facturatie, monitoring en verantwoording, en huisvestings- en ICT-kosten van de medewerkers die deze taken uitvoeren.

Op dit moment is de Staatssecretaris van VWS in het kader van de op te stellen Hervormingsagenda Jeugd in gesprek met partners van de zogenoemde vijfhoek (naast het Rijk en VNG, aanbieders, professionals en cliënten). Daarbij worden ook maatregelen besproken om de lokale toegang te versterken, de uitvoering en inkoop te vereenvoudigen en de

⁹⁷ Cijfers van de Raad voor de Rechtspraak.

⁹⁸ Eindrapport-etappe-3-Ik-laait-je-niet-alleen.pdf (jeugdzorgnederland.nl).

administratieve lasten te beperken. Streven is dat de Hervormingsagenda Jeugd dit najaar gereed is.

Vraag 392

Kunt u een uitsplitsing geven van de besparingsmaatregelen die samen moeten leiden tot een bezuiniging van € 374 miljoen op de jeugdzorguitgaven? Uit welke bezuinigingen is dit bedrag opgebouwd? Welk effect zullen deze maatregelen hebben op de wachttijden in de jeugdzorg? Hoe heeft u hier een inschatting van gemaakt?

Antwoord:

De € 374 miljoen uit de reeks van de Commissie van Wijzen is een combinatie van de volgende maatregelen:

Tabel 1 uit advies CvW: Overzicht maatregelen waarover overeenstemming bestaat tussen Rijk en VNG

(in € mln.; – is saldoverbeterend)	2023
Normaliseren voogdijondersteuning (B18)	– 6
Afbakening reikwijdte (B2)	– 67
Versterking bestaanszekerheid (B15)	– 101
Tariefdifferentiatie (B6)	– 12
Beperking verwijzingen naar gecontracteerd aanbod (B12)	– 49
Regionalisering (B3)	47
Brede invoering POH-jeugd GGZ (AEF rapport, bijlage E, 1)	– 75
Standaardisatie uitvoering (B23)	– 112
Reeks Commissie van Wijzen	– 374

Er is geen inschatting gemaakt van het effect op de wachttijden van deze maatregelen en deze inschatting is ook niet goed te maken. Het Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd (OZJ) is in opdracht van VNG en VWS bezig met het aanpakken van regionale wachttijden. Het verkrijgen van inzicht en overzicht gebeurt in eerste instantie regionaal, zodat gemeenten en regio's kunnen sturen. De regionale beelden bij elkaar, moeten in de toekomst (eind 2025) ook een landelijk beeld kunnen geven over hoe het met wachttijden staat.

Vraag 393

Hoe vaak vinden spoeduisplaatsingen plaats?

Antwoord:

Dit cijfer is helaas niet bekend, omdat dit niet centraal werd bijgehouden. Per 1 januari jl. wordt daarom de machtiging uithuisplaatsing als uniek item uitgevraagd bij de gecertificeerde instellingen, waardoor de aantallen gedwongen uithuisplaatsingen – waaronder spoeduisplaatsingen – vanaf 2022 wel bijgehouden kunnen worden.

Vraag 394

Hoe vaak wordt er een familie groepsplan opgesteld?

Antwoord:

Hoe vaak een familie groepsplan wordt opgesteld wordt niet landelijk bijgehouden.

Vraag 395

Hoe lang zijn de wachtlijsten voor jeugdzorg?

Antwoord:

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het organiseren van jeugdhulp. Informatie over wachttijden wordt daarom niet landelijk bijgehouden.

Het Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd (OZJ) is in opdracht van VNG en VWS bezig met het aanpakken van regionale wachttijden. Het verkrijgen van inzicht en overzicht gebeurt dus in eerste instantie regionaal, zodat gemeenten en regio's kunnen sturen. De regionale beelden bij elkaar moeten in de toekomst wel een landelijk beeld kunnen geven over hoe het met wachttijden gaat.

Vraag 396

Hoeveel kinderen maken gebruik van jeugdhulp en hoeveel kinderen van verlengde jeugdhulp (tot 21 jaar)? Kunt u de cijfers van de afgelopen vijf jaar met de Kamer delen?

Antwoord:

De data voor het jeugdhulpgebruik zijn openbaar en vindbaar op CBS statline en uw Kamer wordt (half)jaarlijks geïnformeerd met de (half)jaarcijfers. Zie voor het laatste jaarrapport met trendcijfers: 1. Jongeren met jeugdhulp (cbs.nl)

Hieronder de data die standaard worden geleverd met daarbij de volgende opmerkingen.

1. Data over 2021 wijken af van de jaren ervoor, omdat bij controle bleek dat niet alle jeugdhulpaanbieders data hebben aangeleverd. Dit is in 2021 gecorrigeerd en verklaart een dikke 6% van de groei in het jeugdhulpgebruik. Zonder deze correctie zou de jeugdhulp licht zijn gegroeid.
2. In de jaren 2020 en 2021 heeft de coronacrisis invloed gehad op het aantal jongeren in jeugdhulp.
3. De standaardtabellen van CBS laten leeftijdsgroepen zien en deze zijn voor de verlengde jeugdhulp als geheel (18–23 jaar). Het aandeel verlengde jeugdhulp daalt met de jaren, dus de jaren 21 en 22 leggen in volume het minste gewicht in de schaal.
4. Voor verlengde jeugdhulp geldt dus dat het alle jongeren betreft die op 1 januari van dat kalender jaar 18 waren. De jongeren die later dat jaar de 18 jarige leeftijd bereiken tellen dus nog mee in de groep 12–17 jaar. Dit betekent dat het aantal jongeren dat boven de 18 jaar enig moment jeugdhulp kreeg hoger ligt dan hieronder wordt weergegeven.

Jaar	Aantal unieke cliënten met op enig moment jeugdhulp in een kalenderjaar.	Aantal jongeren van 18 tot 23 jaar die op 1 januari van het kalenderjaar de leeftijd van 18 jaar hadden bereikt.
2021	449.745	15.310
2020	423.400	14.720
2019	430.990	12.980
2018	417.765	12.985
2017	407.245	13.035

Vraag 397

Kan de Kamer een gespecificeerde begrotingsstaat ontvangen van de Tabel Budgettaire gevolgen van beleid Artikel 5 (tabel 19)? Hoe sluit de Tabel Budgettaire gevolgen van beleid Artikel 5 (tabel 19) aan bij de genoemde cijfers die inhoudelijk beschreven staan op pagina 100–106 van de memorie van toelichting?

Antwoord:

Hierbij ontvangt u de gespecificeerde begrotingsstaat van Artikel 5 Jeugd van het Ministerie van VWS. Doorgaans worden bedragen in de begrotingstekst afgerond en zijn de onafgeronde bedragen in de budgettaire tabel zichtbaar. Hierdoor kan het zijn dat de bedragen in de tekstuele toelichting afwijken van de bedragen in de tabel.

Daarnaast is het totaalbedrag in de begrotingstekst bij Kennis en Informatiebeleid per abuis niet gecorrigeerd voor een aantal laatste mutaties, waardoor het opgetelde bedrag in de tekst nu niet juist is weergegeven. Het juiste totaalbedrag is € 15,39 miljoen (conform tabel 19).

Artikel 5	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Effectief en efficiënt werkend jeugdstelsel	217.167	127.565	124.575	93.393	93.416	92.264	92.264
Subsidies	74.910	85.603	87.711	56.528	56.554	55.403	55.403
SUB Schippersinternaten	14.512	15.202	14.982	14.846	14.777	14.670	14.670
SUB Kennis en informatiebeleid	12.282	13.074	13.054	13.035	13.035	13.035	13.035
SUB Kindermishandeling	2.303	5.942	3.503	3.864	3.934	3.784	3.784
SUB zorg voor de jeugd	22.659	22.604	42.541	11.153	11.180	10.283	10.283
SUB Jeugdstelsel	15.095	28.781	13.631	13.630	13.628	13.631	13.631
SUB COVID-19	8.059	0	0	0	0	0	0
Opdrachten	8.596	10.272	10.182	10.184	10.182	10.181	10.181
OPD Kennis en informatiebeleid	1.318	1.723	2.337	2.337	2.336	2.336	2.336
OPD Kindermishandeling	1.439	243	484	487	487	487	487
OPD zorg voor de jeugd	5.097	7.768	6.823	6.822	6.821	6.820	6.820
OPD Jeugdstelsel	371	538	538	538	538	538	538
OPD COVID-19	371	0	0	0	0	0	0
Bijdragen aan agentschappen	1.714	1.435	1.439	1.438	1.437	1.437	1.437
BAG Jeugd	1.714	1.435	1.439	1.438	1.437	1.437	1.437
Bijdragen aan medeoverheden	131.947	30.250	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000
BMO Jeugdhulp	131.947	30.250	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000
Bijdragen aan andere begr. Hoofdstukken	0	5	243	243	243	243	243
BAH Jeugd	0	5	243	243	243	243	243
Ontvangsten	11.559	2.085	2.085	2.085	2.085	2.085	2.085
Ontv Noodzakelijke en passende zorg	0	85	85	85	85	85	85
Ontv. Subsidies Artikel 5	3.242	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000
Ontv. Effectief en efficiënt werkend jeugdstelsel	8.317	0	0	0	0	0	0

Vraag 398

Hoe zijn de volgende bedragen op deze pagina verklaren: € 14,4 miljoen voor opdrachten en subsidies en tegelijkertijd ook € 13,05 miljoen en € 2,3 miljoen (tabel 19)? Dit klopt opgeteld bij elkaar toch niet? Kunt u dit verschil specificeren

Antwoord:

Het totaalbedrag in de begrotingstekst is per abuis niet gecorrigeerd voor een aantal laatste mutaties, waardoor het opgetelde bedrag in de tekst nu niet juist is weergegeven. Het juiste totaalbedrag is € 15,39 miljoen (conform tabel 19).

Vraag 399

Hoeveel jongeren zijn de afgelopen vijf jaar in de gesloten jeugdhulp neergestreken? Met hoeveel procent daalt dit aantal?

Antwoord:

Zoals onderstaande tabel laat zien is het aantal jongeren dat geplaatst is in de gesloten jeugdhulp gedaald van 1552 in 2017 naar 1042 in 2021; een daling van 33%.

	Instroom
2021	1.042
2020	1.129
2019	1.392
2018	1.435
2017	1.552

Vraag 400

Hoeveel instellingen voor gesloten jeugdhulp zijn er de afgelopen vijf jaar gesloten? Hoeveel kleinschalige voorzieningen voor jeugdhulp zijn er de afgelopen vijf jaar bijgekomen?

Antwoord:

Er zijn twee locaties voor gesloten jeugdhulp gesloten. Eén daarvan is vervangen door twee kleinschalige voorzieningen. In totaal kent de gesloten jeugdhulp 14 kleinschalige verblijven. Het is mij niet bekend hoeveel van deze in de laatste vijf jaar erbij gekomen zijn

Vraag 401

Draaien de acht bovenregionale expertisecentra jeugdhulp inmiddels allemaal volledig? Hoeveel plekken (bedden) zijn er in totaal bij deze acht expertisecentra voor jongeren? Wat houdt de doorontwikkeling van de regionale expertteams in 2023 in?

Antwoord:

De acht bovenregionale expertisecentra werken allen op basis van de drie functies waarvoor ze zijn opgezet, namelijk: 1) consultatie en advies 2), het organiseren van hulp en 3) kennis en leren. De expertisecentra zijn bovenregionale expertisenetwerken van professionals om expertise te organiseren en bundelen zodat jeugdigen met meervoudige problematiek eerder de passende hulp krijgen die zij nodig hebben. De acht coördinerende gemeenten stellen vanuit de beschikbare middelen via de expertisenetwerken onder andere middelen beschikbaar om individueel maatwerk of nieuwe (kleinschalige) zorginitiatieven te realiseren. Zoals bijvoorbeeld woonvoorzieningen als alternatief/voorkomen van gesloten plaatsing, kleinschalige/intensief begeleid woonvoorzieningen voor jeugdigen met zeer complexe problematiek, zoals externaliserende gedragsproblematiek of autisme, een specialistisch ambulant team eetstoornissen als alternatief voor klinische opname en pilots voor nieuwe intensieve behandelteams vanuit verschillende aanbieders. Er wordt niet landelijk gemonitord hoeveel nieuwe plekken gerealiseerd zijn door nieuwe zorginitiatieven of hoeveel jeugdigen geholpen worden middels de expertisenetwerken. Zoals eerder aan de Kamer bericht, zijn de expertisenetwerken versterkend en aanvullend op bestaande structuren en nemen zij de verantwoordelijkheid van partijen niet over.⁹⁹ De bovenregionale expertisenetwerken zullen in 2023 volgens de eerder genoemde functies verder worden ontwikkeld: er wordt ingezet op het verbinden van kennis en leren op landelijke schaal zodat kinderen met complexe problematiek sneller en beter geholpen worden.

Vraag 402

Wat wordt bedoeld met dat uw ministerie wil «professionaliseren van opdrachtgeverschap en opdrachtnemerschap van gemeenten en aanbieders»?

Antwoord:

Voor het verbeteren van de beschikbaarheid van zorg voor jeugdigen is samenwerking tussen gemeenten en goed opdrachtgeverschap een belangrijke voorwaarde. Wanneer gemeenten hun opdrachtgeverschap en aanbieders hun opdrachtnemerschap goed invullen, kan op een stabiele en duurzame manier gewerkt worden aan het verbeteren van de beschikbaarheid van passende zorg voor jeugdigen. Hiervoor is onder meer het wetsvoorstel «Wet verbetering beschikbaarheid zorg voor jeugdigen» in voorbereiding waarin regionale samenwerking tussen gemeenten voor de

⁹⁹ Kamerbrief over de implementatie van de expertisecentra jeugdhulp en de aanpak eetstoornissen | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl.

inkoop van specialistische zorg voor jeugdigen wordt verplicht. In het wetsvoorstel wordt tevens een aantal governance verplichtingen voor aanbieders opgenomen om hun opdrachtnemerschap te verstevigen.

Vraag 403

Kan de Kamer eerder dan medio 2023 de uitvoering van de motie De Neef (Kamerstuk 31 839, nr. 870) over de beschikbaarheid van laagdrempelige inloopvoorzieningen voor jongeren verwachten? Kan deze uitwerking voor de begrotingsbehandeling van het Ministerie van VWS naar de Kamer gestuurd worden?

Antwoord:

Wij kunnen de Kamer helaas niet eerder dan medio 2023 informeren over de uitvoering van de motie De Neef. De beschikbaarheid en vindbaarheid van laagdrempelige inloopvoorzieningen voor jongeren is namelijk samen met «MIND Us» opgepakt. Het kost tijd om goed inzicht te krijgen in welke gemeenten al inloopvoorzieningen hebben en wat andere gemeenten nodig hebben bij het opzetten van deze inloopvoorzieningen.

Vraag 404

Wat is de financiële bijdrage van uw ministerie aan passend onderwijs? Hoeveel is dat ten opzichte van het Ministerie van OCW? Kan in een overzicht gespecificeerd worden aan welke maatregelen rondom passend onderwijs het uw ministerie meebetaald?

Antwoord:

VWS betaalt aan de volgende maatregelen rondom passend onderwijs mee:

1. Tijdelijke verhoging van de emb-regeling van OCW. Het betreft een overheveling van jaarlijks € 5 miljoen vanuit het Wlz-kader¹⁰⁰ naar het Ministerie van OCW. Dit is bedoeld om voor leerlingen met een ernstige meervoudige beperking de zorg in onderwijstijd te vergemakkelijken. Hiertoe is besloten in afwachting van nadere besluitvorming over bekostiging van zorg in onderwijstijd (ZIO). Onlangs is besloten dit ook in 2023 nog te verstrekken.
2. Bijdrage aan subsidie aan onderwijszorgconsulenten. Het gaat in 2022 om € 1,7 miljoen en in 2023 € 0,9 miljoen als bijdrage vanuit VWS. VWS betaalt ca. 35% van de totale uitgaven aan onderwijs(zorg)consulenten.

Daarnaast loopt in het kader van de beleidsontwikkeling een aantal gezamenlijke onderzoeken, experimenten en ondersteuningstrajecten. Hiervan worden de kosten onderling verdeeld tussen de ministeries. Verder dragen gemeenten en zorgkantoren vanuit zorgindicaties of collectievere vormen van financiering waar nodig ook bij aan passend onderwijs voor die leerlingen die alleen met extra inzet van zorg onderwijs kunnen volgen. Hiervan bestaat geen landelijk financieel overzicht. OCW geeft in 2023 ongeveer € 3 miljard uit aan passend onderwijs.

Vraag 405

Voor welke periode wordt de kwartiermaker aangesteld? Wat wordt concreet verwacht van de kwartiermaker?

Antwoord:

De kwartiermaker is aangesteld voor de periode oktober 2022 tot en met december 2022.

¹⁰⁰ De regeling bijzondere bekostiging voor leerlingen met een ernstige meervoudige beperking.

Partijen in de jeugdhulp (cliënten, professionals, aanbieders, gemeenten en het Rijk) hebben een gezamenlijke veranderopgave voor het verbeteren van de kwaliteit en de effectiviteit van zorg. De kwartiermaker heeft de opdracht gekregen samen met de verantwoordelijke partijen een voorstel uit te werken voor een werkorganisatie die de komende periode structuur biedt om de bestaande initiatieven op het vlak van kwaliteit en effectiviteit onderling te verbinden. Ook is de kwartiermaker gevraagd de governance van dit kwaliteitsvraagstuk uit te werken. De governance heeft betrekking op de organisatie van de bestuurlijke besluitvorming om de huidige vrijblijvendheid bij het toepassen van beschikbare kennis over kwaliteit en effectiviteit tegen te gaan

Vraag 406

Aan welke projecten rond de problematiek van 16–27-jarigen doet uw ministerie mee? Kan hier een overzicht van worden gegeven, inclusief de kosten hiervan?

Antwoord:

Hieronder volgt een overzicht van de meest belangrijke projecten:

- Met het wetsvoorstel Verlenging van de duur van pleegzorg en het vervallen van de verlengingsbeschikking bij machtigingen tot uithuisplaatsing en gesloten jeugdhulp wordt geregeld dat pleegzorg standaard kan doorlopen totdat een jeugdige 21 jaar is, tenzij het pleegkind dit niet wenst. Met gemeenten is afgesproken om het jeugdzorgbudget hiervoor structureel te verhogen met € 13,7 mln.
- Er is structureel geld (€ 11,4 mln.) beschikbaar gesteld aan gemeenten als tegemoetkoming voor jongeren om na hun 18e verjaardag in een gezinshuis te kunnen blijven wonen. Hiervoor is een bestuurlijke afspraak met gemeenten gemaakt over het opheffen van de leeftijd voor jongeren in gezinshuizen tot 21 jaar.
- De preventie van dakloosheid onder jongeren is een belangrijk aandachtspunt binnen de nieuwe aanpak dakloosheid, die voor het eind van dit jaar met uw kamer wordt gedeeld.
- Daarnaast wordt vanuit het programma «Een thuis voor iedereen» specifiek aandacht besteed aan jongeren in een kwetsbare positie, om te voorkomen dat zij door een harde landing dakloos raken. In dit programma hebben Rijk en gemeenten gezamenlijk de ambitie te zorgen voor lokaal bindende prestatieafspraken op het terrein van wonen en zorg. Deze afspraken kunnen worden ingezet op maatregelen met betrekking tot (vroegsignalering van) schulden, participatie, inburgering, de zorg voor veiligheid en bovenal de zorg voor jongeren in een kwetsbare positie, die ertoe moeten leiden dat voorkomen wordt dat mensen zonder een woonplek komen te zitten.
- Met de aanpak «Mentale gezondheid: van ons allemaal» zet ik mij samen met vele anderen, waaronder ook jongeren zelf, in voor een mentaal gezond Nederland met specifieke aandacht voor de jeugd.
- Als het gaat om vormen van geweld waar deze leeftijdsgroep mee te maken kan hebben draagt het Ministerie van VWS bij aan de aanpak huiselijk geweld en kindermishandeling, de op te stellen aanpak samen tegen mensenhandel en het op te stellen actieplan aanpak seksueel grensoverschrijdend gedrag en seksueel geweld.
- VWS ondersteunt het NJI en Mosvie bij het in kaart brengen van wat werkt bij jongeren in een kwetsbare positie (16–27) en dat breed te delen. Ook wordt met ondersteuning aan de VNG gestimuleerd dat gemeenten onderling kennis en goede werkpactijen delen via het gemeentelijk netwerk 16–27.
- Er is geen inzicht in de kosten voor deze leeftijdscategorie als zodanig, aangezien de zorg en ondersteuning die deze jongeren verbruiken, onderdeel zijn van de reguliere budgetten jeugd, Zorgverzekeringswet, Wet langdurige zorg en Wmo. Daarnaast wordt op andere domeinen

ingezet op het ondersteunen van deze jongeren, zoals werk en participatie, onderwijs en wonen.

- Dit overzicht bevat de belangrijkste onderdelen, maar is wellicht niet uitputtend.

Vraag 407

Waar wordt de € 9 miljoen voor de uitvoering van de hervormingsagenda aan besteed? Gaat dit alleen naar coördinatiekosten of ook naar de inhoud?

