

Vergaderjaar 2024–2025

36 600 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2025

K

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET TWEDE VERSLAG

Ontvangen 28 februari 2025

Introductie

Met belangstelling heb ik kennisgenomen van het tweede verslag van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2025. Er zijn door de leden van de fracties van de GroenLinks-PvdA, D66, SP, PvdD en Volt vragen gesteld en opmerkingen gemaakt. Ik hoop met de beantwoording van de gestelde vragen de nog bestaande onduidelijkheden te kunnen wegnemen.

Leeswijzer

In deze nota naar aanleiding van het tweede verslag wordt de volgorde van het verslag aangehouden.

1. Inleiding

De leden van de fracties van **GroenLinks-PvdA, D66, SP, PvdD** en **Volt gezamenlijk** hebben kennisgenomen van de nota naar aanleiding van het verslag¹ en van de brieven van 31 januari 2025² en 7 februari 2025³ over een alternatieve invulling voor de ombuiging subsidie bij- en nascholing medisch specialisten en hebben naar aanleiding daarvan een aantal vragen en opmerkingen.

De leden van de fractie van **D66** hebben kennisgenomen van de nota naar aanleiding van het verslag en hebben naar aanleiding daarvan nog enkele vervolgvragen.

¹ Kamerstukken I 2024/25, 36 600 XVI, H.

² Kamerstukken I 2024/25, 36 600 XVI, G.

³ Kamerstukken I 2024/25, 36 600 XVI, I.

De leden van de fractie van **Volt** hebben kennisgenomen van de nota naar aanleiding van het verslag. Naar aanleiding van de antwoorden hebben deze leden nog een aantal aanvullende vragen en opmerkingen.

2. Vragen en opmerkingen van de leden van de fracties van GroenLinks-PvdA, D66, SP, PvdD en Volt gezamenlijk

De leden van de fracties van GroenLinks-PvdA, D66, SP, PvdD en Volt zijn ontstemd over het feit dat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), ondanks de aangenomen motie-Krul c.s.⁴ en het verzoek van de vaste commissie voor VWS,⁵ nog steeds geen definitief alternatief voor de bezuiniging van 165 miljoen op de opleidingen van verpleegkundigen heeft gevonden. De Minister schrijft in haar brief van 7 februari 2025 dat het «onzorgvuldig [zou] zijn als [zij] op basis van incomplete informatie een alternatieve oplossing zou aanwijzen» voor de ombuiging.⁶ Deze leden vinden op hun beurt dat het onzorgvuldig zou zijn om op basis van incomplete informatie een begroting aan te nemen. Voor de zorgvuldige uitoefening van het budgetrecht van de Eerste Kamer is het noodzakelijk om te weten waar bezuinigingen/ombuigingen neerslaan.

In haar brief van 31 januari 2025 geeft de Minister aan de bezuinigingstaakstelling van 165 miljoen vanaf 2027 als «placeholder» in te vullen door middel van een korting op de loon- en prijsbijstelling tranche 2025 van de VWS-begroting. Daarbij geeft zij aan dat het nadrukkelijk niet de bedoeling is aan het ova-convenant⁷ te tornen.⁸ De Minister schrijft tevens in haar brief van 7 februari 2025 dat zij door de zogenaamde placeholder «de garantie [geeft] dat de ombuiging op de subsidie bij- en nascholing medisch specialistische zorgopleiding van tafel is» en dat zij in ieder geval niet gaat bezuinigen op de opleidingen van verpleegkundigen.⁹ Hoewel de leden van bovengenoemde fracties blij zijn met deze garantie, blijven zij zich zorgen maken waar er wel op bezuinigd zal worden. Die zorgen leven breed in het zorgveld en in de samenleving. De leden hebben de volgende vragen over de alternatieve invulling voor de taakstelling van 165 miljoen:

1.

De ombuiging subsidie bij- en nascholing medisch specialisten kwam van de Ombuigingslijst 2024.¹⁰ Welke van de 101 ombuigingen behoren volgens de regering tot de mogelijkheden voor de alternatieve invulling en welke van de mogelijke ombuigingen zijn, wat de regering betreft, uitgesloten?

Antwoord:

De ombuigingslijst 2024 is een ambtelijk product van het Ministerie van Financiën met een overzicht van mogelijke maatregelen om de overheidsfinanciën te verbeteren. Het Ministerie van VWS is niet betrokken bij de opstelling en selectie van de ombuigingslijst. Er is dus geen beoordeling door mijn ministerie geweest of maatregelen verstandig zijn. Een enkel voorbeeld als mogelijke bezuinigingsoptie staat onder punt 38 de Flash glucosemeter. Er wordt echter geen rekening gehouden met de baten voor deze patiëntengroep zoals een geregelder leven, minder (huis)artsbe-

⁴ Kamerstukken II 2024/25, 29 282, nr. 591.

⁵ Kamerstukken I 2024/25, 36 600 XVI, I.

⁶ Kamerstukken I 2024/25, 36 600 XVI, I, p. 3.

