

Vergaderjaar 2016–2017

34 730 XVI

Wijziging van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2017 (wijziging samenhangende met de Voorjaarsnota)

Nr. 3

VERSLAG HOUDENDE EEN LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 23 juni 2017

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 14 juni 2017 voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bij brief van 22 juni 2017 zijn ze door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beantwoord.

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

Vraag 1

Wat is het huidige percentage mensen dat zorg mijdt?

Antwoord 1:

De meest recente gegevens – gebaseerd op onder andere objectieve data, zoals zorgregistraties en declaratiecijfers – staan in het onderzoek van het Nivel naar de omvang en aard van zorgmijding. Ik heb dit onderzoek met mijn reactie daarop, bij brief van 28 oktober 2015 (TK 29 689, nr. 664) aan de Kamer aangeboden.

Vraag 2

Kunt u toelichten wat de budgettaire besparingen zijn van actieprogramma's en pilots in het kader van Zinnige Zorg?

Antwoord 2:

Op 7 april jl. heb ik u het Overzicht financiële effect rapporten Zorginstituut verslagjaar 2016 toegestuurd (TK 29 689, nr. 817). Dit is een overzicht van de door het Zorginstituut geraamde financiële effecten van alle rapporten die het Zorginstituut in 2016 heeft uitgebracht. Ook in 2015 is een dergelijk overzicht uitgebracht. De geraamde effecten van de rapporten die in het kader van Zinnige Zorg zijn uitgebracht zijn hierin meegenomen.

Vraag 3

Kunt u toelichten of de Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT) overal gelijk toegankelijk is voor zwangere vrouwen?

Antwoord 3:

Binnen de prenatale screening staan de geïnformeerde keuze, de vrijheid van informatie over de gezondheid van het kind en het recht op niet-weten centraal. De toegankelijkheid van de Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT) wordt op verschillende manieren gewaarborgd. De NIPT is beschikbaar binnen het landelijke implementatieonderzoek TRIDENT-2. Het onderzoek is ingebed in de keten van prenatale screening en de NIPT is hiermee in heel Nederland toegankelijk. Zwangere vrouwen die deel willen nemen aan het onderzoek en kiezen voor de NIPT krijgen daarover informatie van hun verloskundig zorgverlener. Naast keuze voor de NIPT blijft het mogelijk te kiezen voor de combinatie-test. Met het oog op de financiële toegankelijkheid tot en binnen de prenatale screening is besloten om de NIPT voor een vergelijkbare prijs als de combinatie-test beschikbaar te maken voor de zwangere. Dit wordt bereikt door middel van de Subsidieregeling NIPT. De zwangere betaalt voor de NIPT ongeveer hetzelfde als voor de combinatie-test. Daarnaast is het van groot belang dat de afstand die de zwangere moet afleggen naar een bloedafnamelocatie voor de test aanvaardbaar is om de toegankelijkheid tot de test te kunnen waarborgen. Momenteel zijn er al meer dan 160 locaties in het land waar bloed afgenomen kan worden. Er is hierbij een zorgvuldige afweging gemaakt tussen de kwaliteit en de kosten van de NIPT en anderzijds de toegankelijkheid voor zwangere vrouwen. Voortdurend vindt optimalisatie plaats.

Vraag 4

Kunt u een stand van zaken geven inzake de samenwerking tussen de stichtingen HartveiligWonen en HartslagNu.nl en de inzet van de stimuleringsubsidie? Zijn de partijen reeds tot een samenwerkingsovereenkomst gekomen?

Antwoord 4:

Partijen hebben een gezamenlijke intentieovereenkomst opgesteld waarin zij de overeengekomen doelstellingen formuleren.

Doel is te komen tot een landelijke implementatie en instandhouding van uniforme alarmering en inzet van burgerhulpverlening met reanimatie en AED-inzet. Deze inzet gebeurt vanuit een landelijke database. Ik verwacht de definitieve subsidieaanvraag voor 1 juli.

Vraag 5

In de begroting valt te lezen dat geld geboekt is voor Onco Research. Klopt het dat de betrokken fondsen dit jaar hierover overeenstemming moeten bereiken? Kunt u toelichten waarom er vooralsnog geen overeenstemming is bereikt en een tijdsindicatie geven van wanneer dit jaar u verwacht dat overeenstemming bereikt zal zijn?