Antwoord:

Het kabinet stelt voor 2023 incidenteel € 1,454 miljard extra beschikbaar voor de jeugdzorg. Vooruitlopend op de nadere invulling van de hervormingsagenda is hiervan € 9 miljoen overgeheveld naar de begroting van het Ministerie van VWS ten behoeve van de uitvoering van de hervormingsagenda in 2023.

De besteding van deze middelen moet nog nader worden ingevuld, maar deze middelen worden besteed aan de uitrol en uitvoering van de maatregelen die zijn afgesproken in de Hervormingsagenda. Dit kan zowel coördinatiekosten betreffen, als ondersteuningskosten (van bv. gemeenten) of kosten gemoeid met de opzet van monitoring. Deze middelen zijn daarmee bedoeld om de implementatie van de hervormingsagenda daar waar dit nodig is te ondersteunen in welke vorm dan ook. De besteding hiervan vindt plaats in overleg tussen VNG en Rijk.

Vraag 408

Om welk aantal kinderen gaat bij de «opvang en verzorging van minderjarige kinderen van binnenschippers, kermisexploitanten en circusartisten», waarvoor internaten subsidie ontvangen? Hoeveel internaten telt Nederland?

Antwoord:

Er zijn twee schippersinternaten in Nederland die gebruik maken van de «Subsidieregeling opvang kinderen van ouders met trekkend/varend bestaan».

Het gaat daarbij in 2022 (op basis van de heden laatst beschikbare aanvragen) om 502 schipperskinderen die met gelden uit deze subsidieregeling worden opgevangen en verzorgd op diverse locaties van de twee schippersinternaten. Verder is er bij één internaat nog sprake van 12 schipperskinderen in een pleeggezin, waarvoor gelden uit genoemde subsidieregeling wordt ontvangen.

Vraag 409

Waarom is voor bijdragen aan medeoverheden (BMO) een bedrag van € 25 miljoen beschikbaar gemaakt voor een specifieke uitkering ten behoeve van de expertisecentra jeugdhulp? Het amendement Klaver en Westerveld ging toch om € 26 miljoen euro jaarlijks? Waar is die € 1 miljoen gebleven?

Antwoord:

Via het amendement Klaver en Westerveld is jaarlijks € 26 miljoen beschikbaar voor de bovenregionale expertisenetwerken. € 25 miljoen wordt direct uitgekeerd aan acht coördinerende gemeenten en € 1 miljoen is beschikbaar voor de ondersteuning van de expertisenetwerken en de landelijke kennis- en leerfunctie. Vanuit deze middelen wordt bijvoorbeeld de gezamenlijke nieuwsbrief en website vormgegeven. Daarbij wordt ook een gezamenlijke landelijke monitor ontwikkeld en geïmplementeerd zodat de casuïstiek van de regionale expertteams en bovenregionale expertisenetwerken volgens een vaste set aan indicatoren kan worden

gemonitord. Op termijn willen de expertisenetwerken kunnen leren van casuïstiek en zal dit vorm krijgen in een landelijke kennis-en leerfunctie.

Vraag 410

Welke subsidies zijn niet volledig uitgeput waardoor er € 2 miljoen aan ontvangsten zijn?

Antwoord:

Het betreft hier een raming van de ontvangsten in 2023 over alle subsidies. Hier liggen dus geen specifieke subsidies aan ten grondslag.

Vraag 411

Zullen sportaccommodaties met het oog op de stijgende energieprijzen extra worden ondersteund om te verduurzamen? Zo ja, hoe?

Antwoord:

Ik, de Minister van LZS zet samen met de sport al uitgebreid in op informatie ten aanzien van besparingen die sportaanbieders op korte termijn kunnen toepassen via www.duurzamesportsector.nl. Ook worden er subsidies en begeleiding geboden om verduurzaming laagdrempelig en toegankelijk te maken. Zo kunnen energiekosten op langere termijn worden verlaagd. Sportclubs, exploitanten en gemeenten kunnen deze begeleidingstrajecten om te verduurzamen aanvragen via www.sportnlgroen.nl. Tevens kunnen amateursportorganisaties via de BOSA-regeling 30% subsidie krijgen voor verschillende verduurzamingsmaatregelen. Mochten subsidieregelingen voor verduurzaming van sportvastgoed onvoldoende gevuld blijken te zijn, zal de Minister van LZS onderzoeken hoe bestaande regelingen eventueel beter kunnen worden benut of extra ondersteuning bij het doen van een subsidieaanvraag mogelijk is.

Vraag 412

Hoeveel sportverenigingen ondervinden last van de stijgende energieprijzen?

Antwoord:

Ongeveer 11.000 verenigingen hebben een eigen energiecontract. Energielasten vormen normaliter gemiddeld 10% van de begroting van deze verenigingen. Veel sportclubs en -aanbieders geven aan dat de stijgende energieprijzen al merkbaar zijn. Veertig procent van de sportaanbieders geeft aan nu een variabel energiecontract te hebben of binnen een jaar te krijgen. Deze aanbieders krijgen daardoor te maken met hogere energielasten.

Vraag 413

Hoeveel sportaccommodaties gaan hun contributie verhogen vanwege de stijgende energieprijzen? Wat is de gemiddelde prijsstijging?

Antwoord:

Eén op de tien sportaanbieders heeft aangegeven dat de stijgende energieprijzen gevolgen gaan hebben voor de contributie in 2022, maar de omvang van de stijging is niet bekend. De helft van de verenigingen heeft aangegeven dat energieprijzen gevolgen zullen hebben voor de contributie in 2023. De ontwikkeling van contributies en toegangsprijzen wordt gemonitord door het Mulier Instituut.

Vraag 414

Hoeveel zwembaden dreigen te gaan sluiten vanwege de stijgende energieprijzen?

Antwoord:

Daar zijn geen harde cijfers over beschikbaar. NOC*NSF heeft geïnventariseerd dat 200 van de 637 openbare zwembaden in Nederland in de loop van 2022 niet meer te exploiteren zouden zijn. Deze aantallen zijn niet concreet te onderbouwen maar geven wel een beeld van de impact.

Vraag 415

Hoeveel ijsbanen dreigen te gaan sluiten vanwege de stijgende energieprijzen?

Antwoord:

Daar zijn geen harde cijfers over beschikbaar. Wel hebben tot nu toe alle ijsbanen aangegeven te openen dit seizoen. De Minister van LZS blijft in gesprek met gemeenten en exploitanten om vinger aan de pols te houden, en – zoals de Minister al aan uw Kamer heeft gemeld (Kamerstuk 30 234, nr. 324) – wil goed in de gaten houden hoe reeds aangekondigde maatregelen om energieprijzen te beperken kunnen bijdragen aan het openhouden van deze sportinfrastructuur.

Vraag 416

Met hoeveel extra kosten krijgen ijsbanen te maken vanwege de stijgende energieprijzen?

Antwoord:

Op het verzoek van de Minister van LZS hebben exploitanten van openbare zwembaden en ijsbanen de extra kosten voor energie berekend. Exploitanten van ijsbanen geven aan extra kosten te voorzien van circa € 6 miljoen in 2022, en € 16 miljoen in 2023. Deze cijfers zijn eind augustus berekend op basis van de toen voorziene energieprijzen. Zoals de Minister van LZS in antwoord op vraag 415 heeft aangegeven, is de Minister in gesprek met exploitanten om te kijken hoe deze extra kosten kunnen worden opgevangen door aangekondigde maatregelen en inzet van de sector zelf.

Vraag 417

Met hoeveel extra kosten krijgen zwembaden te maken vanwege de stijgende energieprijzen?

Antwoord:

Uit de in antwoord 416 genoemde berekening van exploitanten volgt dat de exploitanten aangegeven dat de extra kosten voor zwembaden in 2022 € 93 miljoen bedragen, en € 262 miljoen in 2023. Zoals de Minister van LZS in antwoord op vraag 415 heeft aangegeven, is de Minister in gesprek met exploitanten om te kijken hoe deze extra kosten kunnen worden opgevangen door aangekondigde maatregelen en inzet van de sector zelf.

Vraag 418

Waarom worden Het Nationaal Comité, de Nationale herinneringscentra en de Collectieve Erkenning Indisch Nederland tot en met 2027 gekort op de begroting?

Antwoord:

De genoemde organisaties en het beleidsterrein collectieve erkenning worden niet gekort. In 2021 hebben het Nationaal Comité (NC) en Nationale herinneringscentra eenmalig extra middelen ontvangen. Bij het NC ging het om een bijdrage voor de ICT-infrastructuur en een aanvullende indexering van kosten voor de Nationale Herdenking. Verder hebben herinneringscentra in 2021 noodsteun ontvangen in verband met de sluiting van de centra vanwege de coronamaatregelen. Wat betreft de Collectieve Erkenning Indisch Nederland heeft het kabinet eenmalig extra

middelen ter beschikking gesteld voor de jaren 2020–2024. Daarnaast is besloten om de middelen voor de Collectieve Erkenning Indisch Nederland vanaf 2023 structureel op te hogen met € 0.7 miljoen tot in totaal € 1.7 miljoen. Zowel de incidentele als de structurele ophoging zijn in de begroting opgenomen onder de kolom «overige».

Vraag 419

Is het mogelijk om een bepaalde ondergrens voor het budget van bepaalde nationale herdenkingsinstanties zoals het Nationaal Comité juridisch te verankeren zodat deze instanties de herinnering aan de Tweede Wereldoorlog in leven kunnen houden zonder zich zorgen te hoeven maken over hun budget?

Antwoord:

Het belang van de nationale herdenkingen, zoals de Nationale Holocaustherdenking, de Nationale Dodenherdenking en de Nationale Indië-herdenking, staat niet ter discussie. Deze herdenkingen houden de herinnering aan de verschrikkingen van de Tweede Wereldoorlog voor de Nederlandse samenleving levend. Om dit te borgen is er het instellingsbesluit van het Nationaal Comité 4 en 5 mei en ontvangen de organiserende comités structureel jaarlijks financiële ondersteuning. Er is geen aanleiding dit verder juridisch te verankeren.

Vraag 420

Hoeveel mensen ontvangen zorgtoeslag?

Antwoord:

Medio september 2022 ontvangen circa 4,5 miljoen huishoudens zorgtoeslag. Dit aantal zal naar verwachting nog toenemen, omdat in de laatste maanden van het jaar huishoudens nog steeds zorgtoeslag aanvragen.

In 2021 was het aantal huishoudens dat zorgtoeslag aanvroeg circa 4,7 miljoen.

Vraag 421

Wat is na de invoering van de koopkrachtbesluitvorming van de zorgtoeslag het maximale inkomen (voorheen alleenstaand € 31.998 en samen € 40.944) om zorgtoeslag te ontvangen?

Antwoord:

De grens voor een 1-persoonshuishouden wordt in 2023 € 38.461. De grens voor een 2-persoonshuishouden wordt in 2023 € 48.107.

Deze grenzen kunnen nog licht wijzigen bij het bekend maken van de definitieve premie door de zorgverzekeraars.

Vraag 422

Kunt u uitleggen hoe de hoogte van de zorgtoeslag precies wordt beïnvloed door het besluit om het WML met 7,5 procent te verhogen? Kunt u de effecten voor de verschillende groepen ontvangers weergeven?

Antwoord:

De verhoging van het WML werkt op twee manieren door.

Het bedrag dat men zelf aan nominale premie en gemiddeld eigen risico geacht wordt te betalen, wordt uitgedrukt als percentage van het WML. Een verhoging van het WML betekent dan ook dat het bedrag dat men zelf geacht wordt te betalen hoger wordt. Echter dit effect is beperkt en wordt voor dit jaar volledig teniet gedaan door de extra verhoging van de

zorgtoeslag. Het bedrag dat geacht wordt zelf te betalen wordt daarmee sterk verlaagd. In 2022 bedroeg dit voor een 1-persoonshuishouden € 413, in 2023 is dit bedrag nog € 31.

Ten tweede wordt het afbouwpunt hoger. Dit betekent dat de afbouw van de zorgtoeslag start op een hoger niveau.

Huishoudens met een bijstandsinkomen of alleen een AOW inkomen blijven het maximale bedrag aan zorgtoeslag ontvangen. Het verhogen van het WML heeft dan ook beperkt effect op deze groepen.

Voor groepen met een inkomen op of rond het afbouwpunt zal het effect sterk afhangen van de inkomensmutatie die zij ondervinden in 2023. Blijft deze achter bij de stijging van het WML, dan zullen zij extra zorgtoeslag ontvangen. Is deze hoger dan de stijging van het WML, dan zal een deel van deze inkomensstijging worden afgeroomd.

Vraag 423

Kunt u de effecten van de incidentele verlaging van de normpercentages op de hoogte van de zorgtoeslag voor de verschillende groepen ontvangers weergeven?

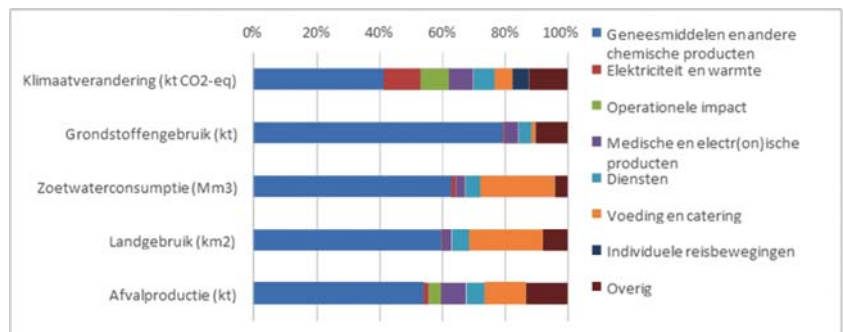
Antwoord:

Het normpercentages geeft aan welk deel van de nominale premie en het gemiddeld eigen risico zelf moet worden betaald. Door het verlagen van het normpercentage wordt dit bedrag in 2023 fors verlaagd van € 413 naar € 31 voor een 1-persoonshuishouden en voor een 2-persoonshuishouden van € 944, naar € 596. Dit voordeel geldt in principe voor iedereen die recht heeft op zorgtoeslag.

Daarnaast komen meer mensen in aanmerking voor zorgtoeslag omdat de inkomensgrenzen opschuiven.

De hoogte van de zorgtoeslag hangt echter niet alleen af van de hoogte van de normpercentages, maar ook van de hoogte van de afbouwpercentages, de stijging van het WML en de hoogte van de standaardpremie (gemiddelde nominale premie plus het gemiddelde eigen risico)

In onderstaande grafiek is weergegeven, rekening houdend met bovenstaande effecten wat het extra bedrag is dat huishoudens aan zorgtoeslag ontvangen. Voor de eenvoud wordt uitgegaan dat het (bruto) toetsingsinkomen in 2022 en 2023 gelijk is. Op individueel niveau is dit niet reëel en hangt de mutatie ook sterk samen met de mutatie van het inkomen. De effecten in de grafiek kunnen hoger of lager worden naarmate de stijging van het individuele inkomen afwijkt van de stijging van het WML.



Vraag 424

Wat zijn de afbouwgrenzen van de zorgtoeslag vanaf 2006 tot en met 2022?

Antwoord:

In onderstaande tabel zijn de afbouwgrenzen van 2006 tot 2022 weergegeven.

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
2020	21.431
2021	21.835
2022	22.356

Vraag 425

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 inkomensgrens voor een 1-persoonshuishouden wordt in 2023 € 38.461. De grens voor een 2-persoonshuishouden wordt in 2023 € 48.107. Boven deze inkomens is er geen recht meer op zorgtoeslag. Deze grens geldt voor alle inkomenscategorieën.

Deze grenzen kunnen nog licht wijzigen bij het bekend maken van de definitieve premie door de zorgverzekeraars

Vraag 426

Op welke ramingen is de € 8 miljard voor de zorgtoeslag gebaseerd? Hoeveel gebruikers worden verwacht? Wat krijgen zij meer aan zorgtoeslag dan in 2022?

Antwoord:

De raming van de zorgtoeslag is gebaseerd op een inschatting van de totale groep die recht heeft op zorgtoeslag, de verwachte inkomensontwikkeling, de verwachte mutatie van de nominale premie en het eigen risico en de wijziging van de parameters van de zorgtoeslag. In deze raming is uiteraard ook rekening gehouden met de afgesproken incidentele verhoging van de zorgtoeslag 2023 van alleenstaanden en meerpersoonshuishoudens. Deze verhoging is vormgegeven door de normpercentages te verlagen.

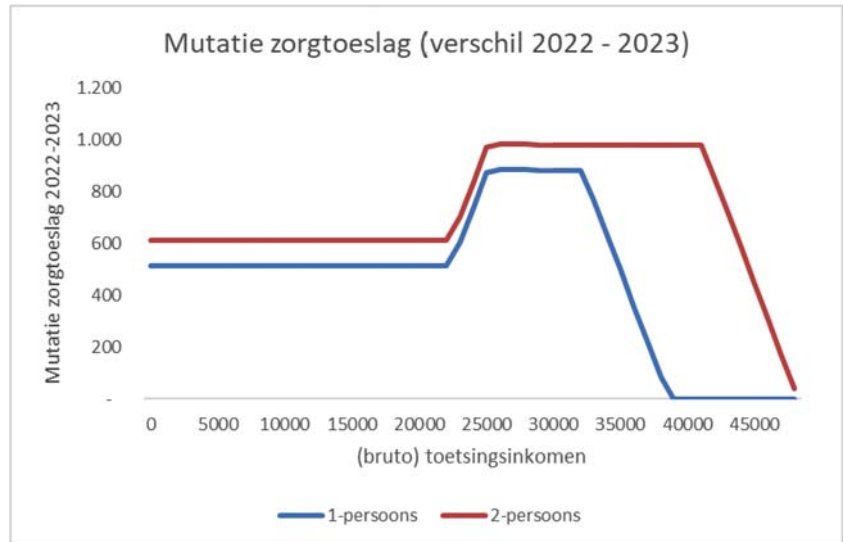
Per saldo stijgt het aantal rechthebbenden met recht op zorgtoeslag met circa 350.000.

Wat huishoudens meer aan zorgtoeslag ontvangen hangt echter niet alleen af van de hoogte van de normpercentages, maar ook van de hoogte van de standaardpremie, eigen risico en de ontwikkeling van het WML. In

onderstaande grafiek zijn voor verschillende inkomens de mutatie in zorgtoeslag opgenomen.

In onderstaande grafiek is weergegeven, rekening houdend met bovenstaande effecten wat het extra bedrag is dat huishoudens aan zorgtoeslag ontvangen. Voor de eenvoud wordt uitgegaan dat het (bruto) toetsingsinkomen in 2022 en 2023 gelijk is.

Op individueel niveau is dit niet reëel en hangt de mutatie ook sterk samen met de mutatie van het inkomen. De effecten in de grafiek kunnen hoger of lager worden naarmate de stijging van het individuele inkomen afwijkt van de stijging van het WML.



Vraag 427

Wat is het effect van de verhoging van de zorgtoeslag als wordt gekeken naar het aantal uren werk dat zorgverleners doen? Waar zit gemiddeld genomen het break-evenpoint tussen extra toeslag en extra loon?

Antwoord:

De zorgtoeslag is een inkomensafhankelijke regeling. In zijn algemeenheid geldt, hoe hoger het inkomen hoe lager het bedrag dat men aan zorgtoeslag ontvangt. Het éénmalig verhogen van de zorgtoeslag in 2023 betekent dat in 2023 het effect bij inkomensstijging het verlies aan zorgtoeslag groter wordt. Na 2023 treedt dit effect nog steeds op, maar wordt dit effect kleiner.

Het effect op de zorgtoeslag is per individu verschillend. Een gemiddeld break-evenpoint is niet te geven omdat deze sterk afhangt van het aantal uur dan men meer gaat werken en het loon dat men ontvangt.

In zijn algemeenheid geldt wel dat het effect op de zorgtoeslag het grootst is vanaf het afbouwpunt (is gelijk aan het WML) tot aan de maximale inkomensgrenzen van de zorgtoeslag. Het afbouwpercentage is in 2023 nagenoeg gelijk gebleven. Als gevolg van de eenmalige verhoging van de zorgtoeslag neemt de marginale druk dan ook nauwelijks toe.

Vraag 428

Waarom loopt de overheveling van € 129 miljoen die voor 2023 beschikbaar is uit de jaarlijks structurele opbrengst van de vitamine

D-maatregel niet drie jaar verder door, zodat de gehele begroting voor de PALLAS-reactor hiermee rond is? Kunt u deze ommissie (laten) herstellen?

Antwoord:

De investeringen in Pallas worden aangemerkt als relevant voor het uitgavenplafond. Dat betekent dat de uitgaven (investeringen) in de jaren dat ze worden gedaan (2022 tot en met 2030) ook dienen te worden gedekt. Het kabinet heeft besloten dat de opbrengst van de vitaminemaatregel gedurende tien jaar mag worden ingezet.

Vraag 429

Hoeveel geld is in de begroting van 2023 gereserveerd voor de loon- en prijsontwikkeling?

Antwoord:

Voor 2023 is, op basis van de MEV 2023 van het CPB, in totaal € 6.355,5 miljoen gereserveerd voor de loon- en prijsbijstelling onder het uitgavenplafond Zorg¹⁰¹. Vanwege het feit dat de geraamde lonen en prijzen tussen maart (CEP) en september (MEV) flink gestegen zijn en het feit dat de uitgavenramingen voor de Wlz en de Zvw zijn bijgesteld met de loon- en prijsontwikkeling op basis van de MEV 2023, heb ik de NZa verzocht om voor de Wlz en de Zvw tussentijds alle (gereguleerde) budgetten, vergoedingsbedragen en tarieven voor 2023 aan te passen aan de geraamde lonen en prijzen op basis van de MEV 2023. Via mijn brief van 27 september 2022 (TK 29 689, nr. 1168) heb ik uw Kamer hierover geïnformeerd.