⁷ Overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (ova).

⁸ Kamerstukken I 2024/25, 36 600 XVI, G, p. 1.

⁹ Kamerstukken I 2024/25, 36 600 XVI, I, p. 3.

¹⁰ Ministerie van Financiën, Ombuigingslijst 2024, 17 september 2024, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2024/09/17/aanbiedingsbrief-inzake-de-publicatie-ombuigingslijst-2024>

zoeken en beter mee kunnen doen in de samenleving. Ik vind het derhalve niet verstandig om de Flash glucosemeter uit het basispakket te halen. Het is daarom lastig om antwoord te geven op uw vraag welke van de 101 ombuigingen tot de mogelijke alternatieve invulling behoren of welke uitgesloten zijn. Het zou immers zo kunnen zijn dat mijn ministerie een maatregel als onverstandig of onhaalbaar inschat, maar uw beide Kamers er toch voor kiezen. Dan zal ik uw wens moeten volgen. Een alternatieve invulling van de bezuiniging op bij- en nascholing van de medisch specialistische zorg hoeft daarbij niet gekozen te worden uit deze lijst.

2.

Op welke andere uitgavenposten, zoals kindergeneeskunde of onderzoek naar kanker, kan de regering de garantie geven niet te zullen bezuinigen voor de alternatieve invulling?

Antwoord:

Zoals ik u in mijn brief aan Uw Kamer op 7 februari heb laten weten, wil ik de bezuiniging die middels het amendement heeft plaatsgevonden terugdraaien, want ik wil net als de uitspraak van de Kamer in de aangenomen motie Krul c.s. niet bezuinigen op bij- en nascholing van verpleegkundigen. Tevens is in voornoemde brief toegelicht dat het kabinet in de voorjaarsnota een alternatieve invulling zal presenteren. Ik vind het niet verstandig om op voorhand te speculeren over welke posten wel of niet in aanmerking komen als alternatieve invulling. In mijn brief van 31 januari jl. (36 600 XVI, nr. 164) heb ik aangegeven dat de definitieve invulling van de € 165 miljoen zal worden gevonden binnen het domein van de VWS-begroting en dat ik zoek naar een oplossing die de gewenste transitie van de zorg niet belemmert.

3.

De universitair medisch centra hebben het Ministerie van VWS reeds alternatieve dekkingen voor de bezuiniging aangereikt. Kan de regering deze voorstellen delen met de Kamer en een appreciatie van de alternatieve dekkingen geven?

Antwoord:

Ik heb geen brief ontvangen van de umc's met voorstellen voor alternatieve dekking. Ik kan dus ook geen voorstellen met Uw Kamer delen.

4.

De Minister schrijft in de brief van 7 februari 2025 dat over de definitieve invulling zal worden besloten bij de voorjaarsbesluitvorming, als zij het overzicht van meevallers en tegenvallers heeft. Zij suggereert onder andere mogelijke onderuitputting op de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz) te zullen betrekken bij de invulling van de ombuigingstaakstelling. Zonder nu al vooruit te kunnen lopen op de hoe en wat van dergelijke «financiële meevallers», leidt dit voor deze leden tot de volgende vragen:

a.

Betreft het bij onderuitputting niet per definitie incidentele middelen, die dus niet als structureel dekkingsmiddel kunnen dienen?

Antwoord

Nee, onderuitputting is niet per definitie incidenteel. Onderuitputting wordt incidenteel geboekt wanneer de oorzaak ervan ook incidenteel is. Er kan ook sprake zijn van onderliggende trends of ontwikkelingen op basis waarvan kan worden aangenomen dat de onderuitputting zich structureel voordoet. In dat geval wordt de onderuitputting structureel geboekt.

b.

In hoeverre is het, gezien de strenge budgettaire regels voor departementen, mogelijk om meevallers en tegenvallers tegen elkaar weg te strepen? En is het, voor zover dat mogelijk is, gezien de grote nood en tekorten (bijvoorbeeld niet kostendekkende tarieven) in belangrijke delen van de Wlz, niet noodzakelijk om eventuele financiële meevallers gericht in te zetten voor het oplossen van knelpunten die zich legio voordoen in de Wlz?

Antwoord:

Binnen de begrotingsregels mogen departementen op eigen begroting mee- en tegenvallers tegen elkaar wegstrepen. De ontwikkelingen op de Wlz-uitgaven, inclusief eventuele tekorten en andere noden, worden nauwgezet gevolgd door VWS. Financiële meevallers op de Wlz worden alleen in de begroting verwerkt indien VWS dit op basis van de onderliggende ontwikkelingen in de Wlz realistisch en verantwoord acht.

5.