Antwoord 5:

Het is de bedoeling dat in september de operationele fase van Onco Research begint. De voorbereidende organisatie heet Onco Research. De financierende partijen zijn VWS, EZ, OCW en KWF. Het wachten is nog op het definitieve strategische plan van Onco Research, waar nu de laatste hand wordt gelegd. Daarna zullen de financierende partijen overeenkomsten sluiten. Financierende partijen hadden diverse redenen waardoor overeenstemming niet eerder bereikt werd. Vanuit VWS was het belangrijk dat investering van publieke middelen in Onco Research niet leidt tot onbetaalbare kankergeneesmiddelen waarvan bovendien de opbrengsten eenzijdig terecht komen bij de industrie. Het strategische plan moet daar voldoende vertrouwen voor bieden. Daaraan lijkt nu te zullen worden voldaan.

Vraag 6

Kunt u toelichten wat de budgettaire effecten zijn van het uitvoeren van de visie geneesmiddelen?

Antwoord 6:

Voor de uitvoering van de visie is € 3,2 miljoen per jaar extra beschikbaar gesteld voor o.a. uitbreiding bureau prijsarrangementen en het opzetten van de horizonscan+. Daarnaast is er geld gereserveerd voor o.a. alternatieve businessmodellen (oplopend naar € 2 miljoen per jaar), het versterken van de inkoopkracht van ziekenhuizen en zorgverzekeraars (circa € 2 miljoen voor de komende vier jaar) en gepast gebruik van geneesmiddelen als het gaat om het faciliteren van diagnostische ontwikkeling (€ 10 miljoen in totaal). Zie hiervoor ook de Kamerbrief over de visie op geneesmiddelen van 29 januari 2016 (TK 29 477, nr. 358).

Met betrekking tot de budgettaire effecten binnen het Budgettair Kader Zorg dempen verschillende maatregelen binnen de visie de groei van de uitgaven aan dure geneesmiddelen op korte en/of lange termijn. Denk bijvoorbeeld aan het sluiten van prijsarrangementen, betere inkoop door ziekenhuizen en zorgverzekeraars en (op langere termijn) alternatieve businessmodellen.

Het kwantificeren van de effecten van de verschillende maatregelen is niet goed mogelijk; er zijn meerdere factoren die invloed hebben op de uitgaven zoals het uit octrooi lopen van geneesmiddelen, (internationale) prijsontwikkelingen en introductie van nieuwe (concurrerende) geneesmiddelen. De dure intramurale geneesmiddelen vormen een integraal onderdeel van het kader Medisch-Specialistische Zorg en de afspraken hierover. De NZa rapporteert in de halfjaarlijkse monitor met betrekking tot de dure intramurale geneesmiddelen over de budgettaire stand van zaken (deze monitor wordt ook naar de Tweede Kamer toegezonden). Zoals toegezegd in de voortgangsbrief financiële arrangementen 2016 (TK 29 477, nr. 386) zal ik u apart informeren over de financiële uitkomsten van de prijsarrangementen.

Vraag 7

Kunt u toelichten welke maatregelen binnen de visie geneesmiddelen reeds zijn uitgevoerd?

Antwoord 7:

De maatregelen in de geneesmiddelenvisie zijn grofweg in te delen in drie pijlers: een duurzame verandering in de farmaceutische sector, het aanpakken van ongewenst hoge prijzen, en het gepast gebruik van geneesmiddelen. In de brief «voortgang visie op geneesmiddelen: nieuwe geneesmiddelen snel bij de patiënt tegen aanvaardbare kosten» (TK 29 477, nr. 397) van 7 november 2016 heb ik u een uitgebreid overzicht van de stand van zaken van de «ontwikkelagenda visie geneesmiddelen» gegeven. In aanvulling daarop heb ik u in de brief «Actieplan gepast gebruik van geneesmiddelen» (TK 29 477, nr. 405) van 22 december 2016 aangegeven dat ik de komende jaren sterk inzet op het gepast gebruik van geneesmiddelen en hoe ik dat ga doen.