Vraag 430

Kunt u per jaar sinds 1990 een overzicht geven van de zorguitgaven (volgens de Zorgrekeningen-definitie van het Centraal Bureau voor de Statistiek)?

Antwoord:

Er bestaan meerdere manieren om naar de zorguitgaven te kijken.

1. De Zorgrekeningen van het Centraal Bureau voor de Statistiek hanteren een brede definitie van zorguitgaven, waarbij alle publieke en private uitgaven aan gezondheidszorg, welzijnsactiviteiten, jeugdzorg en kinderopvang worden meegenomen. Het CBS kijkt hiermee breder dan alleen medische zorg. Het grote voordeel van de Zorgrekeningen is het samenhangende en consistente karakter – met een revisie in 1998 – en de lange periode waarop de reeks betrekking heeft (1972–heden).
2. Het Ministerie van VWS kijkt naar de zorguitgaven met het perspectief van de begroting van het Ministerie van VWS: het Uitgavenplafond Zorg (UPZ), voorheen Budgettair Kader Zorg (BKZ (Budgettair Kader Zorg)). Het UPZ omhelst alleen de zorg die collectief wordt gefinancierd, door bijvoorbeeld verplichte zorgverzekeringen (Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg) en door directe uitgaven door de rijksoverheid (bijvoorbeeld preventie). Dit betekent dat bijvoorbeeld grote delen van de maatschappelijke ondersteuning, jeugdzorg, lokaal welzijnswerk, de uitgaven aan arbodiensten, Gemeentelijke/gewestelijke gezondheidsdiensten en de zorg die door aanvullende (private) verzekeringen wordt gefinancierd in het UPZ buiten beeld blijven. Bij het zogenaamde «netto-UPZ» worden het verplichte eigen risico (Zorgverzekeringswet) en de eigen bijdragen (Wet langdurige zorg) in mindering op het «brutoUPZ» gebracht. Het UPZ is niet elk jaar hetzelfde, de samenstelling van het verzekerde pakket (zorgaanbod) van Zvw en Wlz verandert van jaar tot jaar. Soms zijn de veranderin-

¹⁰¹ Exclusief de loon- en prijsbijstelling voor begrotingsgefinancierde uitgaven UPZ.

gen minimaal, maar het kan ook om substantiële wijzigingen gaan. Daarnaast kunnen ook de hoogte van het verplichte eigen risico en de verplichte eigen bijdrages van jaar tot jaar veranderen.

3. Het RIVM hanteert het «maatschappelijk perspectief» op zorguitgaven. Dat houdt in dat alle directe collectieve én private zorguitgaven worden meegenomen in de definitie van zorguitgaven, maar niet welzijnsactiviteiten, jeugdzorg en kinderopvang. Dit geeft een breder beeld van de zorguitgaven dan het UPZ, maar een beperkter beeld dan de Zorgrekeningen van het CBS.

Voor de UPZ/BKZ-zorguitgaven is geen consistente tijdreeks beschikbaar van voor 1996.

UPZ/BKZ-zorguitgaven

	Zorgrekeningen	RIVM-perspectief	Bruto	Netto
	<i>mln euro</i>	<i>mln euro</i>	<i>mln euro</i>	<i>mln euro</i>
1990	26.658	24.198		
1991	28.737	26.025		
1992	30.725	27.798		
1993	32.167	29.081		
1994	33.368	30.130		
1995	35.148	31.508		
1996	36.413	32.731	27.734	25.486
1997	38.208	34.197	29.308	26.802
1998	39.380	35.938	30.731	28.129
1999	42.394	38.392	32.551	29.858
2000	45.361	40.884	34.642	32.009
2001	50.767	45.712	38.444	35.826
2002	56.663	51.448	43.101	40.702
2003	60.888	55.375	43.668	41.295
2004	63.003	57.540	44.875	42.671
2005	65.424	59.832	46.505	42.670
2006	68.495	62.668	48.323	44.476
2007	72.713	66.095	50.977	47.312
2008	77.705	70.171	55.530	52.562
2009	82.298	73.881	59.335	56.313
2010	85.790	77.085	62.476	59.444
2011	88.125	79.455	64.481	61.312
2012	90.622	82.070	67.942	64.292
2013	90.954	82.793	68.818	64.237
2014	91.927	84.061	69.311	64.215
2015	92.323	84.047	68.855	63.745
2016	94.842	85.923	71.008	65.922
2017	96.972	87.826	72.811	67.830
2018	101.031	91.339	76.054	71.079
2019**	107.429	97.044	74.824	69.854
2020**	115.985	104.845	79.399	74.302
2021*	124.770	112.822	81.175	76.106

Voorlopige cijfers

¹ Na de revisie van het CBS in 1998

² Leegboeken van de overheidssectoren vanaf 2003 in verband met het niet meer BKZ relevant zijn en de problemen om deze sectoren nog verder bij te houden.

³ De integratie-uitkering Wmo huishoudelijke hulp is in 2007 ingevoerd.

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

Bronnen: CBS- en RIVM-cijfers t/m 1998 <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/85260NED/table?dl=6FE06>.

RIVM-cijfers vanaf 1998 <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84053NED/table?dl=6FE0A>.

UPZ/BKZ-cijfers vanaf 1996 <https://data.overheid.nl/dataset/historische-groeiontwikkeling-van-de-zorguitgaven-gecorrigeerd-voor-overhevelingen-zorg>.

Vraag 431

Kunt u per jaar sinds 1990 een overzicht geven van de zorguitgaven (volgens definitie van het RIVM)?

Antwoord:

Er bestaan meerdere manieren om naar de zorguitgaven te kijken.

1. De Zorgrekeningen van het Centraal Bureau voor de Statistiek hanteren een brede definitie van zorguitgaven, waarbij alle publieke en private uitgaven aan gezondheidszorg, welzijnsactiviteiten, jeugdzorg en kinderopvang worden meegenomen. Het CBS kijkt hiermee breder dan alleen medische zorg. Het grote voordeel van de Zorgrekeningen is het samenhangende en consistente karakter – met een revisie in 1998 – en de lange periode waarop de reeks betrekking heeft (1972–heden).
2. Het Ministerie van VWS kijkt naar de zorguitgaven met het perspectief van de begroting van het Ministerie van VWS: het Uitgavenplafond Zorg (UPZ), voorheen Budgettair Kader Zorg (BKZ (Budgettair Kader Zorg)). Het UPZ omhelst alleen de zorg die collectief wordt gefinancierd, door bijvoorbeeld verplichte zorgverzekeringen (Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg) en door directe uitgaven door de rijksoverheid (bijvoorbeeld preventie). Dit betekent dat bijvoorbeeld grote delen van de maatschappelijke ondersteuning, jeugdzorg, lokaal welzijnswerk, de uitgaven aan arbodiensten, Gemeentelijke/gewestelijke gezondheidsdiensten en de zorg die door aanvullende (private) verzekeringen wordt gefinancierd in het UPZ buiten beeld blijven. Bij het zogenaamde «netto-UPZ» worden het verplichte eigen risico (Zorgverzekeringswet) en de eigen bijdragen (Wet langdurige zorg) in mindering op het «brutoUPZ» gebracht. Het UPZ is niet elk jaar hetzelfde, de samenstelling van het verzekerde pakket (zorgaanbod) van Zvw en Wlz verandert van jaar tot jaar. Soms zijn de veranderingen minimaal, maar het kan ook om substantiële wijzigingen gaan. Daarnaast kunnen ook de hoogte van het verplichte eigen risico en de verplichte eigen bijdrages van jaar tot jaar veranderen.
3. Het RIVM hanteert het «maatschappelijk perspectief» op zorguitgaven. Dat houdt in dat alle directe collectieve én private zorguitgaven worden meegenomen in de definitie van zorguitgaven, maar niet welzijnsactiviteiten, jeugdzorg en kinderopvang. Dit geeft een breder beeld van de zorguitgaven dan het UPZ, maar een beperkter beeld dan de Zorgrekeningen van het CBS.

Voor de UPZ/BKZ-zorguitgaven is geen consistente tijdreeks beschikbaar van voor 1996.

UPZ/BKZ-zorguitgaven

	Zorgrekeningen	RIVM-perspectief	Bruto	Netto
	<i>mln euro</i>	<i>mln euro</i>	<i>mln euro</i>	<i>mln euro</i>
1990	26.658	24.198		
1991	28.737	26.025		
1992	30.725	27.798		
1993	32.167	29.081		
1994	33.368	30.130		
1995	35.148	31.508		
1996	36.413	32.731	27.734	25.486
1997	38.208	34.197	29.308	26.802
1998	39.380	35.938	30.731	28.129
1999	42.394	38.392	32.551	29.858
2000	45.361	40.884	34.642	32.009
2001	50.767	45.712	38.444	35.826
2002	56.663	51.448	43.101	40.702
2003	60.888	55.375	43.668	41.295
2004	63.003	57.540	44.875	42.671
2005	65.424	59.832	46.505	42.670
2006	68.495	62.668	48.323	44.476
2007	72.713	66.095	50.977	47.312
2008	77.705	70.171	55.530	52.562
2009	82.298	73.881	59.335	56.313
2010	85.790	77.085	62.476	59.444
2011	88.125	79.455	64.481	61.312
2012	90.622	82.070	67.942	64.292
2013	90.954	82.793	68.818	64.237
2014	91.927	84.061	69.311	64.215
2015	92.323	84.047	68.855	63.745
2016	94.842	85.923	71.008	65.922
2017	96.972	87.826	72.811	67.830
2018	101.031	91.339	76.054	71.079
2019*	107.429	97.044	74.824	69.854
2020*	115.985	104.845	79.399	74.302
2021*	124.770	112.822	81.175	76.106

* Voorlopige cijfers

¹Na de revisie van het CBS in 1998

²Leegboeken van de overheidssectoren vanaf 2003 in verband met het niet meer BKZ relevant zijn en de problemen om deze sectoren nog verder bij te houden.

³De integratie-uitkering Wmo huishoudelijke hulp is in 2007 ingevoerd.

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

Bronnen: CBS- en RIVM-cijfers t/m 1998 <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/85260NED/table?dl=6FE06>.

RIVM-cijfers vanaf 1998 <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84053NED/table?dl=6FE0A>.

UPZ/BKZ-cijfers vanaf 1996 <https://data.overheid.nl/dataset/historische-groeiontwikkeling-van-de-zorguitgaven-gecorrigeerd-voor-overhevelingen-zorg>.

Vraag 432

Kunt u per jaar sinds 1990 een overzicht geven van de netto zorguitgaven onder het uitgavenplafond zorg (en voor de jaren waar dit niet mogelijk is die onder het Budgettair Kader Zorg)?

Antwoord:

In onderstaande tabel zijn de niet-gecorrigeerde cijfers (onder meer voor overhevelingen tussen zorgdomeinen) van de ontwikkeling van de netto zorguitgaven 1996 tot en met 2027 opgenomen. Voor de jaren 1990–1995 zijn deze cijfers niet beschikbaar.

Het betreft hier de netto zorguitgaven die vallen onder de definitie van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) en het Uitgavenplafond Zorg (het UPZ). Dit betreft grotendeels de premiegefinancierde uitgaven. De zorguitgaven die verantwoord worden op de VWS-begroting en de middelen voor de Wmo en Jeugdzorg die per 2019 zijn toegevoegd aan het gemeentefonds zijn niet in de tabellen opgenomen.

Tabel netto zorguitgaven onder het BKZ/UPZ 1996 t/m 2027 (bedragen in miljarden euro's)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Netto Zorguitgaven	25,5	26,8	28,1	29,9	32,0	35,8	40,7	41,3	42,7	42,7	44,5	47,3	52,6	56,3	59,4	
2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019 ¹	2020	2021 ²	2022	2023	2024	2025	2026	2027
61,3	64,3	64,2	64,2	63,7	65,9	67,8	71,1	69,9	74,3	76,1	81,4	89,4	95,0	99,6	105,0	109,9

¹ Bij de startnota Kabinet Rutte III zijn vanaf het jaar 2019 middelen vanuit het Wmo-budget en jeugdbudget, dat voorheen tot het Uitgavenplafond Zorg behoorde (met uitzondering van het budget voor beschermd wonen) overgeheveld naar de algemene uitkering van het gemeentefonds (Uitgavenplafond Rijksbegroting). Vandaar die afname van de uitgaven van Wmo en Jeugdwet vanaf het jaar 2019.

² De zorguitgaven zijn in 2021 gecorrigeerd als gevolg van de technische correctieboekings van de schadelastdip ggz van – € 1,2 miljard. Per 1 januari 2022 wordt een nieuw bekostigingsmodel voor de ggz ingevoerd. In dit nieuwe model wordt voor de bekostiging niet meer gewerkt met DBC's en komt er een aparte bekostiging voor de basis-ggz. De DBC's die worden geopend in 2021 worden derhalve uiterlijk 31-12-2021 afgesloten; dit geldt ook voor de huidige bekostiging van de basis-ggz. Hierdoor is er in 2021 om technisch-administratieve redenen sprake van eenmalig lagere zorguitgaven in termen van schadelast. Deze technische aanpassing heeft geen gevolgen voor de hoeveelheid ggz die feitelijk kan worden geleverd of op de omzetten van zorgaanbieders. Er is geen sprake van een bezuiniging. Deze technische bijstelling heeft dan ook geen gevolgen voor het EMU-saldo en geen invloed op de premiehoogte.

Bron: VWS-cijfers

Vraag 433

Kunt u per jaar sinds 1990 een overzicht geven van de bruto zorguitgaven onder het uitgavenplafond zorg (en voor de jaren waar dit niet mogelijk is die onder het Budgettair Kader Zorg)?

Antwoord:

Er bestaan meerdere manieren om naar de zorguitgaven te kijken.

1. De Zorgrekeningen van het Centraal Bureau voor de Statistiek hanteren een brede definitie van zorguitgaven, waarbij alle publieke en private uitgaven aan gezondheidszorg, welzijnsactiviteiten, jeugdzorg en kinderopvang worden meegenomen. Het CBS kijkt hiermee breder dan alleen medische zorg. Het grote voordeel van de Zorgrekeningen is het samenhangende en consistente karakter – met een revisie in 1998 – en de lange periode waarop de reeks betrekking heeft (1972–heden).
2. Het Ministerie van VWS kijkt naar de zorguitgaven met het perspectief van de begroting van het Ministerie van VWS: het Uitgavenplafond Zorg (UPZ), voorheen Budgettair Kader Zorg (BKZ (Budgettair Kader Zorg)). Het UPZ omhelst alleen de zorg die collectief wordt gefinancierd, door bijvoorbeeld verplichte zorgverzekeringen (Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg) en door directe uitgaven door de rijksoverheid (bijvoorbeeld preventie). Dit betekent dat bijvoorbeeld grote delen van de maatschappelijke ondersteuning, jeugdzorg, lokaal welzijnswerk, de uitgaven aan arbodiensten, Gemeentelijke/gewestelijke gezondheidsdiensten en de zorg die door aanvullende (private) verzekeringen wordt gefinancierd in het UPZ buiten beeld blijven. Bij het zogenaamde «netto-UPZ» worden het verplichte eigen risico (Zorgverzekeringswet) en de eigen bijdragen (Wet langdurige zorg) in mindering op het «brutoUPZ» gebracht. Het UPZ is niet elk jaar hetzelfde, de samenstelling van het verzekerde pakket (zorgaanbod) van Zvw en Wlz verandert van jaar tot jaar. Soms zijn de veranderingen minimaal, maar het kan ook om substantiële wijzigingen gaan. Daarnaast kunnen ook de hoogte van het verplichte eigen risico en de verplichte eigen bijdrages van jaar tot jaar veranderen.
3. Het RIVM hanteert het «maatschappelijk perspectief» op zorguitgaven. Dat houdt in dat alle directe collectieve én private zorguitgaven worden meegenomen in de definitie van zorguitgaven, maar niet welzijnsactiviteiten, jeugdzorg en kinderopvang. Dit geeft een breder beeld van de zorguitgaven dan het UPZ, maar een beperkter beeld dan de Zorgrekeningen van het CBS.

Voor de UPZ/BKZ-zorguitgaven is geen consistente tijdreeks beschikbaar van voor 1996.

UPZ/BKZ-zorguitgaven

	Zorgrekeningen	RIVM-perspectief	Bruto	Netto
	<i>mln euro</i>	<i>mln euro</i>	<i>mln euro</i>	<i>mln euro</i>
1990	26.658	24.198		
1991	28.737	26.025		
1992	30.725	27.798		
1993	32.167	29.081		
1994	33.368	30.130		
1995	35.148	31.508		
1996	36.413	32.731	27.734	25.486
1997	38.208	34.197	29.308	26.802
1998	39.380	35.938	30.731	28.129
1999	42.394	38.392	32.551	29.858
2000	45.361	40.884	34.642	32.009
2001	50.767	45.712	38.444	35.826
2002	56.663	51.448	43.101	40.702
2003	60.888	55.375	43.668	41.295
2004	63.003	57.540	44.875	42.671
2005	65.424	59.832	46.505	42.670
2006	68.495	62.668	48.323	44.476
2007	72.713	66.095	50.977	47.312
2008	77.705	70.171	55.530	52.562
2009	82.298	73.881	59.335	56.313
2010	85.790	77.085	62.476	59.444
2011	88.125	79.455	64.481	61.312
2012	90.622	82.070	67.942	64.292
2013	90.954	82.793	68.818	64.237
2014	91.927	84.061	69.311	64.215
2015	92.323	84.047	68.855	63.745
2016	94.842	85.923	71.008	65.922
2017	96.972	87.826	72.811	67.830
2018	101.031	91.339	76.054	71.079
2019**	107.429	97.044	74.824	69.854
2020**	115.985	104.845	79.399	74.302
2021*	124.770	112.822	81.175	76.106

Voorlopige cijfers

¹Na de revisie van het CBS in 1998

²Leegboeken van de overheidssectoren vanaf 2003 in verband met het niet meer BKZ relevant zijn en de problemen om deze sectoren nog verder bij te houden.

³De integratie-uitkering Wmo huishoudelijke hulp is in 2007 ingevoerd.

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

Bronnen: CBS- en RIVM-cijfers t/m 1998 <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/85260NED/table?dl=6FE06>.

RIVM-cijfers vanaf 1998 <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84053NED/table?dl=6FE0A>.

UPZ/BKZ-cijfers vanaf 1996 <https://data.overheid.nl/dataset/historische-groeiontwikkeling-van-de-zorguitgaven-gecorrigeerd-voor-overhevelingen-zorg>.

Vraag 434

Hoe heeft de groei van de collectieve zorguitgaven zich ten opzichte van de groei van de economie in de afgelopen vijftien jaar ontwikkeld?

Antwoord:

In onderstaande tabel zijn de jaarlijkse groei van de uitgaven onder het BKZ/UPZ en de groei van het BBP weer gegeven. Bij de beoordeling van deze cijfers is van belang dat de groei van de zorguitgaven wordt beïnvloed door wijzigingen in de definitie van de zorguitgaven onder het BKZ/UPZ (zoals de overheveling van grote delen van de Wmo en de jeugdzorg uit het UPZ in 2019) en door statistische vertekeningen, zoals in 2021 de statistische verlaging van de uitgaven vanwege de nieuwe bekostigingssystematiek in de ggz.

Ontwikkeling netto zorguitgaven in relatie tot ontwikkeling BBP 2007–2021 (bedragen x € 1 miljard)

	Basisjaar 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Netto zorguitgaven (€)	44,5	47,3	52,6	56	59	61	64
Groei van de netto zorguitgaven (€)		3	5	4	3	2	3
Groei van de netto zorguitgaven (%)		6%	11%	7%	6%	3%	5%
BBP (€)	584,5	619,2	647	625	639	650	653
Groei BBP (€)		35	28	– 22	14	11	3
Groei BBP (%)		6%	5%	– 3%	2%	2%	0%
Netto zorguitgaven / BBP (%)		9%	9%	9%	9%	9%	10%

	2013	2014	2015	2016	2017 ¹	2018 ¹	2019	2020	2021 ²
	64	64	64	66	63	66	70	74	76
	0	0	– 1	2	– 3	3	4	4	2
	0%	0%	– 1%	3%	– 5%	5%	6%	6%	2%
	661	672	690	708	738	774	813	797	856
	8	11	18	18	30	36	39	– 17	60
	1%	2%	3%	3%	4%	5%	5%	– 2%	8%
	10%	10%	9%	9%	8%	8%	9%	9%	9%

¹ Dit betreft de netto zorguitgaven exclusief de rijksbijdrage Wmo (met uitzondering van beschermd wonen) en jeugd in 2017 en 2018. Omdat deze vanaf 2019 geen onderdeel meer uitmaken van de netto zorguitgaven is deze correctie nodig om vergelijkbare cijfers te presenteren.