Wat gebeurt er als het alsnog niet lukt om tot een politiek gedragen invulling van de taakstelling van 165 miljoen te komen? Deze leden voorzien een situatie waarin de korting in dat geval blijft staan waar hij staat, wat desastreuze gevolgen voor het ova-convenant en de relatie met het veld heeft. Hoe kan de regering deze leden verzekeren dat dit niet het geval zal zijn? Wat zijn de materiële gevolgen van de technische oplossing van de «placeholder» voor zorgmedewerkers en mensen die zorg nodig hebben, en in het bijzonder voor de lonen van zorgmedewerkers? Kan de regering de garantie geven dat zij niet zal bezuinigen op de ova-middelen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Ja, deze garantie kan ik geven. Zoals in de eerdere brief d.d. 31 januari 2025¹¹ aangegeven, zal er niet getornd worden aan het OVA-convenant. De placeholder is geplaatst op de loon- en prijsbijstelling van het begrotingsgefinancierde deel van de VWS-begroting, waarop budget voor onder meer beleidsplannen, subsidies en opdrachten is opgenomen. De placeholder is nadrukkelijk niet geplaatst op de loon- en prijsontwikkeling in het premiegefinancierde deel van de VWS-begroting (Zvw en Wlz). Daarmee heeft de placeholder, in geval het niet lukt tot een politiek gedragen invulling van de taakstelling van € 165 miljoen te komen, geen invloed op de lonen van zorgmedewerkers.

Vragen en opmerkingen van de leden van de fractie van D66

1.

De Minister schrijft dat de impact van de bezuiniging op de pandemische paraatheid voor 2025 is geminimaliseerd door in 2025 niet met nieuw beleid te starten, maar door te gaan met lopend beleid. Zij geeft verschillende voorbeelden van dit voorgenomen beleid, zoals het aanstellen van coördinatoren pandemische paraatheid bij de GGD en een aantal (onderzoeks)trajecten. Kan de regering een volledig overzicht geven van het voorgenomen beleid voor 2025 dat in het kader van de bezuiniging op pauze is gezet?

Antwoord:

De € 50 miljoen die in 2025 moest worden bezuinigd op pandemische paraatheid, is ingevuld door de risicoreservering en reservering aanvullende post in te leveren (€ 13,8 miljoen). Daarnaast zijn een aantal beleidsvoornemens die in 2025 zouden starten «on hold» gezet.

¹¹ Kamerstuk 36 600 XVI, nr. 163

Voor de beleidsopgave Versterkte publieke gezondheidszorg en infectieziektebestrijding gaat het om € 19,8 miljoen. Dit wordt ingevuld door de volgende intensiveringen niet door te voeren in 2025: (1) het voornemen om coördinatoren pandemische paraatheid bij de GGD'en aan te stellen, wat niet is geëffectueerd en daarom ook niet opgenomen in de SPUK Versterking GGD, (2) nieuwe onderzoeksprogramma's of verlenging van bestaande onderzoeksprogramma's bij ZonMw, en (3) nieuwe impulsen voor innovatie en het verbeteren van de modellering bij het RIVM op het gebied van pandemische paraatheid.

Daarnaast is er € 9 miljoen ingevuld door een tegemoetkoming voor ziekenhuizen om de bestaande landelijke materiële infrastructuur van 1.700 IC bedden in stand te houden niet toe te kennen in 2025. Wel zijn er op basis van het IZA aan het kader medisch-specialistische zorg middelen toegevoegd om partijen structurele financiële ruimte te geven voor de opschaling tot 1.150 IC-bedden. Partijen moeten hier wel samen afspraken over maken. Ik heb daarom Zorginstituut Nederland gevraagd om het proces te begeleiden om hiervoor tot een kwaliteitsstandaard te komen.

Er is 20 miljoen gereserveerd voor het jaar 2025 voor de beschikbaarheid van geneesmiddelen. Uw Kamer is hierover geïnformeerd in de brief over de nota van wijziging op de ontwerpbegroting 2025. Een deel van deze reservering, namelijk 7,4 miljoen, is ingezet ten behoeve de leveringszekerheid van medische producten. Het draagt daarmee bij aan het verbeteren van de beschikbaarheid van geneesmiddelen.

Dit is weergegeven in onderstaande tabel:

Invulling besparing pandemische paraatheid (€ x mln.)	2025
Risicoreserve en reservering aanvullende post	13,8
Beleidsopgave Versterkte publieke gezondheidszorg en infectieziektebestrijding	19,8
Beleidsopgave Zorg: goed voorbereid, flexibel en opschaalbaar	9
Beleidsopgave Leveringszekerheid van medische producten	7,4
Totaal	50

2.