Inmiddels zijn op alle drie de pijlers verdere stappen gezet. Het voert te ver om hier een compleet overzicht van de stand van zaken te noemen. Wel wil ik hier kort enkele acties en resultaten noemen van het afgelopen halfjaar. Dat zijn bijvoorbeeld de stappen die gezet zijn bij de doorontwikkeling van de horizonscan dure geneesmiddelen en het structureel beleggen van deze doorontwikkeling en het beheer bij het Zorginstituut; het aanstellen van een kwartiermaker voor het Platform Inkoopkracht Dure Geneesmiddelen; en mijn opdracht aan ZonMw om te starten met het onderzoeksprogramma Ontwikkeling Voorspellende Diagnostiek. Ook internationaal zijn stappen gezet. Zo zijn inmiddels in Beneluxa verband diverse gezamenlijke pakketbeoordelingen uitgevoerd en lopen er pilots voor gezamenlijke prijsonderhandelingen; laat de Europese Commissie naar aanleiding van het Nederlands voorzitterschap een analyse van de effecten van het huidige patentsysteem voor geneesmiddelen uitvoeren; heeft Nederland recent in samenwerking met de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) het Fair Pricing Forum in Amsterdam georganiseerd over de houdbaarheid van het huidige farmaceutisch systeem; en hebben wij een model voor Europese horizonscanning opgezet, met als doel om vanaf 2018 met zo veel mogelijk landen gegevens te verzamelen die betere besluitvorming rond prijzen en inzet van geneesmiddelen mogelijk maken.

Later dit jaar kunt u een volgende voortgangsbrief over de geneesmiddelenvisie verwachten, waarin in meer detail zal worden ingegaan op de voortgang op deze en andere acties en maatregelen uit de geneesmiddelenvisie.

Vraag 8

Op welke wijze worden de middelen ingezet om de medicatieveiligheid structureel te verbeteren door het verbeteren van de ICT? Welke projecten lopen binnen de zorg om de ICT ten behoeve van medicatieveiligheid te verbeteren?

Antwoord 8:

Het programma Informatiestandaard Medicatieproces – dat wordt uitgevoerd door Nictiz – heeft betrekking op het verbeteren van de ICT ten behoeve van medicatieveiligheid. De Informatiestandaard Medicatieproces maakt eenduidige digitale registratie en uitwisseling van medicatiegegevens mogelijk tussen systemen van verschillende zorgverleners onderling. Naar verwachting is de informatiestandaard eind 2017 beschikbaar voor brede implementatie. Aan Nictiz is een subsidie verleend van € 0,4 miljoen in 2017.

De Programma's MedMij en het Versnellingsprogramma Informatieuitwisseling patiënt en professional (VIPP Programma) van het Informatieberaad

dragen eveneens bij aan het verbeteren van de ICT ten behoeve van de medicatieveiligheid.

Vraag 9

Hoeveel mensen vallen onder de regeling voor vergoeding van zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen?

Antwoord 9:

Precieze cijfers over de omvang van de groep mensen die onder deze regeling valt zijn onbekend. Er zijn nauwelijks persoonsgegevens van de behandelde patiënt bekend (alleen initialen en geboortejaar), hierdoor kan niet exact worden vastgesteld hoe groot de groep is. Wel kan een indicatie verkregen worden. Als door een zorgverlener zorg is geleverd aan een patiënt met dezelfde initialen, geslacht, geboortejaar en nationaliteit dan – zo veronderstelt het CAK – zal dat dezelfde patiënt zijn geweest. Uitgaande van die veronderstelling waren er in 2016 circa 21.600 patiënten.

De cijfers over de Regeling Financiering Zorg Onverzekerbare vreemdelingen worden jaarlijks gepresenteerd in de verzekerdenmonitor. De monitor over 2015 is op 11 oktober 2016 (TK 33 077, nr. 16) aan uw Kamer verzonden.

Vraag 10

Waarvoor wordt de € 21 miljoen ingezet die in 2017 vrijvalt in het kader van de invoering van het wetsvoorstel Wet verbetering wanbetalers?

Antwoord 10:

De vrijval op de raming voor de uitvoeringskosten is ingezet ter dekking van budgettaire knelpunten elders op de VWS-begroting.

Vraag 11

Herinnert u zich de aangenomen motie 34 550 XVI-66, waarin de regering verzocht wordt om bij de Voorjaarsnota 2017 duidelijkheid te bieden over de financiering van Fiom en Siriz in de jaren 2018 en verder? Waarom heeft u deze duidelijkheid nog niet geboden?

Antwoord 11:

Ja, ik herinner mij deze motie. Eerder heb ik uw Kamer per brief van november 2016 (TK 32 279, nr. 99) geïnformeerd dat ik bereid ben om de middelen vanuit de impuls ook na 2017 beschikbaar te houden als dit van inhoudelijke meerwaarde is en passend bij de rol van VWS.