² De zorguitgaven zijn in 2021 gecorrigeerd als gevolg van de technische correctieboekings van de schadelastdip ggz van – € 1,2 miljard. Per 1 januari 2022 wordt een nieuw bekostigingsmodel voor de ggz ingevoerd. In dit nieuwe model wordt voor de bekostiging niet meer gewerkt met DBC's en komt er een aparte bekostiging voor de basis-ggz. De DBC's die worden geopend in 2021 worden derhalve uiterlijk 31-12-2021 afgesloten; dit geldt ook voor de huidige bekostiging van de basis-ggz. Hierdoor is er in 2021 om technisch-administratieve redenen sprake van eenmalig lagere zorguitgaven in termen van schadelast. Deze technische aanpassing heeft geen gevolgen voor de hoeveelheid ggz die feitelijk kan worden geleverd of op de omzetten van zorgaanbieders. Er is geen sprake van een bezuiniging. Deze technische bijstelling heeft dan ook geen gevolgen voor het EMU-saldo en geen invloed op de premiehoogte.

Bron: VWS- en CPB-cijfers.

Vraag 435

Welk percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven, zoals begroot voor 2023, komt puur op het conto van de vergrijzing?

Antwoord:

In de begroting is rekening gehouden met de groei van de uitgaven op grond van demografie van 1,3% op basis van de ramingen van het CPB. Dit komt neer op een groei van de netto UPZ uitgaven met circa € 1,0 miljard van 2021 op 2022 (ofwel circa 12,5% van de groei van € 8,0 miljard).

Vraag 436

Welk percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven, zoals begroot voor 2023, komt puur op het conto van geneesmiddelen?

Antwoord:

De bruto UPZ-uitgaven stijgen van 2022 op 2023 met € 8,2 miljard. De kosten van geneesmiddelen betreffen de kosten van apotheekzorg en de kosten van intramurale geneesmiddelen.

De in de conceptbegroting 2023 zichtbare daling van de inschatting van de uitgaven bij Apotheekzorg wordt veroorzaakt door de maatregel Vitamine D (€ 129 miljoen) en de beoogde maatregel GVS-modernisering (€ 140 miljoen, deze maatregel is onlangs uitgesteld naar 2024). Voor de goede orde, het bedrag in de conceptbegroting is nog zonder de loon- en prijsbijstelling in 2023. Het budgettaire kader in 2023 zal naar aanleiding daarvan stijgen.

De kosten van intramurale geneesmiddelen maken onderdeel uit van de uitgaven voor medisch specialistische zorg en staan niet separaat in de

begroting. Ter indicatie, in de periode 2017–2020 groeide deze gemiddeld met rond de 5% per jaar).

Vraag 437

Welk percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven, zoals begroot voor 2023, 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 438

Hoeveel procent van hun besteedbaar inkomen waren mensen met een minimuminkomen gemiddeld in 2022 kwijt aan eigen betalingen in de zorg? Hoeveel procent is dat in 2023?

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 (veelal) geen beroep op Wmo- of Wlz-zorg. Burgers met een slechte gezondheid maken veelal het eigen risico Zvw vol. Een flink deel van deze groep maakt ook gebruik van Wmo-ondersteuning (waar een abonnementstarief geldt). Een deel van deze groep maakt naast Zvw-zorg gebruik van Wlz-zorg waar ze een inkomensafhankelijke bijdrage voor betalen.

De gemiddelde eigen betalingen (eigen risico Zvw plus eigen bijdragen Wlz) bedragen in 2022 respectievelijk 2023 € 371 en € 381.

In de onderstaande tabel zijn de eigen betalingen uitgedrukt als percentage van het besteedbaar inkomen van een alleenstaande (zonder kinderen) met een gemiddeld eigen risico (en geen Wlz en/of Wmo-zorg, en dus een bescheiden eigen bijdrage) en voor een persoon die gebruik maakt van intramurale Wlz-zorg (met daardoor een hoge eigen bijdrage). Huishoudens met een laag inkomen worden via de zorgtoeslag deels gecompenseerd voor het eigen risico. Een alleenstaande met een minimumloon (wml) en een gemiddeld eigen risico betaalt in 2022 weliswaar 1,1% van zijn besteedbaar inkomen aan eigen betalingen maar daarvan wordt ruim driekwart gecompenseerd middels de zorgtoeslag. Daardoor zijn de «netto» eigen betalingen 0,2%. In 2023 is de compensatie (als gevolg van de incidentele verhoging van de zorgtoeslag) zelfs vrijwel volledig.

De substantiële stijging van het wml in 2023 vertaalt zich in een lager aandeel eigen betalingen in het inkomen.

Alleenstaande met een minimum inkomen (Wml)

	gemiddeld eigen risico Zvw		maximum eigen risico Zvw + hoge eigen bijdrage Wlz	
	2022	2023	2022	2023
eigen betalingen als aandeel inkomen	1,1%	1,0%	50,9%	44,9%
compensatie via zorgtoeslag	– 0,9%	– 1,0%	– 0,9%	– 1,0%
	0,2%	0,0%	50,0%	43,9%

Vraag 439

Hoeveel procent van hun besteedbaar inkomen waren mensen met een modaal inkomen gemiddeld in 2022 kwijt aan eigen betalingen in de zorg? Hoeveel procent is dat in 2023?

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 (veelal) geen beroep op Wmo- of Wlz-zorg. Burgers met een slechte gezondheid maken veelal het eigen risico Zvw vol. Een flink deel van deze groep maakt ook gebruik van Wmo-ondersteuning (waar een abonnementstarief geldt). Een deel van deze groep maakt naast Zvw-zorg gebruik van Wlz-zorg waar ze een inkomensafhankelijke bijdrage voor betalen.

De gemiddelde eigen betalingen (eigen risico Zvw plus eigen bijdragen Wlz) bedragen in 2022 respectievelijk 2023 € 371 en € 381.

In de onderstaande tabel zijn de eigen betalingen uitgedrukt als percentage van het besteedbaar inkomen van een alleenstaande (zonder kinderen) met een gemiddeld eigen risico (en geen Wlz en/of Wmo-zorg, en dus een bescheiden eigen bijdrage) en voor een persoon die gebruik maakt van intramurale Wlz-zorg (met daardoor een hoge eigen bijdrage). Huishoudens met een laag inkomen worden via de zorgtoeslag deels gecompenseerd voor het eigen risico. Dat geldt in 2023 ook voor een huishouden met een modaal inkomen maar het effect is uiterst beperkt (0,03%).

Alleenstaande met een modaal inkomen

	gemiddeld eigen risico Zvw		maximum eigen risico Zvw + hoge eigen bijdrage Wlz	
	2022	2023	2022	2023
eigen betalingen als aandeel inkomen	0,8%	0,8%	56,0%	53,9%
compensatie via zorgtoeslag	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	0,8%	0,8%	56,0%	53,9%

Vraag 440

Hoeveel procent van hun besteedbaar inkomen waren mensen met een inkomen van tweemaal modaal gemiddeld in 2022 kwijt aan eigen betalingen in de zorg? Hoeveel procent is dat in 2023?

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 (veelal) geen beroep op Wmo- of Wlz-zorg. Burgers met een slechte gezondheid maken veelal het eigen risico Zvw vol. Een flink deel van deze groep maakt ook gebruik van Wmo-ondersteuning (waar een abonnementstarief geldt). Een deel van deze groep maakt naast Zvw-zorg gebruik van Wlz-zorg waar ze een inkomensafhankelijke bijdrage voor betalen.

De gemiddelde eigen betalingen (eigen risico Zvw plus eigen bijdragen Wlz) bedragen in 2022 respectievelijk 2023 € 371 en € 381.

In de onderstaande tabel zijn de eigen betalingen uitgedrukt als percentage van het besteedbaar inkomen van een alleenstaande (zonder kinderen) met een gemiddeld eigen risico (en geen Wlz en/of Wmo-zorg,

en dus een bescheiden eigen bijdrage) en voor een persoon die gebruik maakt van intramurale Wlz-zorg (met daardoor een hoge eigen bijdrage). Huishoudens met een laag inkomen worden via de zorgtoeslag deels gecompenseerd voor het eigen risico. Dat geldt echter niet voor huishoudens met een 2x modaal inkomen.

Alleenstaande met een 2x modaal inkomen

	gemiddeld eigen risico Zvw		maximum eigen risico Zvw + hoge eigen bijdrage Wlz	
	2022	2023	2022	2023
eigen betalingen als aandeel inkomen	0,5%	0,5%	66,9%	65,7%
compensatie via zorgtoeslag	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	0,5%	0,5%	66,9%	65,7%

Vraag 441

Hoeveel procent van hun besteedbaar inkomen waren mensen met een inkomen van driemaal modaal gemiddeld in 2022 kwijt aan eigen betalingen in de zorg? Hoeveel procent is dat in 2023?

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 (veelal) geen beroep op Wmo- of Wlz-zorg. Burgers met een slechte gezondheid maken veelal het eigen risico Zvw vol. Een flink deel van deze groep maakt ook gebruik van Wmo-ondersteuning (waar een abonnementstarief geldt). Een deel van deze groep maakt naast Zvw-zorg gebruik van Wlz-zorg waar ze een inkomensafhankelijke bijdrage voor betalen.

De gemiddelde eigen betalingen (eigen risico Zvw plus eigen bijdragen Wlz) bedragen in 2022 respectievelijk 2023 € 371 en € 381.

In de onderstaande tabel zijn de eigen betalingen uitgedrukt als percentage van het besteedbaar inkomen van een alleenstaande (zonder kinderen) met een gemiddeld eigen risico (en geen Wlz en/of Wmo-zorg, en dus een bescheiden eigen bijdrage) en voor een persoon die gebruik maakt van intramurale Wlz-zorg (met daardoor een hoge eigen bijdrage). Huishoudens met een laag inkomen worden via de zorgtoeslag deels gecompenseerd voor het eigen risico. Dat geldt echter niet voor huishoudens met een 3x modaal inkomen.

Alleenstaande met een 3x modaal inkomen

	gemiddeld eigen risico Zvw		maximum eigen risico Zvw + hoge eigen bijdrage Wlz	
	2022	2023	2022	2023
eigen betalingen als aandeel inkomen	0,4%	0,4%	49,6%	50,4%
compensatie via zorgtoeslag	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	0,4%	0,4%	49,6%	50,4%

Vraag 442

Hoeveel procent van hun besteedbaar inkomen waren mensen met een hoog inkomen gemiddeld in 2022 kwijt aan eigen betalingen in de zorg? Hoeveel procent is dat in 2023?

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 Wmo- of Wlz-zorg. Burgers met een slechte gezondheid maken veelal het eigen risico Zvw vol. Een flink deel van deze groep maakt ook gebruik van Wmo-ondersteuning (waar een abonnementstarief geldt). Een deel van deze groep maakt naast Zvw-zorg gebruik van Wlz-zorg waar ze een inkomensafhankelijke bijdrage voor betalen.

De gemiddelde eigen betalingen (eigen risico Zvw plus eigen bijdragen Wlz) bedragen in 2022 respectievelijk 2023 € 371 en € 381.

In de onderstaande tabel zijn de eigen betalingen uitgedrukt als percentage van het besteedbaar inkomen van een alleenstaande (zonder kinderen) met een gemiddeld eigen risico (en geen Wlz en/of Wmo-zorg, en dus een bescheiden eigen bijdrage) en voor een persoon die gebruik maakt van intramurale Wlz-zorg (met daardoor een hoge eigen bijdrage). Huishoudens met een laag inkomen worden via de zorgtoeslag deels gecompenseerd voor het eigen risico. Dat geldt echter niet voor huishoudens met een hoog inkomen.

Alleenstaande met een hoog inkomen (3x modaal)

	gemiddeld eigen risico Zvw		maximum eigen risico Zvw + hoge eigen bijdrage Wlz	
	2022	2023	2022	2023
eigen betalingen als aandeel inkomen	0,4%	0,4%	49,6%	50,4%
compensatie via zorgtoeslag	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	0,4%	0,4%	49,6%	50,4%

Vraag 443

Kunt u aangeven wat het gemiddelde bedrag is dat een alleenstaande met respectievelijk een bijstandsinkomen, een minimuminkomen, een keer 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 voor 2010-nu en kunt u de verschillen duiden in ontwikkelingen in de percentages?

Antwoord:

Onderstaande tabel laat voor de jaren 2010 tot en met 2023 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.

In de tabel treedt een trendbreuk op in 2017:

- Vanaf 2019 vallen de uitgaven aan de Wmo en de Jeugdzorg niet meer onder het uitgavenkader zorg. Daarom zijn de uitgaven aan de Wmo en de Jeugdzorg vanaf 2019 ook niet meer in de cijfers verwerkt.
- Voor 2017 («2017-II» in de tabel) en 2018 is het mogelijk de cijfers te corrigeren voor de uitgaven Wmo/Jeugd waardoor de cijfers vergelijkbaar zijn met de cijfers voor de periode 2019–2022.
- Voor de jaren 2010–2016 is dit helaas niet mogelijk. Daarom zijn de cijfers (inclusief WMO en Jeugdzorg) voor de periode 2010–2016 en 2017-I niet vergelijkbaar met de cijfers voor de meer recente jaren.

Ontwikkeling totale zorgkosten voor alleenstaanden in euro's per jaar en als percentage van het brutoinkomen voor 2010–2023.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017-I	2017-II	2018	2019	2020	2021	2022	2023
bijstand	3.598	3.809	3.749	3.695	3.491	3.366	3.211	3.164	2.964	2.952	2.981	3.002	3.094	3.046	2.757
	23%	24%	24%	23%	22%	21%	20%	20%	19%	19%	19%	19%	19%	19%	17%
Wml	3.655	3.925	3.900	3.958	3.551	3.561	3.268	3.237	2.963	3.026	3.138	3.276	3.421	3.470	3.624
	20%	21%	21%	21%	18%	18%	16%	16%	15%	15%	15%	15%	16%	15%	14%
modaal	7.367	7.850	7.755	7.942	7.417	7.167	6.988	7.038	6.634	6.816	7.112	7.322	7.644	7.795	8.225
	23%	24%	23%	24%	22%	22%	21%	21%	19%	20%	20%	20%	21%	20%	21%
2x modaal	8.579	9.271	10.305	10.761	10.479	10.363	10.453	10.421	9.685	9.937	10.609	11.093	11.631	11.815	13.064
	13%	14%	16%	17%	16%	16%	16%	15%	14%	14%	15%	15%	16%	15%	16%
3x modaal	9.569	10.375	11.391	11.727	11.620	11.893	11.969	11.880	10.829	11.099	11.918	12.730	13.416	13.690	15.250
	10%	10%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	11%	11%	11%	12%	12%	12%	13%

Vraag 444

Kunt u aangeven wat het gemiddelde bedrag is dat een alleenverdiener (paar) met kinderen met respectievelijk een bijstandsinkomen, een minimuminkomen, een keer 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 voor 2010-nu en kunt u de verschillen duiden in ontwikkelingen in de percentages?

Antwoord:

Onderstaande tabel laat voor de jaren 2010 tot en met 2023 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.

In de tabel treedt een trendbreuk op in 2017:

- Vanaf 2019 vallen de uitgaven aan de Wmo en de Jeugdzorg niet meer onder het uitgavenkader zorg. Daarom zijn de uitgaven aan de Wmo en de Jeugdzorg vanaf 2019 ook niet meer in de cijfers verwerkt.
- Voor 2017 («2017-II» in de tabel) en 2018 is het mogelijk de cijfers te corrigeren voor de uitgaven Wmo/Jeugd waardoor de cijfers vergelijkbaar zijn met de cijfers voor de periode 2019–2022.
- Voor de jaren 2010–2016 is dit helaas niet mogelijk. Daarom zijn de cijfers (inclusief WMO en Jeugdzorg) voor de periode 2010–2016 en 2017-I niet vergelijkbaar met de cijfers voor de meer recente jaren.

Ontwikkeling totale zorgkosten voor alleenstaanden in euro's per jaar en als percentage van het brutoinkomen voor 2010–2023.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017-I	2017-II	2018	2019	2020	2021	2022	2023
bijstand	3.598	3.809	3.749	3.695	3.491	3.366	3.211	3.164	2.964	2.952	2.981	3.002	3.094	3.046	2.757
	23%	24%	24%	23%	22%	21%	20%	20%	19%	19%	19%	19%	19%	19%	17%
Wml	3.655	3.925	3.900	3.958	3.551	3.561	3.268	3.237	2.963	3.026	3.138	3.276	3.421	3.470	3.624
	20%	21%	21%	21%	18%	18%	16%	16%	15%	15%	15%	15%	16%	15%	14%
modaal	7.367	7.850	7.755	7.942	7.417	7.167	6.988	7.038	6.634	6.816	7.112	7.322	7.644	7.795	8.225
	23%	24%	23%	24%	22%	22%	21%	21%	19%	20%	20%	20%	21%	20%	21%
2x modaal	8.579	9.271	10.305	10.761	10.479	10.363	10.453	10.421	9.685	9.937	10.609	11.093	11.631	11.815	13.064
	13%	14%	16%	17%	16%	16%	16%	15%	14%	14%	15%	15%	16%	15%	16%
3x modaal	9.569	10.375	11.391	11.727	11.620	11.893	11.969	11.880	10.829	11.099	11.918	12.730	13.416	13.690	15.250
	10%	10%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	11%	11%	11%	12%	12%	12%	13%

Vraag 445

Kunt u aangeven wat het gemiddelde bedrag is dat tweeverdieners met respectievelijk een bijstandsinkomen, een minimuminkomen, een keer 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 voor 2010-nu en kunt u de verschillen duiden in ontwikkelingen in de percentages?

Antwoord:

Onderstaande tabel laat voor de jaren 2010 tot en met 2023 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.

In de tabel treedt een trendbreuk op in 2017:

- Vanaf 2019 vallen de uitgaven aan de Wmo en de Jeugdzorg niet meer onder het uitgavenkader zorg. Daarom zijn de uitgaven aan de Wmo en de Jeugdzorg vanaf 2019 ook niet meer in de cijfers verwerkt.
- Voor 2017 («2017-II» in de tabel) en 2018 is het mogelijk de cijfers te corrigeren voor de uitgaven Wmo/Jeugd waardoor de cijfers vergelijkbaar zijn met de cijfers voor de periode 2019–2022.
- Voor de jaren 2010–2016 is dit helaas niet mogelijk. Daarom zijn de cijfers (inclusief WMO en Jeugdzorg) voor de periode 2010–2016 en 2017-I niet vergelijkbaar met de cijfers voor de meer recente jaren.

Ontwikkeling totale zorgkosten voor alleenstaanden in euro's per jaar en als percentage van het brutoinkomen voor 2010–2023.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017-I	2017-II	2018	2019	2020	2021	2022	2023
bijstand	3.598	3.809	3.749	3.695	3.491	3.366	3.211	3.164	2.964	2.952	2.981	3.002	3.094	3.046	2.757
	23%	24%	24%	23%	22%	21%	20%	20%	19%	19%	19%	19%	19%	19%	17%
Wml	3.655	3.925	3.900	3.958	3.551	3.561	3.268	3.237	2.963	3.026	3.138	3.276	3.421	3.470	3.624
	20%	21%	21%	21%	18%	18%	16%	16%	15%	15%	15%	15%	16%	15%	14%
modaal	7.367	7.850	7.755	7.942	7.417	7.167	6.988	7.038	6.634	6.816	7.112	7.322	7.644	7.795	8.225
	23%	24%	23%	24%	22%	22%	21%	21%	19%	20%	20%	20%	21%	20%	21%
2x modaal	8.579	9.271	10.305	10.761	10.479	10.363	10.453	10.421	9.685	9.937	10.609	11.093	11.631	11.815	13.064
	13%	14%	16%	17%	16%	16%	16%	15%	14%	14%	15%	15%	16%	15%	16%
3x modaal	9.569	10.375	11.391	11.727	11.620	11.893	11.969	11.880	10.829	11.099	11.918	12.730	13.416	13.690	15.250
	10%	10%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	11%	11%	11%	12%	12%	12%	13%

Vraag 446

Kunt u aangeven wat het gemiddelde bedrag is dat tweeverdieners met kinderen met respectievelijk een bijstandsinkomen, een minimuminkomen, een keer 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 voor

2010-nu en kunt u de verschillen duiden in ontwikkelingen in de percentages?

Antwoord:

Onderstaande tabel laat voor de jaren 2010 tot en met 2023 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.

In de tabel treedt een trendbreuk op in 2017:

- Vanaf 2019 vallen de uitgaven aan de Wmo en de Jeugdzorg niet meer onder het uitgavenkader zorg. Daarom zijn de uitgaven aan de Wmo en de Jeugdzorg vanaf 2019 ook niet meer in de cijfers verwerkt.
- Voor 2017 («2017-II» in de tabel) en 2018 is het mogelijk de cijfers te corrigeren voor de uitgaven Wmo/Jeugd waardoor de cijfers vergelijkbaar zijn met de cijfers voor de periode 2019–2022.
- Voor de jaren 2010–2016 is dit helaas niet mogelijk. Daarom zijn de cijfers (inclusief WMO en Jeugdzorg) voor de periode 2010–2016 en 2017-I niet vergelijkbaar met de cijfers voor de meer recente jaren.