Deze leden zien de bezuiniging op pandemische paraatheid als een schoolvoorbeeld van «penny wise, pound foolish», terwijl mpox en de vogelgriep laten zien dat infectieziekten zich opeens kunnen gaan verspreiden. Dit laat zien dat de kans op het ontstaan van een nieuwe pandemie reëel is. De Minister schrijft dat er voor deze bezuiniging niet is berekend of deze leidt tot meer kosten in de curatieve zorg. Kan de regering deze berekening alsnog maken en zo inzicht verschaffen in de gevolgen van deze bezuiniging? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Ik deel uw zorgen over het ontstaan van een nieuwe pandemie. De regering kan niet berekenen hoe hoog de kosten voor de curatieve zorg bij een volgende pandemie zullen zijn. Dat hangt namelijk af van hoe de volgende pandemie verloopt. We kunnen er wel van uitgaan dat een nieuwe pandemie hoge kosten voor de zorg en samenleving met zich meebrengt. Daarom wordt bij de voorjaarsbesluitvorming naar middelen gezocht voor de voortzetting van de maatregelen die Nederland zowel meer pandemisch paraat moeten maken, zodat we de impact van een volgende pandemie kunnen verminderen, als ons moet voorbereiden in de bredere context van weerbaarheid. Ik vind het namelijk belangrijk dat Nederland weerbaar is tegen alle typen crises, denk aan pandemieën maar ook aan conflicten en natuurrampen. Zoals ik eerder heb aange-

geven ben ik op zoek naar middelen voor de voortzetting van de maatregelen ter versterking van de weerbaarheid van de Nederlandse zorg. Hierover hoop ik medio 2025 meer duidelijkheid te hebben.

3.

In het Integraal Zorgakkoord is afgesproken dat er 1.150 ic-bedden beschikbaar moeten zijn. Klopt het dat er op dit moment ongeveer 850 ic-beden beschikbaar zijn? Waarom wordt de afgesproken opschaling niet gerealiseerd? Wat zijn de gevolgen van de voorgenomen bezuiniging op pandemische paraatheid op de beschikbaarheid van ic-bedden? Hoe wil de regering deze ambitie alsnog realiseren?

Antwoord:

De Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) heeft eind 2024 aangegeven, op basis van eigen verkennend onderzoek, dat de beschikbaarheid is gedaald naar 850 Intensive Care (IC)-bedden.

Het is belangrijk dat patiënten kunnen rekenen op goede IC Zorg. Ook als er sprake is van een tijdelijk verhoogde zorgvraag, bijvoorbeeld tijdens een pandemie. De beschikbaarheid van een IC bed gaat enerzijds over bedden en de juiste apparatuur, de materiële infrastructuur. Tijdens de COVID-19-Pandemie is een landelijke materiële infrastructuur van 1.700 IC-bedden opgebouwd. Het bedrag vanuit de middelen voor het programma pandemische paraatheid was bedoeld om ziekenhuizen tegemoet te komen om deze infrastructuur in stand te houden. Het gaat hier om kosten van opslag en onderhoud voor bedden en apparatuur die ziekenhuizen vanuit de subsidieregeling IC-opschaling hebben kunnen aanschaffen, maar post-COVID niet in gebruik zijn. Met de bezuiniging op het programma pandemische paraatheid komen deze extra middelen voor opslag en onderhoud te vervallen. Deze bezuiniging heeft geen invloed op het reguliere aantal IC bedden.

Naast voldoende materiële capaciteit, zet dit kabinet ook in op voldoende personeel en de juiste organisatie van de IC-zorg. Op basis van het IZA zijn aan het kader medisch-specialistische zorg middelen toegevoegd om partijen structurele financiële ruimte te geven voor de opschaling tot 1.150 IC-bedden. Partijen moeten hier wel samen afspraken over maken, waarbij ook de beschikbaarheid van personeel een rol speelt. Dit is tot nu toe niet gelukt. De Minister heeft daarom het Zorginstituut gevraagd om op korte termijn een begeleidende rol te pakken. Het Zorginstituut heeft toegezegd een plan van aanpak op te stellen om samen met alle betrokken veldpartijen toekomstbestendige, tripartiete afspraken te maken ten aanzien van een flexibele organisatie van de IC zorg.

4.

De Minister verwacht dat de overheveling van SPUK-middelen¹² naar het Gemeentefonds gepaard gaat met een vermindering van de administratieve lasten van gemeenten van 10 procent. Kan de regering onderbouwen, zowel inhoudelijk als financieel, waarom de overheveling van de SPUK-middelen naar het Gemeentefonds tot een besparing zou leiden? Welke administratieve handelingen verdwijnen er met de overheveling, welke handelingen komen erbij, en welke kosten zijn aan deze handelingen verbonden?

Antwoord:

In het Hoofdlijnenakkoord is besloten om specifieke uitkeringen over te hevelen naar het Gemeente- en het Provinciefonds en daarbij een budgetkorting van 10 procent te hanteren, dit is een ombuiging. Een deel

¹² Specifieke uitkering (SPUK).

van deze ombuiging kan worden ingevuld doordat de overheveling van specifieke uitkeringen leidt tot de ontschotting van middelen bij medeoverheden. Daarnaast is er een besparing van de verantwoordingslasten en de controlekosten van de accountant. De mate waarin de vrije inzetbaarheid van financiële middelen bijdraagt aan een vergroting van de doelmatigheid, zal van specifieke uitkering tot specifieke uitkering verschillen en valt vooraf niet in te schatten. Dat geldt ook voor de verlaging van de verantwoordings- en controle kosten. Dat maakt algemene uitspraken lastig.