Onlangs heb ik uw kamer per brief laten weten dat ik de betrokken veldpartijen, waaronder Fiom, Siriz en Rutgers, uitgenodigd heb met een voorstel te komen hoe de impuls gelden het best besteed kunnen worden. Bij deze brief is hun gezamenlijke notitie toegevoegd. Nog deze maand ga ik op basis van de notitie met de veldpartijen opnieuw in gesprek om te concretiseren en prioriteren. Dit zal vervolgens de gewenste helderheid verschaffen over de inzet van de middelen in het veld, waaronder bij Fiom en Siriz.

Vraag 12

Bent u bereid, ter uitvoering van de motie 34 550 XVI-66, de subsidies aan Siriz en Fiom die volgen uit de amendementsgelden structureel tenminste op hetzelfde bedrag te houden als in 2017, zodat Fiom en Siriz de preventie van en ondersteuning bij onbedoelde zwangerschap ook na 2017 onverminderd kunnen doorzetten?

Antwoord 12:

Ja, ik ben bereid om de amendementsgelden op hetzelfde bedrag te houden als in 2017. Dit houdt in dat ik in de begroting 2018 opneem dat er ook vanaf 2018 per jaar € 1.531.000 ten behoeve van zorg en ondersteuning bij onbedoelde zwangerschap extra besteed kan worden. Onlangs heb ik uw Kamer per brief laten weten dat ik de betrokken veldpartijen, waaronder Fiom, Siriz en Rutgers, uitgenodigd heb met een voorstel te komen hoe de amendementsgelden of impuls gelden het best besteed kunnen worden. Bij deze brief is hun gezamenlijke notitie toegevoegd. Nog deze maand ga ik op basis van de notitie met de veldpartijen opnieuw in gesprek om te concretiseren en prioriteren. Dit zal vervolgens de gewenste helderheid verschaffen over de inzet van de middelen in het veld, waaronder bij Fiom en Siriz.

Vraag 13

Kunt u toelichten waarom Fiom niet in de lijst van subsidies staat?

Antwoord 13:

De stichting Fiom staat niet in de lijst van subsidies op artikel 3 Langdurige zorg en ondersteuning, omdat deze wordt gefinancierd vanuit artikel 1 Volksgezondheid, onderdeel Gezondheidsbevordering.

Vraag 14

Kunt u uiteenzetten hoe het geld voor de uitvoering van het VN-voorziening rechten van personen met een handicap wordt verdeeld?

Antwoord 14:

In het implementatieplan dat uw Kamer in maart jl. (TK 33 990, nr. 62) heeft ontvangen is een financiële paragraaf opgenomen. Hierin is aangegeven dat er gedurende de looptijd van het programma, jaarlijks een programmabudget van € 1,5 miljoen beschikbaar is voor de uitvoering van het implementatieplan. Hiervan is een deel bestemd voor de 5 sporen van de aanpak (participatie, lokaal, goederen en diensten, rijk als organisatie en rijk als beleidsmaker), waarmee initiatieven worden ontplooid die bijdragen aan een meer toegankelijke samenleving. Een deel van het budget is bestemd voor het programmabureau waar de coördinerende en faciliterende functie is belegd.

Vraag 15

Kunt u concrete voorbeelden geven van het gegeven dat een bedrag van structureel € 8 miljoen zal worden aangewend voor onder andere het (door)ontwikkelen en vernieuwen van het zorgaanbod, het versterken van de positie van de cliënt en professionalisering.

Antwoord 15:

Vooralsnog kan alleen voor de jaren 2017 – 2019 een aantal concrete voorbeelden worden genoemd. Het gaat om diverse subsidies, te weten de Wmo- werkplaatsen, het programma «Aandacht voor iedereen», het actieplan professionalisering sociaal werk Nederland, het ISD programma van de VNG, de ontwikkelagenda «Volwaardig meedoen», het programma informatievoorziening sociaal domein, project «De pluim» van de ANBO, het programma sociaal domein, de kwaliteit van cliëntondersteuning en gespreksvoering met o.a. VNG, MEE NL en de beroepsvereniging cliëntondersteuning, en het project «Vernieuwingsactiviteiten Wmo» van de VNG.

Voor de jaren daarna zal nadere besteding plaatsvinden, mede op grond van nieuwe beleidsprioriteiten maar altijd ter invulling van de systeemverantwoordelijkheid van VWS.