Ontwikkeling totale zorgkosten voor alleenstaanden in euro's per jaar en als percentage van het brutoinkomen voor 2010–2023.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017-I	2017-II	2018	2019	2020	2021	2022	2023
bijstand	3.598 23%	3.809 24%	3.749 24%	3.695 23%	3.491 22%	3.366 21%	3.211 20%	3.164 20%	2.964 19%	2.952 19%	2.981 19%	3.002 19%	3.094 19%	3.046 19%	2.757 17%
Wml	3.655 20%	3.925 21%	3.900 21%	3.958 21%	3.551 18%	3.561 18%	3.268 16%	3.237 16%	2.963 15%	3.026 15%	3.138 15%	3.276 15%	3.421 16%	3.470 15%	3.624 14%
modaal	7.367 23%	7.850 24%	7.755 23%	7.942 24%	7.417 22%	7.167 22%	6.988 21%	7.038 21%	6.634 19%	6.816 20%	7.112 20%	7.322 20%	7.644 21%	7.795 20%	8.225 21%
2x modaal	8.579 13%	9.271 14%	10.305 16%	10.761 17%	10.479 16%	10.363 16%	10.453 16%	10.421 15%	9.685 14%	9.937 14%	10.609 15%	11.093 15%	11.631 16%	11.815 15%	13.064 16%
3x modaal	9.569 10%	10.375 10%	11.391 12%	11.727 12%	11.620 12%	11.893 12%	11.969 12%	11.880 12%	10.829 11%	11.099 11%	11.918 11%	12.730 12%	13.416 12%	13.690 12%	15.250 13%

Vraag 447

Kunt u aangeven waarop andere Europese landen bezuinigen als het gaat om zorg? Kunt u hiervan een overzicht en uw duiding sturen?

Antwoord:

Er is geen systematisch inzicht in beleidsevaluaties die andere landen op het terrein van kostenbesparingen hebben opgesteld. Wat we wel aan

kunnen geven is dat de zorguitgaven per hoofd in bijna alle Europese landen is toegenomen tussen 2015–2019. Indien er besparingsmaatregelen zijn ingevoerd, zullen die alleen een temperend effect gehad hebben op de stijging van de zorguitgaven. Uit onderzoek blijkt dat internationaal de meeste bezuinigingsmaatregelen zich richten op het bedwingen van volume van zorg.¹⁰²

De pandemie heeft in de meeste EU-landen de zorgkosten per inwoner tussen 2019 en 2020 een stuk verder omhooggedreven. Er is dus vanaf 2015 in bijna geen EU-land sprake van dalende zorguitgaven.

Gemiddelde jaarlijkse groei (%) van de zorguitgaven per inwoner tussen 2015–2019 en 2019–2020, gecorrigeerd voor inflatie

	2015–2019	2019–2020
België	1,7	
Denemarken	1,4	4,6
Duitsland	2,6	1,9
Estland	5,7	15,4
Finland	0,9	2,3
Frankrijk	0,7	2,9
Griekeland	0,5	
Hongarije	2,6	
Ierland	2,6	8,8
Italië	1,2	3,5
Letland	8,0	
Litouwen	6,8	5,6
Luxemburg	1,5	
Nederland	1,3	6,1
Noorwegen	1,1	0,2
Oostenrijk	1,3	2,6
Polen	4,9	8,4
Portugal	3,8	– 0,8
Slovenië	3,8	8,1
Slowakije	3,0	5,9
Spanje	2,2	
Tsjechië	5,0	8,9
Zweden	1,0	1,0
Verenigd Koninkrijk	1,9	11,5

Bron: OECD Health at a Glance 2021

Vraag 448

Wat is de OVA over 2023? En wat is de OVA ruimte over 2022?

Antwoord: Het ova-percentage voor 2022 bedraagt 4,42%. Het voorlopige ova-percentage voor 2023 bedraagt 4,74%. Het definitieve ova-percentage voor 2023 wordt in het voorjaar van 2023 vastgesteld aan de hand van het Centraal Economisch Plan (CEP) 2023.

Vraag 449

Kunt u een overzicht geven van de onderschrijding op de wijkverpleging in de periode 2010–2021?

¹⁰² Stadhouders, N., Kruse, F., Tanke, M., Koolman, X., & Jeurissen, P. (2019). Effective healthcare cost-containment policies: a systematic review. *Health Policy*, 123(1), 71–79.

Antwoord:

Kader en onderschrijdingen afgelopen jaren	(bedragen x € mln.)						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Oorspronkelijk budget	3.167	3.432	3.525	3.860	4.018	4.218	4.396
<i>Doorwerking onderschrijding 2019</i>						- 341	- 341
<i>Overheveling naar VWS-begroting (subsidie)</i>						- 60	- 60
Beschikbaar kader	3.167	3.432	3.525	3.860	4.018	3.817	3.995
(Verwachte) realisatie	3.114	3.237	3.400	3.627	3.521	3.446	3.339
Onderschijding t.o.v. beschikbaar kader	53	195	125	233	497	371	656

- De uitgaven in 2020 en 2021 betreffen voorlopige uitgavenrealisaties.
- In 2015 is de extramurale zorg overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). De cijfers voor Wijkverpleging zijn daarom beschikbaar vanaf 2015.

Vraag 450

Waar komt het verschil in ingeboekte besparing vandaan tussen de reeks voor het IZA in de begroting 2023 en de reeks voor IZA in het regeerakkoord? Kunt u een uitsplitsing maken van de beoogde besparingen waar het totaalbedrag in zowel het regeerakkoord als in de begroting 2023 zijn opgemaakt?

Antwoord:

Het verschil tussen de twee genoemde reeksen wordt ten eerste verklaard doordat in de budgettaire bijlage bij het coalitieakkoord een netto IZA-reeks is opgenomen, terwijl de reeks in de VWS-begroting 2023 de bruto IZA-reeks betreft. De reeks in het coalitieakkoord is het saldo van lagere uitgaven enerzijds en het effect daarvan op (lagere) opbrengsten eigen risico anderzijds. Het verschil wordt voor het grootste deel verklaard door de overheveling van transformatiemiddelen uit de huidige hoofdlijnenakkoorden naar de aanvullende post. Deze middelen zijn voor de duur van het IZA weer beschikbaar als onderdeel van de in totaal € 2,8 miljard aan transformatiemiddelen. Tot slot betreft moet een deel van de IZA-reeks in het coalitieakkoord worden gecorrigeerd voor de maatregel omtrent particuliere keurmerken (heeft betrekking op de Wlz-uitgaven).

De aansluiting tussen de twee reeksen is opgenomen in onderstaande tabel:

bedragen x € 1 miljoen	2022	2023	2024	2025	2026
Netto reeks IZA in budgettaire bijlage regeerakkoord	80	- 295	- 572	- 886	- 1.281
Effect lagere opbrengsten eigen risico		- 37	- 74	- 77	- 80
Overheveling transformatiemiddelen naar aanvullende post	- 80	- 208	- 208	- 208	- 208
Correctie: maatregel keurmerken (deel Wlz)					15
Bruto reeks IZA conform VWS-begroting 2023	-	- 540	- 854	- 1.171	- 1.554

Vraag 451

Hoe wordt de € 30 miljoen voor de aanpak van wachtlijsten in de ggz in 2023 ingezet? Welke concrete maatregelen worden er genomen?

Antwoord:

Voor zowel 2023 als 2024 is incidenteel € 30 miljoen toegevoegd aan het makro-kader GGZ ten behoeve van de reductie van de wachtlijsten. Het is aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om deze financiële ruimte te

benutten om met elkaar maatregelen te nemen en afspraken te maken die bijdragen aan de reductie van de wachtlijsten.

In het IZA zijn daarnaast diverse maatregelen opgenomen om het aantal wachtenden en de gemiddelde wachttijden terug te dringen. Voorbeelden hiervan zijn de inrichting van mentale gezondheidscentra, het breed invoeren van het verkennend gesprek, het vergroten van behandelcapaciteit door het inzetten van hybride zorg en het op regioniveau bijhouden van een actueel overzicht van wachtenden en wachttijden («regionale wachtlijsten»).

Vraag 452

Waarom wordt er alleen in 2023 en 2024 € 30 miljoen voor de aanpak van wachtlijsten in de ggz ingezet en niet structureel voor meer jaren? Is het probleem van de wachtlijsten in de ggz binnen twee jaar op te lossen? Zo ja, hoe?

Antwoord:

Het aanpakken van de wachttijden in de ggz beperkt zich niet tot 2023 en 2024, hetzelfde geldt voor de middelen die hiervoor beschikbaar zijn.

Overzicht (investerings)middelen curatieve-GGZ tijdens de IZA periode

Investing	Bedrag
1) Correctie startniveau kader GGZ	180 miljoen euro structureel vanaf 2023
2) Tijdelijke investering wachttijden GGZ	60 miljoen euro totaal in 2023 en 2024
3) Volumegroei IZA	362 miljoen euro in de periode 2023–2026
4) GGZ-specifieke transformatiemiddelen	160 miljoen euro in de periode 2023–2026
5) Algemene transformatiemiddelen	1,4 miljard euro in de periode 2023–2026
6) Investeringsruimte sociaal domein	150 miljoen euro structureel vanaf 2023

NB: binnen het regeerakkoord zijn nog andere enveloppen beschikbaar met een generieke doelstelling (zoals gegevensuitwisseling) waar de GGZ sector ook profijt van heeft.

Vraag 453

Hoe groot mogen de wachtlijsten in de ggz eind 2023 nog zijn volgens u? En in 2024?

Antwoord:

Er zijn geen afspraken gemaakt over jaarlijkse uitkomstdoelen voor wat betreft de aanpak van de wachttijden, maar zoals in het IZA geformuleerd is de uiteindelijke ambitie om alle patiënten binnen de Treeknorm te behandelen en toe te werken naar een gemiddelde wachttijd van vijf weken.

Vraag 454

Hoe kan het dat er een onderschrijding is van € 722 miljoen in 2022?

Antwoord:

De geactualiseerde Zwv-uitgaven in de begroting zijn vooral gebaseerd op de via het Zorginstituut verkregen tweede kwartaalrapportage van zorgverzekeraars. Deze zijn voor een deel gebaseerd op reeds gedeclareerde lasten en voor een deel op bijschattingen van verzekeraars op basis van trends en contracten tussen verzekeraars en aanbieders voor het lopende jaar. De tweede kwartaalrapportage heeft tot de bijstelling van € 722,5 miljoen voor 2022 geleid.

De totale onderschrijding van € 722,5 miljoen is een optelsom van onderen overschrijdingen bij verschillende Zwv-sectoren. Onderstaande tabel toont een verdere uitsplitsing van tabel 5A (p.177) van de ontwerpbegroting. Toelichting op deze mutaties staat in het hoofdstuk Financieel

Beeld Zorg van de ontwerpbegroting, in de verdiepingsbijlage van Financieel Beeld Zorg¹⁰³ en in de antwoorden op Kamervragen 455, 457 en 458.

In miljoen euro	2022
Eerstelijnszorg	- 198
Huisartsenzorg (HAZ)	- 141
Multidisciplinaire zorgverlening (MDZ)	- 49
Tandheelkundige zorg	- 48
Paramedische zorg	62
Verloskunde	2
Kraamzorg	- 22
Zorg voor zintuiglijk gehandicapten	- 2
Tweedelijnszorg	283
Medisch-specialistische zorg	395
Geriatrische revalidatiezorg	- 48
Eerstelijnsverblijf	- 79
Overig curatieve zorg	6
BBB academische zorg	1
BBB overig msz	14
BBB kapitaallasten academische component	- 7
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	229
Apotheekzorg en hulpmiddelen	- 51
Apotheekzorg	- 21
Hulpmiddelen	- 29
Wijkverpleging	- 988
Ziekenvervoer	12
Grensoverschrijdende zorg	- 9
BBB opleidingen Zvw	-
Totaal	- 722

Vraag 455

Hoe komt het dat er op de wijkverpleging een onderschrijding is van bijna € 1 miljard? De wijkverpleging zou het stoppen van de financiering van zzp 1-3 in 2013 en 2014 (sluiten verzorgingshuizen) toch opvangen? Is die doelstelling bereikt? Wat is het actuele personeelstekort in de thuiszorg? Hoeveel thuiszorgpatienten krijgen minder uren dan geïndiceerd? Hoeveel thuiszorgpatienten krijgen helemaal geen zorg ondanks dat zij wel een indicatie hebben?

Antwoord:

Op basis van realisatiecijfers is al enkele jaren een toenemende onderschrijding van het kader wijkverpleging zichtbaar. Zie ook het antwoord op vraag 449. Uit onderzoek door Equalis¹⁰⁴ blijkt dat met name het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraars, de scherpere discussie die gevoerd wordt over rechtmatigheid in combinatie met de verschuiving van «zorgen voor» naar «zorgen dat» en de toenemende arbeidsmarktproblematiek de belangrijkste verklaringen vormen voor de onderschrijding op het financieel kader wijkverpleging.

In het IZA is afgesproken dat zorgverzekeraars, zorgaanbieders en professionals gaan samenwerken aan het versterkingsprogramma Passende Wijkverpleging. Daarbij zetten zij in op verplaatsing van zorg, het zichtbaar slim organiseren van zorg en sociaal domein, professionele meetbare kwaliteit en arbeidsbesparende maatregelen. Samenwerking en focus op passende zorg stellen andere eisen aan de wijkverpleging. Zorgverzekeraars gaan daar samen met de zorgaanbieders die dat willen en kunnen op in zetten en hen in deze beweging ondersteunen in de contractering.

¹⁰³ Overzicht Datasets | Ministerie van Financiën – Rijksoverheid (rijksfinancien.nl).

¹⁰⁴ Kamerstukken II, 2019–2020, 23 235, nr. 210.

Bij de hervorming van de langdurige zorg per 2015 is het deel van de zorg uit de zpz's 1 t/m 3 dat maatschappelijke ondersteuning betreft (o.a. dagopvang, begeleiding) onderdeel geworden van de Wmo. De verpleging en verzorging met een medische noodzaak vallen onder de aanspraak wijkverpleging in de Zvw.

Er zijn geen cijfers beschikbaar over de actuele tekorten per branche. Wel zijn er cijfers beschikbaar op basis van de laatste prognose van najaar 2021. Het verwachte tekort aan thuiszorgmedewerkers in 2022 is 6100. Het gaat hierbij om het totale tekort aan werknemers in de sectoren wijkverpleging, kraamzorg en huishoudelijke ondersteuning. Een nadere uitsplitsing is niet beschikbaar.

Tenslotte de vraag hoeveel thuiszorgpatiënten minder uren krijgen dan geïndiceerd. Een verschil tussen het aantal geïndiceerde uren en het aantal geleverde uren komt alleen naar boven bij materiele controles op cliëntniveau. Er bestaat geen generiek beeld of landelijke database met deze gegevens.

Vraag 456

Waarom worden de onderschrijdingen omgezet in taakstellende bezuinigingen in plaats van dat het geld gebruikt wordt voor investeringen in de betreffende sectoren?

Antwoord:

Het kabinet bezuinigt niet op de zorg, ook niet op de wijkverpleging en huisartsenzorg. Het kabinet remt de groei van de zorguitgaven om de zorg ook in de toekomst betaalbaar en toegankelijk te houden. Op basis van het Integraal Zorgakkoord (IZA) ontvangt de wijkverpleging in 2026 meer dan € 800 miljoen extra budget ten opzichte van de verwachte realisatiecijfers 2022. Voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg is dat een bedrag van ca. € 600 miljoen in 2026 ten opzichte van de voorlopige realisatiecijfers 2022. Deze groei van het macrobudget is nog exclusief de transformatiemiddelen en specifieke investeringsmiddelen die het kabinet beschikbaar stelt voor onder andere het versterken van de basiszorg, meer tijd voor de patiënt en het opleidingsakkoord VVT.

Hierbij is relevant dat er bij huisartsenzorg en wijkverpleging in de afgelopen jaren minder is uitgegeven dan destijds geraamd. In 2022 is dat op basis van recente inzichten circa –€ 1 miljard bij de wijkverpleging en circa –€ 190 miljoen bij de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg minder uitgegeven dan waar in de raming in de begroting (UPZ) rekening mee was gehouden. Om vanaf 2023 op een realistisch uitgavenniveau te starten zijn in het IZA de startniveaus van de kaders aangepast. Doordat deze aanpassingen in de wijkverpleging en huisartsenzorg lager zijn dan de verwachte onderschrijdingen 2022 blijft een deel van die onderschrijdingen beschikbaar in de betreffende kaders.

Vraag 457

Wat verklaart de grote onderschrijding van de bestedingen voor de wijkverpleging in 2022? Kunt u hierbij ingaan op de rol van de inkoop van zorgverzekeraars en de tarieven in de wijkverpleging?

Antwoord:

Op basis van realisatiecijfers is al enkele jaren een toenemende onderschrijding van het kader wijkverpleging zichtbaar. Zie ook het antwoord op vraag 449 en 455.

Uit onderzoek door Equalis¹⁰⁵ blijkt dat met name het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraars, de scherpere discussie die gevoerd wordt over rechtmatigheid in combinatie met de verschuiving van «zorgen voor» naar «zorgen dat» en de toenemende arbeidsmarktproblematiek de belangrijkste verklaringen vormen voor de overschrijding op het financieel kader wijkverpleging.

In het IZA is afgesproken dat zorgverzekeraars, zorgaanbieders en professionals gaan samenwerken aan het versterkingsprogramma Passende Wijkverpleging. Daarbij zetten zij in op verplaatsing van zorg, het zichtbaar slim organiseren van zorg en sociaal domein, professionele meetbare kwaliteit en arbeidsbesparende maatregelen. Samenwerking en focus op passende zorg stellen andere eisen aan de wijkverpleging. Zorgverzekeraars gaan daar samen met de zorgaanbieders die dat willen en kunnen op in zetten en hen in deze beweging ondersteunen in de contractering.

Vraag 458

Kunt u een uitsplitsing maken van de overschrijding van de post eerstelijnszorg? En hoe verklaart u deze overschrijding?

Antwoord:

Bij het beantwoorden van deze vraag ga ik ervan uit dat wordt bedoeld op de overschrijding van € 197,8 miljoen in het jaar 2022, zoals zichtbaar in tabel 5A in het Financieel Beeld Zorg van de begroting. Deze overschrijding kan als volgt worden uitgesplitst:

	overschrijdingen (+) en overschrijdingen (–) in 2022
Huisartsenzorg	– 140,9
Multidisciplinaire zorg	– 49,3
Tandheelkundige zorg	– 47,9
Paramedische zorg	61,8
Verloskunde	2,3
Kraamzorg	– 21,9
Zorg voor zintuiglijk gehandicapten	– 1,9
Totaal eerstelijnszorg	– 197,8

Het cijferbeeld in deze tabel is de voorlopige realisatie 2022 op basis van gegevens van het Zorginstituut, die gebaseerd zijn op jaarramingen van zorgverzekeraars op basis van twee kwartalen aan declaraties en inschattingen voor het hele jaar. In de uitgebreide verdiepingsbijlage bij het Financieel beeld Zorg (Overzicht Datasets | Ministerie van Financiën – Rijksoverheid (rijksfinancien.nl) is per sector een toelichting opgenomen over de mogelijke verklaringen van deze cijfers.

Vraag 459

Betekent verbreding van de toets op het basispakket dat de beoordelingscriteria veranderen? Zo ja, hoe dan? Zo nee, hoe komt de verbreding dan tot stand?

Antwoord:

Ik heb aangegeven dat ik de toets op het basispakket wil verbeteren en verbreden. Daarmee draagt pakketbeheer bij aan passende zorg. Op dit moment is het grootste deel van de instroom in het basispakket open. Dit betekent dat zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk automatisch in het basispakket stroomt. Alleen bij bepaalde geneesmid-

¹⁰⁵ Kamerstukken II, 2019–2020, 23 235, nr. 210.

delen (extramurale en sluisgeneesmiddelen) wordt vooraf door het Zorginstituut getoetst of zorg effectief is en voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ik wil dat vaker en voor meer vormen van zorg die al in het pakket zitten expliciet getoetst wordt op de pakketwaardigheid van zorg. Dat versta ik onder het verbreden van de toets. Omdat alle zorg toetsen niet mogelijk is, wil ik dat er een selectie wordt gemaakt op basis van maatschappelijk relevante criteria. Deze selectiecriteria worden in samenspraak met veldpartijen opgesteld.

Tegelijkertijd wil ik dat de toets wordt verbeterd waarbij de beoordelingscriteria voor *alle* zorg verder invulling krijgen. Zo wil ik sturen op de invulling van het criterium effectiviteit, waaronder het expliciet meewegen van uitkomstmaten zoals kwaliteit van leven. Als zorg effectief is volgens de stand van de wetenschap en praktijk wil ik dat kosteneffectiviteit, arbeidscapaciteit en duurzaamheid, naast noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid gewogen worden. Het verbeteren en verbreden van de toets op het pakket vraagt mogelijk op onderdelen verdere borging in wet- en regelgeving. Ik inventariseer – samen met betrokken partijen – wat hier verder voor nodig is.

Vraag 460

Kunt u een overzicht geven van het aantal geneesmiddelen dat momenteel in de sluis zit, aangevuld met het aantal dagen dat verstreken is sinds de goedkeuring van het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA)? Kunt u dit weergeven in een tabel?

Antwoord:

Hieronder treft u een overzicht van de geneesmiddelen met indicaties die momenteel in de sluis zitten en het aantal dagen dat verstreken is sinds markttoelating door de EMA. Voor meer informatie over doorlooptijden wijs ik op de brief «Verzekerde toegang van patiënten tot nieuwe geneesmiddelen». (Kamerstukken 2021–22, 29 477, nr. 752.)