Door specifieke uitkeringen over te hevelen naar het gemeente- of provinciefonds via een decentralisatie-uitkering (DU), hoeven de gemeenten en provincies zich over die middelen niet meer te verantwoorden richting het Rijk. Hierdoor vervallen die verantwoordingslasten en controlekosten. Er komen voor gemeenten en provincies geen handelingen bij als een gevolg van de omzetting.

Vragen en opmerkingen van de leden van de fractie van Volt

1.

In de brief van de Minister van VWS van 7 februari 2025 geeft zij aan dat er nog een afweging wordt gemaakt over hoe de taakstelling van 165 miljoen euro exact ingevuld kan worden, afhankelijk van de meevallers en tegenvallers. De leden van de Volt-fractie vragen hoe het Ministerie van VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) zouden reageren als een zorgaanbieder een tekort in zijn begroting heeft voor het lopende jaar. Hoe zouden de toezichthouders (NZa, IGJ, etc.) volgens de geldende wet- en regelgeving moeten handelen in het kader van goed bestuur in de zorg?

Antwoord:

Samen met de Staatssecretarissen heb ik in oktober de begroting VWS behandeld in de Tweede Kamer. In de laatste week voor het kersreces nam de Tweede Kamer het amendement Bontenbal c.s. (36 600 VIII, nr. 141) aan waarmee er 330 miljoen euro extra bezuiniging werd toegevoegd aan de begroting VWS. Met de motie Krul c.s. werd verzocht een alternatieve invulling te vinden voor de bezuiniging van 165 miljoen op de subsidie bij- en nascholing medisch specialistische zorg. Die motie voer ik uit.

Verder in antwoord op uw vraag. Zorgaanbieders zijn zelf verantwoordelijk voor hun financiële bedrijfsvoering en in zo'n geval zal de zorgaanbieder het tekort in de begroting dus ook zelf moeten oplossen. Overigens hoeft een tekort in de begroting niet direct te betekenen dat er sprake is van een probleem of dreigend faillissement. Er kan sprake zijn van een incidentele situatie, en de zorgaanbieder kan gedurende het jaar bijsturen en/of kan financieel in staat zijn het tekort op te vangen.

Mocht er echter wel sprake zijn van dreigende discontinuïteit van zorg, dan zijn de rollen van VWS, de NZa en IGJ vastgelegd in het continuïteitsbeleid. Deze is ook aan de Tweede Kamer gemeld¹³. Daarin is bepaald dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars/zorgkantoren in de eerste plaats de verantwoordelijkheid hebben om de problemen die mogelijk leiden tot discontinuïteit van zorg op te lossen. De zorgverzekeraar/zorgkantoor heeft hierbij een zorgplicht in de richting van de verzekerden om te zorgen voor goede en passende zorg en continuïteit van zorg. De NZa en de IGJ houden daarbij toezicht op de situatie vanuit het oogpunt van deze zorgplicht en de kwaliteit van zorg. Het beleid is daarbij gericht op

¹³ Kamerstukken 32 620, nr. 235

continuïteit van zorg (en niet op continuïteit van een zorgaanbieder) én het voorkomen van een ongecontroleerd faillissement.

2.

De leden van de Volt-fractie hebben bij hun inbreng in het eerste verslag bij de Begrotingsstaten van het Ministerie van VWS voor het jaar 2025 expliciet gevraagd (vraag 40) wat er wordt gedaan om te voorkomen dat mannen vrouwen ongewenst zwanger maken. Hierop is geen antwoord gekomen. De regering geeft aan dat er jaarlijks structureel 6 miljoen euro beschikbaar is voor het tegengaan van de gevolgen van mis- en desinformatie over vruchtbaarheid, (hormonale) anticonceptie en onbedoelde zwangerschap. Hoeveel van deze 6 miljoen euro is specifiek gericht op voorlichting aan mannen over hun rol en verantwoordelijkheid bij het voorkomen van ongewenste zwangerschappen?

Antwoord:

Een onderscheid in welk deel van de beschikbare € 6 mln. voor de Aanpak onbedoelde en ongewenste zwangerschap specifiek voor mannen beschikbaar is, valt niet te maken. De meeste activiteiten binnen deze aanpak zijn namelijk bedoeld voor iedereen, ongeacht het geslacht. Zo richten campagnes over veilig vrijen of voorlichting op school zich op iedereen. En binnen anticonceptiecounseling in de abortuskliniek wordt de mannelijke partner indien mogelijk en gewenst betrokken. Dit blijft binnen het vervolg op de aanpak per 2026 onveranderd.

3.

In de podcast Bezopen van NPO Radio 1 en Omroep MAX¹⁴ wordt aangegeven dat als gevolg van alcoholgebruik de seksuele remming afneemt. Kan de regering aangeven hoeveel van de ongewenste zwangerschappen een gevolg zijn van alcoholgebruik?

Antwoord:

Alcohol gebruik in relatie tot een ongewenste zwangerschap wordt niet geregistreerd. We hebben hierop dan ook geen zicht.

4.