Vraag 16

Wat is de reden dat nu € 8 miljoen beschikbaar komt in het kader van 14 «systeemverantwoordelijkheid decentralisaties»? Is dit bedrag structureel zoals in de toelichting vermeld, of eenmalig in 2017 zoals te zien is in de cijferstaat?

Antwoord 16:

Er was eerder sprake van een apart budget voor de hervorming van de langdurige zorg op artikel 3. Om blijvend uitgaven te kunnen doen op het terrein van systeemverantwoordelijkheid en transformatie, is een bedrag van € 8 miljoen structureel beschikbaar gesteld. De cijferstaat waarop wordt gedoeld laat alleen de mutatie voor dit jaar zien. Het budget is structureel aanvullend beschikbaar.

Vraag 17

Wat wordt verstaan onder het (door)ontwikkelen en vernieuwen van zorgaanbod? Aan welke activiteiten ten behoeve van het versterken van de positie van de cliënt worden de middelen uitgegeven? En waar gaan de middelen naar toe in het kader van professionalisering?

Antwoord 17:

Met het (door) ontwikkelen en vernieuwen van zorgaanbod wordt bedoeld op de ontwikkeling van arrangementen die beter aansluiten op vernieuwde uitvoering en vooral de daadwerkelijke behoeften van cliëntgroepen. Het zorgaanbod kan in bepaalde gevallen meer gedifferentieerd en in bepaalde gevallen juist meer integraal worden aangeboden. De innovatie die van onderop zal moeten komen, zal de komende jaren van de noodzakelijke stimulansen worden voorzien. In dit verband zullen ook de maatschappelijke initiatieven (burgerparticipatie, zorgcorporaties en dergelijke) van impulsen worden voorzien.

Met activiteiten voor het versterken van de positie van de cliënt wordt (onder meer) bedoeld op het programma «Aandacht voor iedereen». Deze programmatische activiteiten maken onderdeel uit van de ontwikkelagenda «volwaardig meedoen».

In het kader van professionalisering gaat het om uitgaven in het kader van het actieplan professionalisering sociaal werk (subsidies aan Movisie, BPSW, BVJong, FNV Zorg en Welzijn, CNV Zorg en Welzijn, LOC, Werkplaatsen Sociaal Domein, Vereniging Hogescholen, MBOraad en FCBJa). Daarnaast gaat om de ontwikkeling van professionele kaders als handreiking voor de lokale en regionale uitvoerders, deskundigheidsbevordering en de uitwisseling van goede voorbeelden.

Vraag 18

Waaraan wordt het overige budget besteed voor de verbetering van het trekkingsrecht PGB naast subsidies voor Per Saldo en de Branchevereniging Kleinschalige Zorg (BVKZ)?

Antwoord 18:

Op 10 juni 2016 (TK 2565 nr. 247) is uw Kamer per brief geïnformeerd over de financiële ondersteuning die de Staatssecretaris wil bieden aan organisaties die budgethouders en zorgverleners vertegenwoordigen voor verdere verbetering van het trekkingsrecht. In de periode 2017–2020 is hiervoor totaal € 7,5 miljoen beschikbaar. Deze middelen zijn in zijn totaliteit beschikbaar gesteld voor het hierboven genoemde doel. De komende periode zal met beide partijen verder invulling worden gegeven aan de inzet van de resterende middelen, mede gezien de ontwikkelingen rondom het PGB 2.0-systeem.

Vraag 19

Op basis waarvan is de inschatting gemaakt voor de benodigde ICT-investeringen bij de SVB? Wat is de verwachting ten aanzien van de hoogte van verdere kosten die gemaakt moeten worden? Welke ICT-investeringen gaan hiermee gedaan worden? Wat is het doel en beoogd effect? Hoe verhoudt deze investering zich tot het portaal dat momenteel ontwikkeld wordt?

Antwoord 19:

De ketenpartners hebben tijdens het bestuurlijk overleg van 20 februari jl. ingestemd met de zogeheten top 6 ICT-investeringen van de SVB en het vrijgeven van de bijbehorende financiële middelen. De gereserveerde € 3,5 miljoen was oorspronkelijk bedoeld als «werkbudget» (voorschot) voor de top 6 ICT-investeringen van de SVB. Inmiddels is gebleken dat een deel van deze investeringen in het budgethoudersportaal, dat door DSW wordt gebouwd, worden gerealiseerd. ICT-investeringen bij de SVB worden daarom alleen ingezet op het door de SVB te vernieuwen financiële en administratieve systeem. U bent hierover geïnformeerd in de brieven van de Staatssecretaris aan uw Kamer van 22 februari en 1 juni 2017 (TK 25 657, nr. 284 en 291). De SVB zal vanwege deze veranderende inzichten een herziene raming van de kosten maken. U wordt hierover later dit jaar geïnformeerd.