Werkzame stof	Merknaam	Indicatie	Registratie EMA	Dagen sinds markttoelating EMA (peildatum 30-9-2022)
ibrutinib	Imbruvica	Ziekte van Waldenström	2-8-2019	1.155
ibrutinib	Imbruvica	Chronische lymfatische leukemie (i.c.m. venetoclax)	3-8-2022	58
daratumumab	Darzalex	AL-amyloïdose	22-6-2021	465
daratumumab	Darzalex	Multipel myeloom (i.c.m. pomalidomide en dexamethason)	22-6-2021	465
nusinersen	Spinraza	Spinale musculaire atrofie (SMA)	30-5-2017	1.949*
axicabtagene ciloleucel	Yescarta	Folliculair lymfoom	21-6-2022	101
tisagenlecleucel	Kymriah	Folliculair lymfoom	29-4-2022	154
abemaciclib	Verzenio	Borstkanker	1-4-2022	182
durvalumab	Imfinzi	Kleincellige longkanker	31-8-2020	760
venetoclax	Venclyxto	Chronische lymfatische leukemie (i.c.m. venetoclax)	3-8-2022	58
ipilimumab	Yervoy	Darmkanker (i.c.m. nivolumab)	24-6-2021	463
ipilimumab	Yervoy	Slokdarmkanker (i.c.m. nivolumab)	1-4-2022	182
olaparib	Lynparza	Borstkanker	2-8-2022	59
ravulizumab	Ultomiris	Paroxysmale nachtelijke hemoglobininurie (PNH)	2-7-2019	1.186
ravulizumab	Ultomiris	Atypisch hemolytisch uremisch syndroom (aHUS)	25-6-2020	827
ravulizumab	Ultomiris	Paroxysmale nachtelijke hemoglobininurie (PNH) bij kinderen	1-9-2021	394
ravulizumab	Ultomiris	Myasthenia gravis	21-9-2022	9
larotrectinib	Vitrakvi	Tumoren met NTRK-fusies	19-9-2019	1107*
esketamine	Spravato	Depressie die psychiatrische nood situatie vormt	4-2-2021	603

Werkzame stof	Merknaam	Indicatie	Registratie EMA	Dagen sinds markttoelating EMA (peildatum 30-9-2022)
polatuzumab	Polivy	Diffuus grootcellig B-cellymfoom	24-5-2022	129
glasdegib	Daurismo	Acute myeloïde leukemie	26-6-2020	826
entrectinib	Rozlytrek	Longkanker	31-7-2020	791
acalabrutinib	Calquence	Chronische lymfatische leukemie	5-11-2020	694
crizanlizumab	Adakveo	Sikkelcelziekte	28-10-2020	702
brexucabtagene autoleucel	Tecartus	Mantelcellymfoom	14-12-2020	655
brexucabtagene autoleucel	Tecartus	Acute lymfoblastenleukemie	2-9-2022	22
autologous CD34+ cells encoding ARSA gene	Libmeldy	Metachromatische leukodystro- fie (MLD)	17-12-2020	652
carfilzomib	Kyprolis	Vervolgbehandeling multipel myeloom	17-12-2020	652
trastuzumab deruxtecan	Enhertu	Borstkanker	18-1-2021	620
trastuzumab deruxtecan	Enhertu	Borstkanker	11-7-2022	81
cabozantinib	Cabometyx	Nierkanker (i.c.m. nivolumab)	26-3-2021	553
risdiplam	Evrysdi	Spinale musculaire atrofie (SMA)	26-3-2021	553
isatuximab	Sarclisa	Multipel myeloom	15-4-2021	533
selumetinib	Koselugo	inoperabele plexiforme neurofibromen bij NF1	17-6-2021	470
evinacumab	Evkeeza	Hypercholesterolemie	17-6-2021	470
cemiplimab	Libtayo	Longkanker	21-6-2021	466
idecabtagene vicleucel	Abecma	Multipel myeloom	18-8-2021	408
tafasitamab	Minjuvi	Diffuus grootcellig B-cellymfoom	26-8-2021	400
pralsetinib	Gavreto	Longkanker	18-11-2021	316
ripretinib	Qinlock	Gastro-intestinale stromale tumor (GIST)	18-11-2021	316
lenvatinib	Kisplyx	Nierkanker (icm pembrolizu- mab)	26-11-2021	308
lenvatinib	Lenvima	Baarmoederkanker (icm pembrolizumab)	26-11-2021	308
sacituzumab govitecan	Trodelvy	Borstkanker	22-11-2021	312
pegcetacoplan	Aspaveli	Paroxysmale nachtelijke hemoglobininurie	13-12-2021	291
eptinezumab	Vyepi	Migraine	24-1-2022	249
avalglucosidase alfa	Nexviadyme	Ziekte van Pompe	24-6-2022	98
lisocabtagene maraleucel	Breyanzi	Diffuus grootcellig B-cellymfoom, primair mediastinaal grootcellig B-cellymfoom, Folliculair Lymfoom	4-4-2022	179
avapritinib	Ayvakyt	Gevorderde systemische mastocytose (AdvSM)	24-3-2022	190
ciltacabtagene autoleucel	Carvykti	Multipel myeloom	25-5-2022	128
olipudase alfa	Xenpozyme	Zure sfinngomyelinasedeficientie	24-6-2022	98
selinexor	Nexpovio	Vervolgbehandeling multipel myeloom	18-7-2022	74
efgartigimod alfa	Vyvgart	Myasthenia gravis	10-8-2022	51
valoctocogene roxaparvovec	Roctavian	Hemofilie A	24-8-2022	37
teclistamab	Tecvayli	Vervolgbehandeling multipel myeloom	23-8-2022	38

Vraag 461

Onder welke voorwaarden wordt het IZA-transformatiegeld van de Aanvullende Post naar de VWS-begroting overgeheveld?

Antwoord:

De IZA-transformatiemiddelen worden, net als andere budgettaire enveloppen uit het Regeerakkoord, overgeheveld na accordering van het bijbehorende bestedingsplan door het Ministerie van Financiën. Voor de transformatiemiddelen is de voorgenomen besteding vastgelegd in het Integraal Zorgakkoord. Conform de afspraken in het IZA zal o.a. het «beoordelingskader impactvolle zorgtransformaties» nader worden uitgewerkt. Op basis daarvan zullen de resterende transformatiemiddelen worden overgeheveld bij een regulier begrotingsmoment.

Vraag 462

Onder welke voorwaarden en op welke manier komt het IZA-transformatiegeld uiteindelijk bij de zorgverlener terecht?

Antwoord:

Met de transformatiemiddelen kunnen individuele, lokale, regionale of landelijke initiatieven worden ondersteund die bijdragen aan de verwezenlijking van de inhoudelijke doelen en financiële opgave van het Integraal Zorgakkoord (IZA). Dit zal veelal zijn met inzet van transformatiemiddelen via zorgverzekeraars op basis van specifieke transformatieplannen. Transformatiemiddelen zijn ook beschikbaar voor (landelijke) activiteiten zoals die zijn vastgelegd in de IZA-themateksten.

Het is primair aan de zorgverzekeraars om transformatieplannen goed te keuren en eventueel transformatiebudget daarvoor in te zetten. De afweging of een transformatieplan wordt goedgekeurd door de zorgverzekeraars vindt plaats op basis van het nog op te stellen beoordelingskader. Uiterlijk 1 januari 2023 wordt dit beoordelingskader vastgesteld, zodat alle transitieplannen op een uniforme manier kunnen worden beoordeeld. De transformatiemiddelen worden grotendeels toegekend via de zorgverzekeraars. Daarvan kan worden afgeweken als financiering via VWS logischer is (in de vorm van subsidie, opdracht, inzet van VWS-uitvoeringsorganisaties e.d.).

In het IZA staat beschreven welke uitgangspunten gehanteerd worden en op welke wijze het geld bij de zorgaanbieder terecht komt. De uitgangspunten zijn hierbij gelijkgerichtheid, integraliteit, impactvol en het «use it or lose it»-principe.

Wat betreft de wijze waarop de middelen bij zorgaanbieders terecht komen: voor 2023, en als noodzakelijk ook in 2024, vindt de inzet van transformatiemiddelen plaats door continuering van de bestaande werkwijzen. De transformatiemiddelen worden daarom voor 2023 toegevoegd aan het macroprestatiebedrag en hierbij via het somatische en ggz risicovereveningsmodel verdeeld over de zorgverzekeraars. Via hernieuwde prijsafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders komen deze transformatiemiddelen vervolgens terecht bij zorgaanbieders die deel uitmaken van een gehonoreerd transformatieplan. Vanaf 2024 of 2025 is de voorkeursvariant dat betaling van transformatiemiddelen gebeurt op basis van een aparte (lump sum) prestatie.

Vraag 463

Welke rol speelt de zorgverzekeraar in het verdelen van het IZA-transformatiegeld?

Antwoord:

Met de transformatiemiddelen kunnen individuele, lokale, regionale of landelijke initiatieven worden ondersteund die bijdragen aan de verwezenlijking van de inhoudelijke doelen en financiële opgave van het Integraal Zorgakkoord (IZA). Dit zal veelal zijn met inzet van transformatiemiddelen via zorgverzekeraars op basis van specifieke transformatieplannen. Transformatiemiddelen zijn ook beschikbaar voor (landelijke) activiteiten zoals die zijn vastgelegd in de IZA-themateksten.

Het is primair aan de zorgverzekeraars om transformatieplannen goed te keuren en eventueel transformatiebudget daarvoor in te zetten. De afweging of een transformatieplan wordt goedgekeurd door de zorgverzekeraars vindt plaats op basis van het nog op te stellen beoordelingskader. Uiterlijk 1 januari 2023 wordt dit beoordelingskader vastgesteld, zodat alle transitieplannen op een uniforme manier kunnen worden beoordeeld. De

transformatiemiddelen worden grotendeels toegekend via de zorgverzekeraars. Daarvan kan worden afgeweken als financiering via VWS logischer is (in de vorm van subsidie, opdracht, inzet van VWS-uitvoeringsorganisaties e.d.).

In het IZA staat beschreven welke uitgangspunten gehanteerd worden en op welke wijze het geld bij de zorgaanbieder terecht komt. De uitgangspunten zijn hierbij gelijkgerichtheid, integraliteit, impactvol en het «use it or lose it»-principe.

Wat betreft de wijze waarop de middelen bij zorgaanbieders terecht komen: voor 2023, en als noodzakelijk ook in 2024, vindt de inzet van transformatiemiddelen plaats door continuering van de bestaande werkwijzen. De transformatiemiddelen worden daarom voor 2023 toegevoegd aan het macroprestatiebedrag en hierbij via het somatische en ggz risicovereveningsmodel verdeeld over de zorgverzekeraars. Via hernieuwde prijsafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders komen deze transformatiemiddelen vervolgens terecht bij zorgaanbieders die deel uitmaken van een gehonoreerd transformatieplan. Vanaf 2024 of 2025 is de voorkeursvariant dat betaling van transformatiemiddelen gebeurt op basis van een aparte (lump sum) prestatie.

Vraag 464

Zijn er mogelijkheden om onderscheid te maken in de tijd van toelating van een geneesmiddel tussen indicaties waarvoor geen goede behandelopties zijn en indicaties waar dit wel het geval is? Zo ja, in hoeverre is het mogelijk om net als in andere landen middelen voor een hoge onvervulde medische behoefte versneld toe te laten wanneer er straks meer middelen in de Sluis worden geplaatst?

Antwoord:

Tot nu is het niet noodzakelijk gebleken om binnen de sluisbeoordelingen dat onderscheid te maken. De beoordelingscapaciteit van het Zorginstituut volstaat voor het aantal geneesmiddelen in de sluis voor dure geneesmiddelen. De inspanningen zijn erop gericht om die capaciteit in de toekomst ook op peil te houden. Mocht zich onverhoopt de situatie voordoen dat er een wachtrij ontstaat bij beoordelingen, dan zal worden onderzocht of het onderscheid te maken is, en of het wenselijk is om dat onderscheid ook te gaan maken.

Vraag 465

Is er al zicht op de start van pilots rondom pay-for-performance, zoals door u is toegezegd tijdens het laatste commissiedebat Geneesmiddelenbeleid?

Antwoord:

De aangenomen motie van de VVD (29 477, nr. 722) verzoekt mij een versnelling in het praktijkonderzoek naar pay-for-performance aan te brengen en nog dit jaar met een pilot te starten. Ik ben, samen met het Zorginstituut, bezig met de uitwerking van deze motie, maar ben daarin afhankelijk van een geschikte casus. In dat licht heeft het Zorginstituut mij in haar advies van 28 september jl. geadviseerd om voor het geneesmiddel Libmeldy een pay-for-performance afspraak te maken. Ik onderzoek samen met het Zorginstituut wat de opties zijn met betrekking tot deze casus. Conform de motie van de VVD zal ik u hier nog voor het einde van dit jaar verder over informeren. Ik wil daarbij nogmaals wijzen op de aandachtspunten die ik heb genoemd in mijn brief aan uw Kamer van mei jl. (29 477, nr. 757).

Vraag 466

Wat is uw schatting van hoeveel extra middelen er per jaar zullen worden meegenomen in de prijsonderhandelingen over dure, nieuwe geneesmiddelen na de uitbreiding naar alle middelen met een verwachte jaarlijkse uitgave boven de € 10 miljoen?

Antwoord:

Het aantal geneesmiddelen dat in de sluis voor dure geneesmiddelen belandt, zal de komende jaren verder stijgen. Die stijging wordt zowel veroorzaakt door de «autonome groei» van het aantal dure geneesmiddelen als door het voornemen om de criteria voor toepassing van de sluis naar beneden bij te stellen. De schattingen zijn gebaseerd op analyses van de Horizonscan Dure Geneesmiddelen. Het is echter lastig te bepalen of een verwachte sluisplaatsing het gevolg is van een aanpassing van de sluiscriteria, of van de autonome groei van sluisgeneesmiddelen. Over heel 2023 is de inschatting dat er, ten opzichte van 2022, 10 tot 16 extra geneesmiddelen in de sluis voor dure geneesmiddelen geplaatst zullen worden.

Vraag 467

Hoe gaat u geschikt personeel vinden om de regulering van de verdere toename aan (genees)middelen mogelijk te maken?

Antwoord:

Als het gaat om de toename van nieuwe (dure) geneesmiddelen in de sluis, dan zal dat tot meer werk leiden voor het Zorginstituut en het ministerie. Die stijging wordt enerzijds veroorzaakt door de «autonome groei» van het aantal dure geneesmiddelen. Anderzijds is het voornemen van de Minister om de criteria voor toepassing van de sluis naar beneden bij te stellen, zodat onderhandeld kan worden over alle nieuwe geneesmiddelen met een verwachte jaarlijkse uitgave boven de € 10 miljoen. Hoewel het Zorginstituut ook inzet op de optimalisatie van de primaire processen, zal extra capaciteit noodzakelijk zijn. De verwachting is dat zij in december 2022, op basis van de nieuwe sluiscriteria, het precieze aantal FTE kunnen berekenen.

Het werven van de capaciteit vraagt in de huidige markt van arbeidskrapte om extra aandacht. Dat wordt ook besproken met het Zorginstituut. Naast de gebruikelijke wervingscampagnes, is in 2022 een wervingscampagne opgezet specifiek gericht op het aantrekken van zorginhoudelijke experts, onder andere door gericht specifieke kanalen te gebruiken en netwerken aan te spreken.

Vraag 468

Welke financiële impact heeft de pakketmaatregel vitamine D voor de gemiddelde vitamine D gebruiker, die dit tot nu toe vergoed kreeg?

Antwoord:

De meeste mensen die vitamine D gebruiken, kunnen toe met vitamine D in lagere doseringen die als zelfzorgmiddel in de vrije verkoop verkrijgbaar zijn. Vitamine D kost in de vrije verkoop gemiddeld vanaf € 7,30 per jaar. In specifieke gevallen hebben mensen een hogere dosering nodig die niet in de vrije verkoop verkrijgbaar is. In de meeste gevallen gaat het hierbij om tijdelijk gebruik als oplaaddosis bij een vitamine-D-deficiëntie. De kosten bedragen dan in 2020 gemiddeld € 37 per patiënt per jaar voor het geneesmiddel en € 42 aan afleverkosten voor de verleende farmaceutische zorg.

Op dit moment wordt vitamine D nog ten dele vergoed vanuit het verzekerde pakket. Ook nu betaalt een deel van de mensen de kosten

hiervan echter (deels) zelf via het eigen risico. Omdat de kosten van vitamine D – door afleverkosten bij de apotheek en door het ontbreken van concurrentie met zelfzorgproducten – in de basisverzekering hoger liggen dan in de vrije verkoop, is het mogelijk dat mensen die toe kunnen met vitamine D in een lagere dosering goedkoper uit zijn wanneer zij vitamine D zelf aanschaffen.

Het Zorginstituut verwacht dat de kosten van vitamine D in de vrije verkoop en in hogere sterkte op recept voor vrijwel iedereen te dragen zijn. Er zullen mensen zijn die de relatief lage kosten van vitamine D toch niet zelf kunnen betalen. Voor deze gevallen bestaan gemeentelijke voorzieningen, zoals gemeentelijke compensatieregelingen en bijzondere bijstand. Gemeenten ontvangen € 268 miljoen per jaar ten behoeve van financieel maatwerk voor hun ingezetenen voor hun kosten van zorg en ondersteuning.

Vraag 469

Waarom daalt de begroting voor apotheekzorg in 2023 met ruim € 200 miljoen? Waar bestaat deze besparing uit?

Antwoord: De daling van de inschatting van de uitgaven in 2023 wordt bij het budgettair kader Apotheekzorg veroorzaakt door de maatregel Vitamine D (€ 129 miljoen) en de beoogde maatregel GVS-modernisering (€ 140 miljoen, deze maatregel is onlangs uitgesteld naar 2024). Voor de goede orde, het bedrag in de conceptbegroting is nog zonder de loon- en prijsbijstelling in 2023.

Vraag 470

Uit de begroting blijkt dat de uitgaven aan medische hulpmiddelen stijgen terwijl de apotheekkosten dalen. Hoe verstaat het stijgen van de uitgaven aan medische hulpmiddelen en het dalen van de apotheekkosten zich met de bijdrage die apothekers moeten leveren aan het ontlasten van de huisarts? Hoe verwacht u dat de apotheek gaat bijdragen aan deze rol en verder investeert in regionalisering?

Antwoord:

De in de conceptbegroting 2023 zichtbare daling van de inschatting van de uitgaven bij Apotheekzorg wordt veroorzaakt door de maatregel Vitamine D (€ 129 miljoen) en de beoogde maatregel GVS-modernisering (€ 140 miljoen, deze maatregel is onlangs uitgesteld naar 2024). Voor de goede orde, het bedrag in de conceptbegroting is nog zonder de loon- en prijsbijstelling in 2023. Het budgettaire kader in 2023 zal naar aanleiding daarvan stijgen.

Binnen de verstrekking van de hulpmiddelen is een grote rol weggelegd voor de hulpmiddelenleveranciers. Samenwerking tussen apothekers, huisartsen en andere zorgverleners, ook met het oog op het ontlasten van de huisarts en regionalisering, is onderwerp van gesprek in de nadere uitwerking van het IZA en het WOZO.

Vraag 471

Hoe groot is de huidige onvervulde zorgvraag voor mondzorg, uitgedrukt in fte's aan tandartsen? Kunt u hierbij een uitsplitsing maken per regio?

Antwoord:

Er zijn geen gegevens beschikbaar over de onvervulde zorgvraag voor mondzorg. Ik heb het RIVM onlangs opdracht gegeven om een plan van aanpak uit te werken voor een Monitor Mondgezondheid, waarmee er op termijn informatie beschikbaar komt over de mondgezondheid in

Nederland. De uitkomsten van deze monitor zullen onder meer gepresenteerd worden op de website Volksgezondheid en Zorg.

De KNMT heeft de verhouding tussen vraag en aanbod in beeld gebracht door het in kaart brengen van de tandartsratio per provincie. De tandartsratio betreft het aantal inwoners per (actieve) tandarts¹⁰⁶. De tandartsratio's zijn:

Friesland: 2.360, Groningen: 1.575, Drenthe: 2.365, Overijssel: 2.240, Gelderland: 1.880, Flevoland: 2.220, Noord-Holland: 1.340, Zuid-Holland: 2.035, Utrecht: 1.635, Noord-Brabant: 2.175, Zeeland, 2.505, Limburg: 2.145.

Vraag 472

Hoe groot is het tandartsentekort over zes jaar indien niet besloten wordt om het aantal opleidingsplaatsen te verruimen, gezien ook de opleidingsduur van een tandheelkundige opleiding? Hoe groot is dit tekort uitgedrukt in het percentage van het verwachte tandartsenbestand?

Antwoord:

Eind van dit jaar verwachten VWS en OCW van het Capaciteitsorgaan een nieuwe capaciteitsraming en instroomadvies voor de opleidingen tandarts en mondhygiënist, waarbij ook aandacht wordt besteed aan de verdeling van tandartsen en het tandartsbezoek over de regio's. Dit zal een actueel beeld geven over het benodigde aantal tandartsen en mondhygiënist en het aantal benodigde opleidingsplaatsen.