Vanaf 2026 zal de regering bezuinigen op het Trimbos-instituut en andere organisaties die zich bezighouden met mentale gezondheid en middelenpreventie. Hierdoor zal het Trimbos-instituut een groot deel van zijn personeel moeten ontslaan en minder taken kunnen uitvoeren. Hoe rijmt de regering dit met het streven naar het voorkomen van middelenmisbruik en de afspraken in het preventieakkoord?

Antwoord:

Het klopt dat de incidentele middelen die het vorige kabinet voor leefstijlpreventie heeft vrijgemaakt niet worden voortgezet. Daarnaast is in het Hoofdlijnenakkoord een taakstelling op subsidies opgenomen die Rijksbreed optelt tot € 1 miljard structureel. Hier vallen ook subsidies op het terrein van leefstijlpreventie onder. Dit laat onverlet dat de Staatssecretaris van JPS zich richt op een gezonde generatie in 2040. Daarbij wordt ingezet op maatregelen die minder beslag leggen op de middelen die beschikbaar zijn voor leefstijlpreventie. Ook wordt de laatste hand gelegd aan het actieplan tegen vaperen, in het kader waarvan middelen zijn vrijgemaakt om de handhaving door de NVWA structureel met 3 miljoen euro extra te versterken.

¹⁴ Max-podcast *Bezopen*, NPO Radio1, van <https://www.nporadio1.nl/podcasts/bezopen>

5.

Vorige week sloeg de World Health Organization (WHO) alarm over de alcoholinname in Europa.¹⁵ Ze adviseren verplichte labels in te voeren die waarschuwen voor het risico op kanker. Hoe kijkt de regering naar dergelijke maatregelen, ook met het oog op het preventieakkoord en de bewezen effectiviteit van de maatregel bij rookwaren en tabak?

Antwoord:

De Staatssecretaris van Jeugd, Preventie en Sport heeft het artikel en rapport van de WHO over alcohol etikettering met interesse gelezen. Het toevoegen van voedingsinformatie en een waarschuwing voor het risico van kanker op etiketten van alcoholhoudende dranken kan inderdaad helpen om de bewustwording over de schadelijke gevolgen van alcohol te versterken. Ook in relatie tot het ontwikkelen van overgewicht is het opnemen van voedingsinformatie van belang zodat mensen een goed geïnformeerde keuze maken. Deze maatregel kan vanuit juridisch oogpunt het beste op Europees niveau geregeld worden. De maatregel maakt ook onderdeel uit van het Beating Cancer Plan van de EU. Wanneer dit verder is uitgewerkt zullen de mogelijkheden van Nederland in kaart worden gebracht. Het plaatsen van afschrikwekkende foto's op alcohol etiketten, zoals bij tabaksproducten, wordt op dit moment als disproportioneel beschouwd.

6.

Uit de podcast Bezopen blijkt ook dat er tegenwoordig meer reclame is voor alcohol dan ooit tevoren. Het Trimbos-instituut geeft aan dat jongeren eerder beginnen met drinken en meer drinken door alcoholreclame.¹⁶ Wat gaat de regering doen, ook in het kader van het preventieakkoord, om alcoholreclame te verminderen of te verbieden?

Antwoord:

In het kader van het Nationaal Preventieakkoord is de Reclamecode voor Alcoholhoudende Dranken aangescherpt (met onder andere regels voor influencers) en zijn de reclameborden voor alcoholhoudend bier in de amateursport vervangen door alcoholvrij bier. De Staatssecretaris van Jeugd, Preventie en Sport heeft in zijn brief van 21 oktober 2024 conform een motie van de Tweede Kamer geïnventariseerd op welke manier alcoholmarketing verder beperkt of gereguleerd kan worden. Het past in het streven van de Staatssecretaris naar een gezonde generatie in 2040 om jongeren te beschermen tegen alcoholmarketing en ervoor te zorgen dat jongeren onder de 18 niet drinken. Deze inzichten worden meegenomen in de samenhangende effectieve preventiestrategie van de Staatssecretaris.

7.

De Richtlijn Audiovisuele Mediadiensten stelt regels voor alcoholreclame.¹⁷ Deze richtlijn, samen met de Reclamecode voor Alcoholhoudende Dranken, de Mediawet en het Reclamebesluit in de Drank- en Horecawet, bepaalt in Nederland wat er wel en niet is toegestaan op het gebied van alcoholreclame. Desondanks blijkt dat er op sociale media een wildgroei is aan (in)directe reclame voor alcoholische dranken, gericht op

¹⁵ UNRIC, Kopenhagen, 14 februari 2025, *WHO: Alcohol labels should warn of cancer risk*, van <https://unric.org/it/who-alcohol-labels-should-warn-of-cancer-risk/>

¹⁶ Trimbos-instituut, Expertisecentrum Alcohol, *Gevolgen van alcoholreclame voor alcoholgebruik*, van <https://www.trimbos.nl/kennis/alcohol/alcoholreclame-en-alcohol-in-de-media/gevolgen-van-alcoholreclame-voor-alcoholgebruik/>

¹⁷ Richtlijn 2010/13/EU van het Europees Parlement en de Raad van 10 maart 2010 betreffende de coördinatie van bepaalde bepalingen die zijn vastgesteld bij wet of bestuursrechtelijke beschikking in de lidstaten inzake de uitoefening van audiovisuele mediadiensten (PB L 95 van 15.4.2010, p. 1).

kinderen en jongvolwassenen. Wat gaat de regering doen om dit aan te pakken? En hoe verhoudt dit zich tot het preventieakkoord en de bezuinigingen op preventie vanaf 2026?