Vraag 20

Klopt het dat op artikel 4 in totaal € 72 miljoen extra is vrijgemaakt voor versterking regionaal onderwijs- en arbeidsmarktbeleid? Kunt u de hoogte van deze bedragen en de verdeling over de jaren nader onderbouwen? Kunt u nader toelichten hoe dit geld verdeeld gaat worden naar sectoren? Hoeveel geld hiervan wordt beschikbaar gesteld voor extra personeel dat nodig is in verpleeghuizen?

Antwoord 20:

Het geld is bestemd voor op-, bij- en nascholing en ander (regionaal) arbeidsmarktbeleid. De hoogte van de bedragen en verdeling over de jaren is gebaseerd op een voorlopige behoefteraming. De inzet van de middelen wordt vooral regionaal bepaald, waarbij gekeken wordt naar de behoeften in de verschillende regio's, met als doel voldoende en goed opgeleid personeel. Tevens worden de uitkomsten uit de arbeidsmarkt-agenda zorg voor kwetsbare ouderen hierin meegenomen. Verwachting is dat in de zomer de eerste uitkomsten kunnen worden gepresenteerd. Naast deze middelen zijn er gelden specifiek gereserveerd voor extra personeel binnen de verpleeghuissector (zie de toelichting bij de verticale ontwikkeling van de Wlz-uitgaven en -ontvangsten).

Vraag 21

Wat is de verklaring voor de lagere instroom bij de opleiding tot verpleegkundig specialist/physician assistent? Hoe veel minder instroom is er bij deze opleidingen?

Antwoord 21:

Uit onderzoek van het KBA Nijmegen blijkt dat er voor de lagere instroom drie hoofdoorzaken zijn: in een deel van de zorgorganisaties is geen behoefte aan meer VS'en of PA's dan er al zijn, er bestaat onduidelijkheid over de gevolgen van de nieuwe bekostigingssystematiek en er is onduidelijkheid over de wijze waarop VS'en en PA's kunnen worden ingezet. Voor verschillende zorgorganisaties was dit aanleiding geen of niet meer VS'en of PA's te gaan opleiden. Deze gaven daarbij aan dat dit een tijdelijke zaak was. In reactie daarop heeft VWS de NFU en de NVZ verzocht te stimuleren dat ziekenhuizen voldoende stageplaatsen voor studenten PA en VS beschikbaar stellen. In studiejaar 2013–2014 was er sprake van een onderuitputting van rond de 45%. In de studiejaar daarop

is er weer sprake van een voortzettende stijging van het aantal benutte opleidingsplaatsen van jaarlijks ongeveer 50 plaatsen. In studiejaar 2016–2017 is er sprake van een stijging van ruim 100 plaatsen. Uit voorlopige cijfers van het Landelijk Platform PA VS betreffende aanmeldingen voor studiejaar 2017–2018 komt naar voren dat de stijging zich doorzet. De huidige informele tussenstand is dat er nu zo'n 650 aanmeldingen zijn voor beide opleidingen gezamenlijk. Mogelijk wordt komend studiejaar het totaal aantal beschikbare bekostigde opleidingsplaatsen van 700 gehaald. Dit bevestigt dat de onderuitputting een tijdelijke zaak is.

Tabel 1.1 – Aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen

Studiejaar	Maximum-aantal gesubsidieerde plaatsen	Instroom			
		MANP	MPA	Totaal	Cumulatief
2013–2014	700	260	114	374	3.650
2014–2015	700	305	115	420	4.070
2015–2016	700	326	139	465	4.466
2016–2017	700	396	186	582	4.862

Bron: <http://cijfers.hbo-raad.nl> (geraadpleegd op 19-10-2016). Cijfers voor 2016–2017 op verzoek aangeleverd door het Platform VS en PA.

Vraag 22

Welke aanpassingen van de opleidingsinfrastructuur worden voorgesteld? En op welke wijze wordt een inspanning geleverd om de zorg weer als aantrekkelijke werkgever neer te zetten?