Vraag 473

Is het huidige aantal opleidingsplaatsen tandheelkunde in Nederland op zichzelf voldoende om aan de zorgvraag te voldoen? Zo niet, hoe groot groeit het tandartsentekort de komende tien jaar als de instroom van buitenlands gediplomeerde tandartsen wegvalt?

Antwoord:

Het Capaciteitsorgaan adviseerde in 2019 om de opleidingscapaciteit uit te breiden van de huidige 259 naar 359 omdat veel tandartsen met pensioen gaan. Het aantal opleidingsplaatsen is op dit moment 259, ondanks eerder advies van het capaciteitsorgaan. Eind van dit jaar verwachten VWS en OCW van het Capaciteitsorgaan een nieuwe capaciteitsraming en instroomadvies voor de opleidingen tandarts en mondhygiënist, waarbij ook aandacht wordt besteed aan de verdeling van tandartsen en het tandartsbezoek over de regio's. Dit zal een actueel beeld geven over het benodigde aantal tandartsen en mondhygiënist en het aantal benodigde opleidingsplaatsen. Jaarlijks registreren zo'n 200 buitenlandse gediplomeerde tandartsen zich in Nederland. Zo'n 20% van de tandartsen in Nederland heeft een buitenlands diploma.

Vraag 474

Kunt u een overzicht geven van de ontwikkeling van de kaders van huisartsenzorg, wijkverpleging, ggz en medisch specialistische zorg, vanaf 2006 tot 2027?

Antwoord:

In onderstaande tabel is de ontwikkeling in de uitgaven op de gevraagde sectoren weergegeven. Voor de jaren 2006 t/m 2019 betreft het definitieve realisatiecijfers, voor de jaren 2020 t/m 2022 voorlopige realisatiecijfers en voor de jaren vanaf 2023 gaat het om beschikbare budgetten, c.q. kaders.

¹⁰⁶ Verhouding vraag-aanbod: tandartsratio – Staat van de Mondzorg.

HLA-sectoren 2006-2013

Sectoren	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Huisartsenzorg	1.952,9	2.030,9	2.082,0	2.157,0	2.172,3	2.381,1	2.306,8	2.365,4
MDZ	16,0	45,1	88,3	144,6	246,9	314,2	353,7	409,5
MSZ	14.872,6	14.891,6	15.753,0	17.108,1	17.966,8	17.942,4	19.724,4	20.604,6
GGZ	0,0	0,0	3.406,7	3.749,5	3.965,0	4.283,4	4.118,4	4.010,1
Wijkverpleging	0	0	0	0	0	0	0	0

HLA-sectoren 2014-2021

Sectoren	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Huisartsenzorg	2.551,4	2.558,2	2.633,6	2.699,0	2.863,6	3.074,0	3.286,1	3.437,0
MDZ	451,9	463,2	529,0	567,1	583,7	604,1	662,4	697,6
MSZ	20.567,0	19.946,7	21.516,8	22.001,4	22.738,2	23.598,0	24.651,8	25.859,4
GGZ	3.732,7	3.257,1	3.405,9	3.557,5	3.748,2	3.976,0	4.339,5	2.973,3
Wijkverpleging	0	3.112,1	3.236,7	3.397,5	3.626,7	3.521,3	3.446,0	3.339,3

HLA-sectoren 2022-2027

Sectoren	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Huisartsenzorg	3.579,4	3.689,4	3.776,4	3.889,7	4.025,8	4.025,8
MDZ	714,6	759,2	781,5	812,8	853,4	853,4
MSZ	26.369,3	26.200,6	26.467,7	26.577,8	26.579,0	26.579,0
GGZ	4.624,9	4.619,9	4.657,8	4.655,4	4.673,9	4.673,9
Wijkverpleging	3.269,1	3.801,6	3.869,7	3.973,0	4.099,5	4.099,5

NB De afbakening van de sector MSZ is in de loop der jaren enkele keren herzien. De gepresenteerde cijfers laten de ontwikkeling van de uitgaven zien die thans tot de MSZ worden gerekend. Ten aanzien van de GGZ is het van belang te vermelden dat de langdurige GGZ in 2008 is overgeheveld vanuit de AWBZ. De wijkverpleging is in 2015 (in het kader van de hervorming van de langdurige zorg) overgeheveld vanuit de AWBZ naar de Zvw.

Vraag 475

Wat waren de verschillende kaders voor de bijstelling van € 350 miljoen?

Antwoord:

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de oorspronkelijke kaders van de verschillende IZA-sectoren voor het jaar 2023 en de structurele bijstellingen die in het kader van het IZA zijn gedaan op die sectoren.

Tabel – Aanpassing kaders IZA-sectoren (bedragen in € miljoen)

Sector	Oorspronkelijk kader 2023	Structurele aanpassing kader
Huisartsenzorg	3.561	– 80
MDZ	738	– 20
MSZ	24.864	200
Wijkverpleging	4.156	– 600
GGZ	4.204	150
Totaal		– 350

Vraag 476

Wat is het basispad van de macrokaders van de IZA-sectoren, met en zonder de afspraken van het IZA, van 2006 tot 2027?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 474 voor de macrokaders van de IZA-sectoren over 2006–2027.

Voor de partijen die deelnemen aan het IZA zijn in aanvulling op de beschikbare kaders transformatiemiddelen en specifieke investeringsmiddelen beschikbaar. Ten aanzien van de transformatiemiddelen gaat het in totaal om € 2,8 miljard.

Het IZA heeft betrekking op de periode 2023–2026. Voor de IZA-sectoren zijn in de macrokaders gebaseerd op de volgende afspraken over volumegroei.

	2023	2024	2025	2026
Huisartsenzorg	2,0%	2,4%	3,0%	3,5%
MDZ	2,0%	3,0%	4,0%	5,0%
MSZ	1,0%	0,8%	0,4%	0,0%
GGZ	1,0%	0,8%	0,6%	0,4%
Wijkverpleging	2,0%	2,4%	3,0%	3,5%

De vraag hoe de kaders er zonder een IZA zouden hebben uitgezien is enigszins hypothetisch. Bij aanvang van de kabinetsperiode was sprake van een CPB-raming van de (volume)groei van de Zvw-uitgaven bij ongewijzigd beleid met gemiddeld 2,3% per jaar. In de CPB-raming wordt daarbij geen onderscheid gemaakt naar afzonderlijke Zvw-sectoren.

Vraag 477

Hoeveel is er per jaar uitgegeven aan de wijkverpleging, vanaf 2016 tot en met 2022?

Antwoord:

Uitgaven wijkverpleging	(bedragen x € mln.)							
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Uitgaven wijkverpleging	3.114	3.237	3.400	3.627	3.521	3.446	3.339	3.269

- De uitgaven in 2020 en 2021 betreffen voorlopige uitgavenrealisaties.
- 2022 betreft de verwachte uitgavenrealisatie op basis van de eerste twee kwartalen van 2022.

Vraag 478

Welk deel van de kaders van de IZA-sectoren bestaat uit het basispad en welk deel van het kader uit incidentele middelen?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 476.

In de macrokaders van de IZA-sectoren zijn nog geen incidentele transformatie- of investeringsmiddelen verwerkt.

Vraag 479

Hoeveel ouderen redden het niet meer thuis, maar kunnen ook nog niet terecht in een verpleeghuis?

Antwoord:

Om uw vraag te beantwoorden moet worden gekeken naar het aantal mensen dat van het CIZ een Wlz-indicatie heeft gekregen en op de wachtlijst staat. Zij staan geregistreerd in de landelijke systematiek voor de wachtlijst (iWlz). Afgelopen halfjaar is de wachtlijst in de V&V geleidelijk opgelopen. Bijna alle wachtenden krijgen overbruggingszorg.

Wachtlijst Verpleging en Verzorging	okt-21	dec-21	jan-22	mrt-22	mei-22	jul-22	aug-22
Urgent plaatsen	211	220	200	236	215	231	306
Actief plaatsen	2.241	2.522	2.562	2.806	2.802	2.945	3.848
Wacht op voorkeur	14.488	15.387	15.395	15.639	15.575	16.016	16.605
Totaal V&V	16.940	18.129	18.157	18.681	18.592	19.192	20.759

– **Urgent plaatsen**

De situatie van de cliënt is ernstig en opname is urgent. Doorgaans is er geen tijd om te zoeken naar alternatieven.

Streefnorm: zorgkantoren streven ernaar om mensen zo snel mogelijk te plaatsen. Als het moet binnen 24 uur, maar doorgaans binnen 1 à 2 weken.

– **Actief plaatsen**

De situatie is zorgelijk, maar er is tijd om in overleg met de cliënt te zoeken naar alternatieven.

Treeknorm: zorgkantoren hanteren een termijn van 6 weken om in overleg met de cliënt en zorgaanbieder een passend aanbod te regelen.

– **Wacht op voorkeur**

De cliënt woont thuis en de zorg is op orde, maar de cliënt wil op termijn wel verhuizen naar een verpleeghuis. Er is voldoende tijd om in goed overleg met de cliënt te zoeken naar een passende plaats in een verpleeghuis.

Treeknorm: zorgkantoren vinden het, in overleg met de cliënt en zorgaanbieders, verantwoord dat de Treeknorm wordt overschreden.

Vraag 480

Hoeveel procent van de ouderen keren na een eerstelijnsverblijf niet (direct) terug naar huis? Waar komen deze ouderen dan terecht?

Antwoord:

In 2021 keerde van de ouderen vanuit eerstelijnsverblijf laag complex en eerstelijnsverblijf hoog complex 55% terug naar huis (thuis zonder zorg, thuis met wijkverpleging of Wlz thuiswonend). Daarmee keerde 45% niet terug naar huis: het grootste deel (ongeveer 19%) stroomt uit naar een Wlz instelling, een ander deel stroomt uit naar de geriatrische revalidatiezorg (7%), overlijdt (7%) of gaat naar de HAP/SEH of medisch-specialistische zorg (gezamenlijk 12%).

Vraag 481

Wat is de ontwikkeling van de bouw van particuliere instellingen? Zijn er in de afgelopen jaren meer of minder particuliere zorginstellingen bijgekomen? Kunt u uw antwoord voorzien van een duiding?

Antwoord:

In de Wlz wordt de leveringsvorm van de zorg geregistreerd. Daarbij wordt niet apart geregistreerd of deze zorg wordt geleverd door particuliere instellingen.

Vraag 482

Wat zijn de meest recente cijfers van de toenemende vergrijzing in Nederland?

Antwoord:

In 1950 was minder dan 8 procent van de bevolking 65 jaar of ouder, sindsdien is dat aandeel voortdurend toegenomen. In 2021 is het percentage 65-plussers al opgelopen naar 19,8. De CBS-bevolkingsprognose 2022–2050 voorziet een verdere stijging naar 24,4 procent ouderen in 2035 en de piek van 25,1 procent ouderen in 2040. Daarna neemt het aandeel ouderen heel geleidelijk af en in 2050 zal naar verwachting 24,7 procent van de bevolking 65 jaar of ouder zijn.

Aan de randen van Nederland is het aandeel 65-plussers hoger en de prognose voorziet dat de randen de komende jaren het meest vergrijsd zullen blijven:

- Zeeuws-Vlaanderen is in 2021 de meest vergrijsde regio van Nederland met 26,3 procent 65-plussers. De levensverwachting is in Zeeland relatief hoog en er trekken veel jongeren uit deze regio weg voor een opleiding of voor werk.
- In 2035 is Midden-Limburg het meest vergrijsd met 30,9 procent 65-plussers tegen 24,5 procent nu.
- Het aandeel ouderen in Flevoland is met 14,5 procent in 2021 het laagst en stijgt naar verwachting tot 20,2 procent in 2035.
- Utrecht is van de vier grote steden het minst vergrijsd. In 2021 was circa 10 procent van de bevolking 65 jaar of ouder. Utrecht zal ook in 2035 nog de minst vergrijsde grote stad zijn, met 17 procent 65-plussers tegen ongeveer 20 procent 65-plussers in de andere grote steden.

Met de ouder wordende bevolking neemt ook het aantal 85-plussers toe. Hun aantal gaat naar verwachting bijna verdubbelen, van bijna 390 duizend in 2021 tot ruim 713 duizend in 2035. Daarna stijgt hun aantal door naar meer dan één miljoen in 2050. Ook als aandeel van de bevolking neemt het aantal 85-plussers sterk toe van 2,2 procent in 2021 naar 3,8 procent in 2035. In 2050 ligt dit percentage 2,5 keer zo hoog als nu en komt dan uit op 5,5 procent.

Met de groter wordende groep 85-plussers is het een steeds belangrijker maatschappelijk vraagstuk of er in de toekomst voldoende mantelzorgpotentieel is om informele zorg te geven. Als indicator daarvoor kan worden gekeken naar de Oldest Old Support Ratio. Deze ratio geeft de verhouding weer van het aantal mensen van 50 tot 75 jaar ten opzichte van het aantal mensen van 85 jaar of ouder. In 1975 bedroeg dit cijfer voor Nederland nog 30. Dat betekent dat er 30 potentiële zorgverleners (50 tot 75 jaar) waren per 85-plusser. Hierna zette een sterke daling in tot ruim 14 potentiële zorgverleners in 2021. De prognose voorziet een verdere daling naar bijna 8 inwoners in 2035 en naar 5 inwoners van 50 tot 75 jaar per 85-plusser in 2050. Dit betekent dat in 2035 slechts ongeveer de helft van het aantal potentiële (informele) zorgverleners voor elke 85-plusser beschikbaar is ten opzichte van de huidige situatie, en in 2050 ongeveer één derde (Bron: <https://longreads.cbs.nl/regionale-prognose-2022/vergrijzing/>).

Vraag 483

Wat is precies het effect op het aantal verpleeghuisplekken door de € 43 miljoen ombuiging van scheiden en zorg? Hoeveel verpleeghuisplekken zouden er zijn geweest met en zonder deze maatregel?

Antwoord:

Op dit moment zijn er ongeveer 122.000 verpleeghuisplekken waar zorg wordt geleverd en waarbij ook de huisvestingslasten vanuit de Wlz worden bekostigd. Als gevolg van het scheiden van wonen en zorg wordt de netto groei in de komende jaren in zorg exclusief huisvestingslasten vanuit de Wlz gerealiseerd. Zonder het scheiden van wonen en zorg zou het aantal plekken inclusief verblijf met ongeveer 3.000 per jaar toenemen. Door inzet van de transitieinstrumenten wordt gecompenseerd voor bouwplannen die onvermijdelijk in de vorm van zorg met verblijf worden gerealiseerd. Tussen in de periode van 2023 t/m 2026 ligt de capaciteit tijdelijk boven de 122.000. In 2023 is dat 1.400 extra plekken met verblijf en dit loopt op tot 4.800 extra plekken met verblijf in 2026.

Vraag 484

Kunt u zelfstandig het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg aanpassen? Zo nee, waarom heeft u dan wel alvast een bezuiniging van € 350 miljoen hiervoor ingeboekt?

Antwoord:

Nee, de Minister van LZS kan niet zelfstandig het Kwaliteitskader aanpassen. Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is opgesteld door de veldpartijen en het is ook aan hen om de inhoudelijke doorontwikkeling vorm te geven. De Minister van LZS heeft het Zorginstituut gevraagd om op dat proces regie te voeren en de doorontwikkeling op de meerjaren-agenda te plaatsen.

De Minister van LZS heeft gevraagd om bij de doorontwikkeling (meer) aandacht te hebben voor de inzet voor innovatieve manieren van werken, de inzet van technologie en het gebruik van context gebonden, flexibele werkroosters. **Deze ontwikkeling wordt ook gesteund door de organisaties als onderdeel van het WOZO-programma.** Dit leidt tot een minder grote stijging van de vraag naar zorgpersoneel. Dat is hard nodig gezien de toenemende vraag naar zorg van ouderen en een krappere wordend aanbod van zorgpersoneel op de arbeidsmarkt. Als gevolg van deze maatregel groeit het aantal banen in de verpleeghuiszorg met 65.000 in plaats van 75.000. Dat is nog steeds een grote opgave voor de sector.

De doorontwikkeling van het Kwaliteitskader die rekening houdt met de hierboven geschetste aanpassingen maakt een ombuiging op de groeiende zorguitgaven mogelijk (€ 100 miljoen in 2024, € 250 miljoen in 2025 en € 350 miljoen vanaf 2026).

Vraag 485

Uit welke componenten is de reeks doorontwikkeling Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg opgebouwd? Welke bezuinigingen liggen hieronder?

Antwoord:

In het coalitieakkoord is afgesproken om het kwaliteitskader verpleeghuiszorg door te ontwikkelen. De kern van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg zal niet veranderen. Het blijft gaan om de kwaliteit van leven van de bewoners in verpleeghuizen. Wel wil het kabinet – samen met de veldpartijen – ten aanzien van de inzet van zorgpersoneel in verpleeghuizen anders kijken naar de vraag hoe we de zorg voor ouderen goed organiseren en hoe we die van zo goed mogelijke kwaliteit kunnen laten zijn en houden. Dat is hard nodig in het licht van de steeds krappere wordende arbeidsmarkt voor de zorg in combinatie met de toenemende vraag aan ouderenzorg. Op basis van deze doorontwikkeling komt (meer) aandacht voor de inzet van innovatie en technologie en het gebruik van context gebonden, flexibele werkroosters (lichter dan in dienstrooster NZa). Aan de doorontwikkeling van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is een taakstellende besparing verbonden die oploopt van € 100 miljoen in 2024 tot € 350 miljoen vanaf 2026.

Vraag 486

Wat betekent het loslaten van de personeelsnorm in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg voor het verwachte aantal verzorgenden per patiënt?

Antwoord:

Voor de doorontwikkeling van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is vanaf 2026 een structurele bezuiniging opgenomen van € 350 miljoen (2024 € 100 miljoen en 2025 € 200 miljoen). Dit betekent dat er geen 75.000 extra werknemers bijkomen in de verpleegzorg, maar 65.000 werknemers. Dus 10.000 werknemers minder, omgerekend naar fte 6.000 minder. Het aantal werknemers per cliënt wordt daarmee verlaagd met 3%.

Vraag 487

Hoe wordt de ombuiging van de tijdelijke middelen kwaliteitskader precies verdeeld en over welke posten?

Antwoord:

Bijgaande tabel toont de beschikbaar gestelde tijdelijke middelen voor het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, alsmede de inzet voor o.a.: het Wlz-brede regionale stimuleringsbudget; de ophoging van het budget voor de beleidsregel innovatie van de NZa; middelen voor het vergroten van inzicht in gepaste zorg en kwaliteit van zorg en de doorontwikkeling van het huidige ketenmodel iWlz tot een netwerkmodel iWlz.

Tabel: Inzet tijdelijke middelen kwaliteitskader verpleeghuiszorg 2022–2026

bedragen in miljoenen euro	2022	2023	2024	2025	2026
Tijdelijke middelen kwaliteitskader verpleeghuiszorg	– 79	– 87	– 87	– 87	– 87
<i>inzet voor:</i>					
Regionaal stimuleringsbudget zorgkantoren	30	31	31	31	31
Beleidsregel innovatie NZa	8	10	10	10	10
Inzicht in gepaste zorg en kwaliteit van zorg	3	5	7	8	8
Netwerkmodel iWlz	2	1	1	0	0
Diversen langdurige zorg VWS begroting (Toekomstagenda gehandicaptenzorg, gespecialiseerde cliëntondersteuning, CIZ)	3	33	22	28	26
Overige inzet VWS begroting	35	7	16	10	12

Vraag 488

Hoeveel bedden in de ggz zijn in totaal sinds 2013 verdwenen? Met andere woorden: hoeveel intensief beschermd wonen (IBW)-bedden, klinische bedden, crisisbedden, bedden in de verslavingszorg, bedden in de vrouwenopvang en bedden in de kinder- en jeugd-ggz zijn er geschrapt? Indien dit niet bekend is, wordt dit op korte termijn geïnventariseerd?

Antwoord:

Uw Kamer is met de monitor ambulantisering sinds 2015 jaarlijks geïnformeerd over de ontwikkelingen met betrekking tot de klinische ggz, plekken verslavingszorg, ambulante ggz en plekken beschermd wonen. Over de uitkomsten van de monitor is uw Kamer bij brief van 15 maart 2021 voor het laatst geïnformeerd (Kamerstukken II, 2020–2021, 25 424, nr. 583). In deze brief is ook aangegeven dat de monitor ambulantisering zal worden vervangen door de monitor psychische problematiek. De Minister van LZS verwacht u dit najaar een eerste rapportage te kunnen aanbieden van deze monitor. Er zijn geen landelijke cijfers beschikbaar over plaatsen in de vrouwenopvang en kinder- en jeugdggz.

Vraag 489

Hoe groot is de toename van verwarde personen in de samenleving sinds er gestart is met de afbouw van bedden in 2013?

Antwoord:

De afgelopen jaren is het aantal meldingen over personen met verward gedrag bij de politie fors gestegen, tot 130.184 (E33-)meldingen in 2021.^{107, 108} Ech ter, het aantal meldingen geeft geen beeld van de aard of omvang van de groep mensen met verward gedrag of van hun problemen. Ook voor de stijging van het aantal meldingen is geen

¹⁰⁷ Kamerstukken II, 2021/22, Antwoorden Kamervragen over het bericht «Weer meer incidenten met verwarde personen».