Antwoord:

Uit de Monitor Kidsmarketing 2023 van Panteia bleek dat de hoeveelheid reclame die zich specifiek richt op jongeren voor alcoholhoudende en alcoholvrije dranken weliswaar zeer beperkt is, maar dat de onderzoekers aangeven dat de kans aanzienlijk is dat jongeren toch met een vorm van alcoholreclame in aanraking komen. Veel reclames zijn gericht op een breed publiek en kunnen dus ook jongeren bereiken. Bovendien weten we dat veel minderjarige jongeren een 18 plus account op sociale media hebben. In de Reclamecode voor Alcoholhoudende Dranken zijn sinds april 2024 regels opgenomen voor het gebruik van influencers op sociale media. Posts van influencers over alcohol mogen niet terecht komen bij jongeren onder de 18 jaar, influencers zijn verplicht om NIX 18 te gebruiken en influencers mogen niet jonger zijn of lijken dan 25 jaar. Producenten kopen daarnaast geen reclame in op profielen van jongeren onder de 18 jaar. Vanwege het grensoverschrijdende karakter van sociale media is het echter moeilijk om te voorkomen dat alcoholmarketing jongeren bereikt. De Staatssecretaris van Jeugd, Preventie en Sport blijft monitoren of kinderen niet bereikt worden door alcoholreclame en in hoeverre de nieuwe regels in de zelfreguleringscode effectief zijn. Dat past in het streven van de Staatssecretaris naar een gezonde generatie in 2040 en de samenhangende effectieve preventiestrategie die hij daartoe ontwikkelt.

8.

In de podcast Bezopen wordt gesteld dat een derde van de mensen die jaarlijks op de Spoedeisende Hulp (SEH) terecht komt, daar belandt vanwege alcoholvergiftiging of letsel waarbij alcohol een rol speelde. Het Trimbos-instituut stelt op zijn website dat in 2022 5.100 Nederlanders op een SEH-afdeling zijn behandeld vanwege een alcoholvergiftiging en 23.900 patiënten vanwege een ongeval of geweldsincident waarbij alcohol betrokken was.¹⁸ Is de regering het met de leden van de Volt-fractie eens dat minder alcoholconsumptie de zorgkosten kan verlagen? En dat een daling van het aantal alcoholgerelateerde SEH-opnames de druk op het zorgpersoneel kan verlichten?

Antwoord:

Ja. De schade door problematisch alcoholgebruik bestaat uit schade voor de persoon die alcohol gebruikt (de drinker) en de schade die de drinker bij anderen veroorzaakt¹⁹. Denk hierbij aan lichamelijke en mentale schade van de drinker, maar ook aan (on)bedoeld letsel van anderen, door bijvoorbeeld geweld of een verkeersongeluk²⁰. Problematisch alcoholgebruik verhoogt de zorgkosten, door de behandeling van ziektes en letsel die door alcoholgebruik worden veroorzaakt. Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld leverziekten, kanker, alcoholverslaving, intoxicatie en lichamelijke en mentale schade door ongevallen²¹. De druk op het zorgpersoneel wordt dus niet alleen op de SEH verlaagd.

¹⁸ Trimbos-instituut, Expertisecentrum Alcohol, Cijfers hulpvraag en incidenten, van <https://www.trimbos.nl/kennis/alcohol/alcohol-in-cijfers/cijfers-hulpvraag-en-incidenten/>

¹⁹ WHO (2014). Global status report on alcohol and health. Geraadpleegd van <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>.

²⁰ WHO (2018). Global status report on alcohol and health. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>

²¹ Lemmers, L. & Greeff, J. de (2018). Gezondheidsbevordering en leefstijl, een praktische inleiding. Amsterdam: Boom uitgeverij.

Aan deze vormen van schade zijn kosten verbonden. De maatschappelijke kosten van problematisch alcoholgebruik liggen jaarlijks minstens tussen de 2,3 en 4,2 miljard euro²². Specifiek voor zorgkosten geeft het MKBA aan dat alcoholgebruik in verband gebracht met 400 tot 450 miljoen aan extra zorgkosten. Naast zorgkosten zorgt alcohol onder meer ook voor kosten op het gebied van onderwijs (studievertraging, vroegtijdig schoolverlaten), politie en justitie (politieoptreden en gevangenisstelsel), overheid (gezondheidsvoorlichting, beleidsvorming, handhaving) meegenomen.

9.