¹⁰⁸ Voor het aantal geregistreerde meldingen per jaar zie: <https://politieopendata.cbs.nl/#/Politie/nl/dataset/47021NED/table?ts=1664811969156>.

eenduidige verklaring. Zo blijkt uit onderzoek van het Trimbos Instituut¹⁰⁹ en uit de Rapportage verkenning verward gedrag¹¹⁰ dat er geen relatie is tussen de afbouw van het aantal klinische opnameplekken (ambulantisering) en het aantal meldingen van personen met verward gedrag bij de politie.

Vraag 490

Kunt u een overzicht geven van de bezuinigingen die sinds 2008 tot en met heden in de ggz hebben plaatsgevonden?

Antwoord:

In de onderstaande tabel is de ontwikkeling van de uitgaven in de GGZ te zien (x € 1 miljard), dit betreft de totale uitgaven in de Zvw, Wlz en Wmo:

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Uitgaven	3,7	3,8	4,1	4,9	5,3	5,2	5,7	5,7	5,6
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Uitgaven	5,4	5,4	5,5	5,7	5,9	6,6	7,1	6,3	8,3

In deze periode zijn een aantal dalingen in de uitgaven te zien:

- De daling in 2010 betreft een tariefmaatregel. De daling in de periode 2013–2015 hangt samen met de GGZ-maatregelen in het regeerakkoord-Rutte I.
- Sinds 2013 zijn daarnaast hoofdlijnenakkoorden afgesloten die een matiging van de groei van de GGZ-uitgaven beoogden.
- In deze periode heeft verder de decentralisatie van de jeugd-GGZ plaatsgevonden, hierbij is oplopend tot € 1 miljard structureel overgeheveld naar gemeenten. Dit bedrag is geen onderdeel van de hier gepresenteerde reeks.
- Tot slot is een daling van de uitgaven te zien in het jaar 2021. Dit betreft geen bezuiniging maar een technisch-administratieve «schadelastdip» (waarbij minder kosten aan 2021 zijn toegerekend). Deze is te verklaren is door de overgang van de oude GGZ-bekostiging naar het zorgprestatie-model. De omvang van deze «schadelastdip» is geraamd op € 1,25 miljard.

Vraag 491

Hoeveel is er sinds 2013 geïnvesteerd in de ambulante ggz?

Antwoord:

De uitgaven voor ambulante ggz bestaan uit de Zvw-uitgaven voor POH-ggz, generalistische basis ggz en specialistische ggz zonder verblijf. De bedragen voor 2013 en 2014 zijn nog inclusief ambulante ggz voor de invoering van de hervorming van de langdurige zorg in 2015, wat het lastig vergelijken maakt. De totale uitgaven voor ambulante ggz stegen van € 2,0 miljard in 2015 tot € 2,8 miljard in 2020. De daling in 2021 wordt verklaard door een technische schadelastdip, welke het gevolg is van de overgang van de DBC-bekostiging naar het Zorgprestatie-model.

¹⁰⁹ Factsheet «Verwarde personen» of «mensen met een acute zorgnood»? , Trimbos Instituut, 2016.

¹¹⁰ Rapportage «Verkenning verward gedrag», Bauke Koekoek, 2019.

Uitgaven (x € 1 miljoen) ambulante ggz 2013–2021

	2013 ¹	2014 ¹	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Uitgaven	2.418	2.362	1.972	2.072	2.187	2.375	2.535	2.757	1.903

¹ Incl. ambulante GGZ-zorg voor de invoering van hervorming langdurige zorg.

Vraag 492

Hoeveel patiëntenstops zijn er in 2022 geweest in de ggz?

Antwoord:

Een zorgaanbieder kan besluiten om tijdelijk geen nieuwe patiënten meer op te nemen en dus een aanmeldstop in te voeren. Indien zij dit doet dan moet zij dit bij de NZa melden. De zorgaanbieder kan daarbij voor een specifiek deel van haar zorgaanbod een aanmeldstop afkondigen, bijvoorbeeld voor haar specialistische aanbod of juist de lichtere zorg. Of een zorgaanbieder kan besluiten om voor bepaalde verzekeraars een aanmeldstop te hanteren, omdat het omzetplafond voor deze zorgverzekeraar bereikt is. Een aanmeldstop houdt dus niet in dat de aanbieder helemaal geen nieuwe patiënten meer aanneemt, maar enkel dat zij tijdelijk geen nieuwe patiënten behandelt voor specifieke zorgvragen en/of van een bepaalde zorgverzekeraar. Gemiddeld heeft op enige moment in het jaar ongeveer 30% van de aanbieders een (tijdelijke) behandelstop. Daarbij valt op dat voornamelijk kleine instellingen en zelfstandigen één of meer keer per jaar een behandelstop afkondigen.

Vraag 493

Hoe is de onderschrijding van het ggz-budget in 2022 besteed?

Antwoord:

Op basis van de meest recente cijfers van het Zorginstituut wordt voor het jaar 2022 niet een onderschrijding, maar een overschrijding van het macrokader curatieve GGZ verwacht van circa € 230 miljoen. Dit zijn echter nog zeer voorlopige cijfers waar nog geen conclusies aan kunnen worden verbonden.

Vraag 494

Hoeveel is bezuinigd op beschermd woonvormen?

Antwoord:

Er is geen sprake van bezuinigingen op beschermd woonvormen. De uitgaven voor beschermd wonen maken deel uit van de totale uitgaven aan de Wmo. Gemeenten leveren via het lv3-systeem (informatie voor derden) informatie aan over hun begroting en hun daadwerkelijk 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. Hieronder wordt een overzicht weergegeven van de uitgekeerde budgetten betreft beschermd wonen vanaf 2015 tot en met 2022.

Jaar	Uitgekeerd budget
2015	€ 1,4 miljard
2016	€ 1,4 miljard
2017	€ 1,5 miljard
2018	€ 1,6 miljard
2019	€ 1,8 miljard
2020	€ 1,9 miljard
2021	€ 1,5 miljard ¹
2022	€ 1,5 miljard ¹

¹ Dit budget is lager dan in 2020 vanwege de openstelling van de Wet langdurige zorg (Wlz) voor mensen met een psychische stoornis per 1 januari 2021. Op dit moment wordt een breed onderzoek uitgevoerd naar de gevolgen van de (verhoogde) overgang van cliënten beschermd wonen van de Wmo naar de Wlz vanaf 2021. Dit onderzoek wordt dit najaar verwacht en ik streef er naar om het op dat moment met uw Kamer te delen. Onderdeel van dit onderzoek is ook een feitelijke analyse van de kosten die gemeenten maken voor cliënten beschermd wonen («voor» en «na»). Voor de jaren 2021 en 2022 zijn daarom schattingen opgenomen.

Vraag 495

Hoe groot zijn de tekorten van de beschikbare plekken in beschermd woonvormen?

Antwoord:

Gemeenten 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.

In 2020 heb ik samen met de VNG een onderzoek laten uitvoeren naar wachtlijsten en wachttijden in beschermd wonen.¹¹¹ Het onderzoek bevat gegevens uit 2017, 2018 en 2019. Uit het onderzoek blijkt dat een groot deel van de centrumgemeenten te maken heeft met omvangrijke wachtlijsten voor beschermd wonen die bovendien een structureel karakter lijken te hebben. Het ging in 2019 om ongeveer drie- tot vierduizend plekken. De cijfers zijn echter lastig onderling te vergelijken en tevens zijn veel uiteenlopende oorzaken voor het ontstaan van wachtlijsten en wachttijden gevonden. Verschillende ontwikkelingen in de GGZ, zoals de openstelling van de Wet langdurige zorg (Wlz) voor mensen met een psychische stoornis per 1 januari 2021 en de voorgenomen doordecentralisatie van beschermd wonen zullen naar verwachting een effect hebben op de omvang en samenstelling van de wachtlijsten beschermd wonen.

Vraag 496

Hoe vaak hebben zorgverzekeraars extra ggz zorg ingekocht, na het bereiken van het budgetplafonds?

Antwoord:

De Monitor contractering ggz 2022 van de NZa meldt dat vier zorgverzekeraars de NZa informatie hebben gegeven over het aantal verzoeken tot bijcontractering dat zij in 2021 hebben ontvangen. Deze vier zorgverzekeraars ontvingen gezamenlijk 225 verzoeken van vrijgevestigde zorgaanbieders; daarvan hebben zij 36% gehonoreerd. De vier zorgverzekeraars ontvingen 121 verzoeken tot bijcontractering van instellingen; daarvan hebben zij 68% gehonoreerd.

¹¹¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2019–2020, Kamerstuk 29 325 nr. 121.

Vraag 497

Hoe groot is het personeelstekort in de ggz? Hoeveel nieuw personeel heeft de inzet voor extra personeel in de ggz in 2022 opgeleverd? En wat zijn de verwachtingen voor 2023?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar over de actuele tekorten per branche. Wel zijn er cijfers beschikbaar op basis van de laatste prognose van najaar 2021. Het verwachte tekort aan werknemers in de GGZ in 2022 is 4.200 (bron: ABF Research, Prognosemodel Zorg en Welzijn). Het gaat hier om het tekort aan het totaal aantal werknemers die werken bij een organisatie in de branche GGZ en is dus exclusief zelfstandigen.

Er zijn nog geen cijfers beschikbaar over de instroom in de GGZ in 2022, de meest actuele cijfers gaan over de instroom tussen het eerste kwartaal van 2021 en het eerste kwartaal van 2022 en hebben dus maar beperkt betrekking op 2022. Over de verwachtingen voor 2023 kan de Minister van LZS nog niets zeggen.

Wel is iets te zeggen over het aantal BIG-registraties van GZ-psychologen. Dat is in de periode 2018–2022 toegenomen met 21,5%. De toename tussen 2022 en 2021 was 5,7% (Verloop BIG-registraties over 5 jaar | Over het BIG-register | BIG-register (bigregister.nl)).

Vraag 498

Wat betekent verticale ontwikkeling van zorguitgaven? En wat betekent horizontale ontwikkeling?

Antwoord:

Verticale ontwikkeling

De verticale ontwikkeling van de zorguitgaven is een cijfermatig overzicht van alle budgettaire veranderingen (mutaties) die zich hebben voorgedaan sinds de vorige begroting. In het Financieel Beeld Zorg (FBZ) is in paragraaf 6.3 de verticale ontwikkeling van de zorguitgaven opgenomen. Hierin zijn alle budgettaire veranderingen (mutaties) opgenomen sinds de ontwerpbegroting 2022 tot en met de ontwerpbegroting 2023.

Horizontale ontwikkeling

De horizontale ontwikkeling geeft de jaar-op-jaarontwikkeling (meerjarig) van de zorguitgaven. In het FBZ is in paragraaf 6.4 de horizontale ontwikkeling van de zorguitgaven opgenomen. Hierin worden geen mutaties, maar standen gepresenteerd.

Vraag 499

Welke organisaties kunnen aanspraak maken op de transformatiemiddelen en op welke manier? Hoe wordt gemonitord of de bedoelde transformatie ook daadwerkelijk wordt ingezet en gerealiseerd?

Antwoord:

Met de transformatiemiddelen kunnen individuele, lokale, regionale of landelijke initiatieven worden ondersteund die bijdragen aan de verwezenlijking van de inhoudelijke doelen en financiële opgave van het IZA. Dit zal veelal zijn met inzet van transformatiemiddelen via zorgverzekeraars op basis van specifieke transformatieplannen. Transformatiemiddelen zijn ook beschikbaar voor (landelijke) activiteiten zoals die zijn vastgelegd in de IZA-themateksten.

De afspraken uit het IZA zullen periodiek en nauwkeurig worden gemonitord en geëvalueerd. De monitoring doen we op drie verschillende niveaus. Ten eerste houden we bij of alle afspraken uit het IZA worden uitgevoerd (monitoren op procesniveau). Ten tweede willen we tijdens de looptijd van het IZA kunnen leren en verbeteren, en waar nodig kunnen bijsturen (monitoren op outputniveau). Onderdeel van de monitoring op outputniveau is bijvoorbeeld ook de afspraak dat de NZa periodiek inzicht geeft in de uitputting van de transformatiemiddelen. Ten derde monitoren we wat de effecten zijn van het IZA op de gezondheid van mensen en het zorgsysteem (monitoren op outcomeniveau). De aandachtspunten die gedurende de looptijd van het IZA naar voren komen uit de monitoring, worden besproken op de bestuurlijke overleggen die elk kwartaal plaatsvinden. Daarnaast vindt in 2024 een *mid-term review* plaats, waar onder andere wordt gekeken naar welke transitieplannen zijn ingediend en gehonoreerd, en of de gewenste transitie voldoende plaatsvindt. Zo houden we met alle betrokken partijen continu de vinger aan de pols.

Vraag 500

Wat betekent de post «nominaal en onverdeeld» waar nu € 4.4 miljoen voor staat? Kan hier geld van gebruikt worden?

Antwoord:

De post «Nominaal en onverdeeld Zvw» omvat bijstellingen die niet-beleidsmatig van aard zijn, maar een technisch-administratief karakter kennen. Op deze sector worden bijvoorbeeld de middelen voor loon- en prijsontwikkeling en de groei ruimte gereserveerd aan de hand van ramingen van het Centraal planbureau (CPB). Ook worden er taakstellingen of extra middelen op verwerkt die nog niet aan een specifieke sector kunnen worden toegedeeld. Deze middelen worden vervolgens overgeboekt naar andere (deel)sectoren.

Het bedrag van € 4,4 miljard betreft voornamelijk de nog niet uitgedeelde loon- en prijsbijstelling binnen de Zvw, tranche 2023. Deze wordt in het komende voorjaar in de 1^e suppletoire begroting 2023 overgeboekt naar de verschillende (deel)sectoren binnen de Zvw en sluit onder meer aan bij de recent door uw Kamer ontvangen brief over de tussentijdse aanpassing van de tarieven (Kamerstukken II, 29 689 nr. 1168).

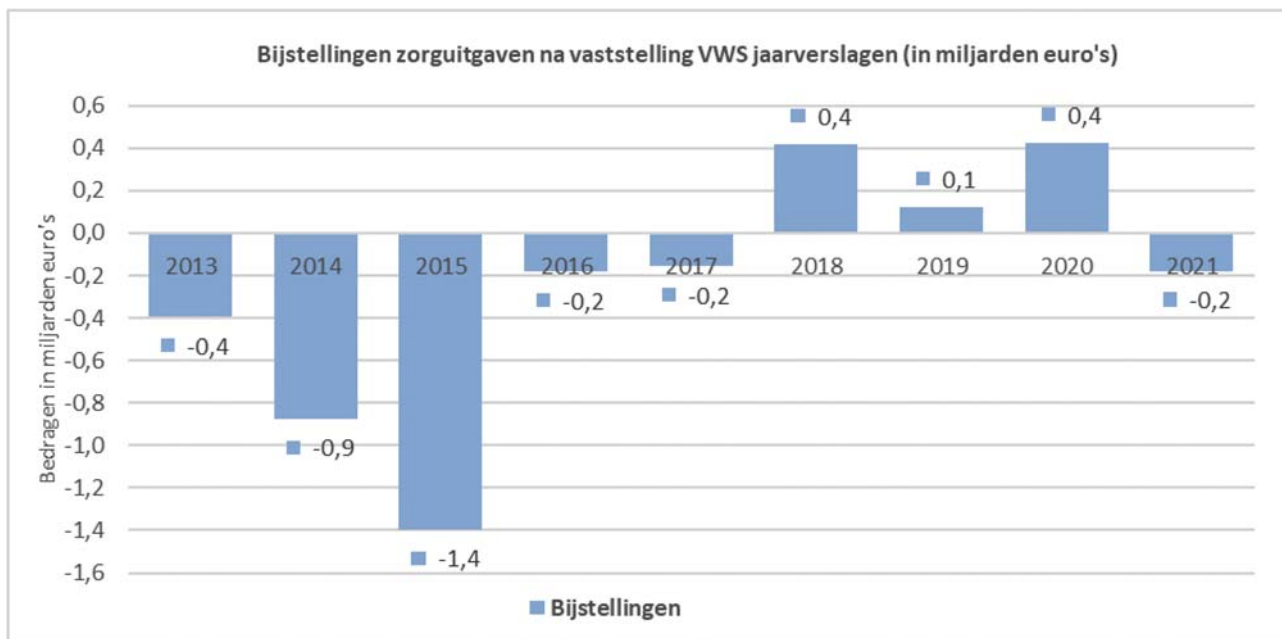
Alle middelen op deze post zijn geormerkt en kunnen niet voor iets anders gebruikt worden.

Vraag 501

Kan de Kamer figuur 6 in absolute getallen ontvangen in plaats van in percentages?

Antwoord:

In onderstaande figuur zijn de bijstellingen van de netto zorguitgaven van de Zvw en de AWBZ/Wlz na het verschijnen van de VWS-jaarverslagen 2013 tot en met 2021 grafisch in absolute getallen weergegeven.



Bron: Financieel Beeld Zorg uit de jaarverslagen VWS (diverse jaren) en de actuele VWS-stand.

Vraag 502

Hoe gaat u garanderen dat de extra ruimte ook daadwerkelijk ten goede komt aan de zorgverleners? Hoe gaat u dit monitoren?

Antwoord:

Het kabinet stelt jaarlijks de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (ova) beschikbaar. Hiermee wordt voor de sector zorg en welzijn een marktconforme loonontwikkeling mogelijk gemaakt. De NZa indexeert het loongevoelige deel van de gereguleerde tarieven met de ova. Zorginkopers nemen de ova mee bij de zorginkoop. Dat de zorginkopers de ova doorgeven bij de zorginkoop is ook een van de afspraken in het Integraal Zorgakkoord. De zorgaanbieders kunnen met deze middelen in nieuwe verbeterde cao's vastgelegde loonkostenstijgingen betalen. Het is aan de vertegenwoordigers van de werkgevers en de werknemers aan de cao-tafels om concrete afspraken over de lonen vast te leggen in cao's. Bij deze onderhandelingen tussen private partijen ben ik geen partij.

Vraag 503

Waarom wordt er begroot dat er in 2023 bijna de helft wordt besteed aan de analyse van NAAT-testen vergeleken met 2022 (€ 594 miljoen versus € 381 miljoen)?

Antwoord:

Deze posten zijn niet één-op-één vergelijkbaar: het genoemde bedrag voor 2022, € 594 miljoen, betreft de aanvullende middelen die bij Voorjaarsnota 2022 zijn vrijgemaakt om in de tweede helft van 2022 (1 juli t/m 31 december) de budgettaire ruimte beschikbaar te stellen tot een capaciteit van 100.000 testafnames per dag, in aanvulling op de middelen die in de Ontwerpbegroting 2022 reeds waren gereserveerd. Op de reguliere begrotingsmomenten wordt dit bedrag herijkt op basis van de realisatie over 2022 en de epidemiologische vooruitzichten, voor zover mogelijk. Het genoemde bedrag voor 2023 betreft – op basis van een bijgesteld testbeleid, waarbij de zelftest het basisinstrument is, en alleen specifieke doelgroepen een PCR-test laten doen – het gealloceerde budget voor het gehele jaar, waarbij is geraamd op basis van een analysecapa-

citeit van 20.000 per dag voor 7 maanden, en 40.000 per dag voor 5 maanden, waarmee oplevingen in de herfst en winter kunnen worden opgevangen. Ook in 2023 wordt dit budget op de reguliere momenten in de begrotingscyclus herijkt, op basis van dezelfde criteria: indien het epidemiologisch beeld relatief rustig blijft, is neerwaartse bijstelling (opnieuw) aan de orde. Voor 2022 is dit aan de orde bij Najaarsnota 2022, voor 2023 bij de Voorjaarsnota 2023.

Vraag 504

Wordt de backpay-regeling geopend voor de weduwen?

Antwoord:

In december 2020 heeft uw Kamer de motie Van Gerven aangenomen waarin het kabinet werd verzocht om te onderzoeken of een financiële regeling voor weduwen haalbaar en uitvoerbaar is. Aan dit verzoek is voldaan. Uit het onderzoek dat door Andersson Elffers Felix (AEF) is uitgevoerd, is gebleken dat de uitvoering van een dergelijke regeling zeer complex is. Ik heb uw Kamer dit onderzoek op 1 oktober 2021 doen toekomen. Op basis van het onderzoek kijk ik of er alternatieven zijn die wel uitvoerbaar zijn en op draagvlak kunnen rekenen. Naar verwachting zal het kabinet voor het einde van dit jaar een besluit nemen.

Vraag 505

Op welke wijze worden de gezondheidsverschillen tussen verschillende sociaaleconomische omstandigheden gemeten? Waarom zijn die niet opgenomen als onderdeel van de beleidsindicatoren?

Antwoord:

Bij gezondheidsverschillen wordt er onderscheid gemaakt op basis van opleidingsniveau. Vervolgens wordt er bij die verschillende groepen gekeken naar de verschillen in levensverwachting, aantal gezonde jaren en ervaren gezondheid in jaren. Er zijn vele factoren die van invloed zijn op gezondheidsverschillen, denk onder andere aan armoede en schulden, stress, arbeidsmarktpositie, genetische factoren en laaggeletterdheid. Om gezondheidsverschillen terug te dringen is het van belang te sturen op meerdere factoren, zo ook op factoren die buiten het gezondheidsdomein vallen. Voor wat betreft volksgezondheid is gekozen voor beleidsindicatoren die binnen het gezondheidsdomein vallen en waar directere sturingsmogelijkheden voorhanden zijn.