Naast de patiënten die door alcoholgebruik op de SEH belanden, veroorzaakt alcohol ook veel andere ziekten, zoals verschillende vormen van kanker. In 2019 heeft het RIVM een maatschappelijke kosten-batenanalyse uitgevoerd van beleidsmaatregelen om alcoholgebruik in Nederland te verminderen.²³ Het RIVM stelde destijds dat de maatschappelijke kosten van alcoholgebruik jaarlijks tussen de 2,3 en 4,2 miljard euro bedragen. Welke van de destijds voorgestelde maatregelen zijn door de overheid sinds 2019 uitgevoerd en welke niet? Wat gaat de regering doen om de maatschappelijke kosten van alcoholgebruik te verlagen? Is de regering het met deze leden eens dat minder alcoholconsumptie leidt tot minder zorggebruik en daarmee lagere zorgkosten?

Antwoord:

In de maatschappelijke kosten-batenanalyse van het RIVM is het effect van het verhogen van de accijns, een volledig reclameverbod en het beperken van het aantal verkooppunten op het alcoholgebruik doorgerekend. Op de zogeheten «best buys» voor alcoholpreventie zijn vervolgens maatregelen genomen. Bij het nemen van de maatregelen is rekening gehouden met (politieke) draagvlak. Voor de specifieke maatregelen uit de analyse van het RIVM was onvoldoende draagvlak.

In 2021 is de Alcoholwet gewijzigd en zijn kortingsacties van meer dan 25% verboden, er zijn regels gesteld voor online verkoop en is wederverstrekking aan minderjarigen strafbaar gesteld. In 2024 is ook de accijns op alcoholhoudende drank met 8,4% verhoogd. Verder is op basis van afspraken uit het Nationaal preventieakkoord de Reclamecode voor Alcoholhoudende Dranken aangescherpt (oa met regels voor influencers) en zijn de reclameborden voor alcoholhoudend bier in de amateursport vervangen door alcoholvrij bier.

De regering spant zich in tegen problematisch alcoholgebruik. Om mensen bewust te maken van de schadelijke gevolgen van problematisch alcoholgebruik worden voorlichtingscampagnes ingezet zoals NIX18, de Bob-campagne, Dry January en Proost op je Gezondheid. En er wordt ingezet op vroegsignalering van alcoholproblematiek via de eerste- en tweedelijnszorg. Daarnaast zijn er beperkingen gesteld in de Alcoholwet, zoals een leeftijdsgrens van 18 jaar, regels voor online verkoop en een maximaal kortingspercentage van 25% dat supermarkten, slijterijen en webwinkels mogen geven op alcoholische dranken. Ook is de accijns op alcoholhoudende drank in 2024 verhoogd. Daarnaast mogen er overdag geen alcoholreclames op televisie en radio worden uitgezonden en zijn er

²² De Wit, G. A., Van Gils, P. F., Over, E. A. B., Suijkerbuijk, A. W. M., Lokkerbol, J., Smit, F. & de Kinderen, R. J. A. (2019). Maatschappelijke kosten-batenanalyse van beleidsmaatregelen om alcoholgebruik te verminderen. Geraadpleegd van <https://rivm.openrepository.com/handle/10029/622375>. Cijfers gebaseerd op het prijspeil van 2013.

²³ RIVM, 2018, *Maatschappelijke kosten-batenanalyse van beleidsmaatregelen om alcoholgebruik te verminderen*, van <https://www.rivm.nl/publicaties/maatschappelijke-kosten-batenanalyse-van-beleidsmaatregelen-om-alcoholgebruik-te>

eisen gesteld aan de inhoud van reclames via de Reclamecode voor Alcoholhoudende Dranken. Verder zet de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport in op een samenhangende effectieve preventiestrategie waarin het beleid tegen problematisch alcoholgebruik verder wordt uitgewerkt.

Problematisch alcoholgebruik verhoogt de zorgkosten, door de behandeling van ziektes en letsel die door problematisch alcoholgebruik worden veroorzaakt. Denk aan: leverziekten, kanker, alcoholverslaving, intoxicatie en lichamelijke en mentale schade door ongevallen²⁴. De druk op het zorgpersoneel wordt dus niet alleen op de SEH verlaagd. Naast zorgkosten zorgt alcohol ook voor kosten op het gebied van onderwijs (studievertraging, vroegtijdig schoolverlaten), politie en justitie (politieoptreden en gevangenisstelsel), overheid (gezondheidsvoorlichting, beleidsvorming, handhaving) meegenomen. Ook zorgt minder problematisch alcoholgebruik voor een hogere arbeidsproductiviteit, aangezien een belangrijk deel van de maatschappelijke kosten verzuimkosten zijn. Zo kost problematisch alcoholgebruik werkgevers tussen de 1,3 en 1,6 miljard euro per jaar.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M-F. Agema

De Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg,
V. Maeijer

De Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport,
V.P.G. Karremans

²⁴ Lemmers, L. & Greeff, J. de (2018). Gezondheidsbevordering en leefstijl, een praktische inleiding. Amsterdam: Boom uitgeverij.