Antwoord 22:

Binnen de gezamenlijke arbeidsmarktagenda voor zorg voor kwetsbare ouderen wordt onder andere gekeken naar slimmere manieren van opleiden, bijvoorbeeld via modulair opleiden daar waar dat kan. Daarnaast kijken we samen met werkgevers, werknemers en het onderwijsveld naar manieren om de zorg aantrekkelijker te maken als werkgever. Het gaat dan om zaken als inhoud van het werk en het imago van de sector.

Vraag 23

Kunt u toelichten hoe de 25 miljoen euro voor vernieuwing van de opleidingsinfrastructuur precies wordt verdeeld?

Antwoord 23:

Zoals aangegeven in het antwoord op vraag 20 hangt de precieze verdeling van de middelen af van de nadere invulling van de plannen en de behoefte vanuit de verschillende regio's. Tevens worden de uitkomsten uit de arbeidsmarktagenda zorg voor kwetsbare ouderen hierin meegenomen.

Vraag 24

Kunt u uiteenzetten hoe de middelen voor het stimuleringsprogramma lokale aanpak gezondheidsachterstanden worden besteed?

Antwoord 24:

De middelen voor het stimuleringsprogramma lokale aanpak gezondheidsachterstanden worden ingezet voor:

- de voortzetting van het Nationaal Programma Preventie (TK 32 793, nr. 245). Dit betreft vooral de financiering van het programmabureau Alles is gezondheid...;

- de financiering van het meerjarenprogramma depressiepreventie (TK 32 793, nr. 259);
- de financiering van Gezond in., het stimuleringsprogramma voor Gezond in de stad (GIDS) gemeenten. Dit zijn de gemeenten met wijken met de grootste gezondheidsachterstanden (TK 32 793, nr. 267).

Vraag 25

Welk bedrag is gemoeid met de nieuwbouw van het ziekenhuis op St. Maarten?

Wat is de stand van zaken van de aanbesteding? Uit welke budgetten wordt de nieuwbouw bekostigd?

Antwoord 25:

Sint Maarten is net als Aruba en Curaçao een zelfstandig land binnen het Koninkrijk der Nederlanden. De regering van Sint Maarten is zelf verantwoordelijk voor de zorg en de financiering daarvan. Het is daarom niet aan mij om u te informeren over de stand van zaken rond de nieuwbouw van het ziekenhuis op Sint Maarten. Het budget op artikel 4.5, zorg, welzijn en jeugdzorg op Caribisch Nederland, naar aanleiding waarvan u deze vraag stelt, is alleen bestemd voor de zorg voor inwoners van Caribisch Nederland. Dat betreft alleen Bonaire, Saba en Sint Eustatius.

De inwoners van Saba en Sint Eustatius worden wel regelmatig uitgezonden naar het ziekenhuis in Sint Maarten. De kosten voor deze zorg komen wel ten laste van dit budget.

Vraag 26

Wat is de oorzaak van de vertraging in de uitvoering van de subsidieregeling Bijzondere transitiekosten Jeugd?

Antwoord 26:

De stelselwijziging is sinds 2015 van kracht. In 2015 stond het overgangsrecht en zorgcontinuïteit centraal. Daartoe hebben het Rijk en Provincies zoveel mogelijk geborgd dat aanbieders voldoende financiële reserves hebben.

Inmiddels zijn gemeenten anders gaan inkopen, wat inherent is aan de bedoelingen van het nieuwe jeugdstelsel. Het gevolg hiervan is dat bij bepaalde aanbieders minder of selectiever is ingekocht. Hierdoor zijn reserves bij deze organisaties afgenomen. Bij bepaalde aanbieders dreigde de continuïteit in gevaar te komen. Een aantal van hen heeft een aanvraag gedaan om voor subsidie in aanmerking te komen op grond van de subsidieregeling Bijzondere Transitiekosten Jeugdwet. Het gereserveerde bedrag voor de subsidieregeling is nog niet geheel nodig geweest.

Vraag 27

Kunt u toelichten of er wordt verwacht dat verlenging van de subsidieregeling Bijzondere transitiekosten Jeugd doorgaat na 2018?

Antwoord 27:

Samen met gemeenten en aanbieders zal ik er alles aan doen om de continuïteit van zorg te bevorderen. Mede daarom heb ik besloten de Transitie Autoriteit Jeugd (TAJ) een jaar langer aan te stellen, tot 1 april 2018. Ook heb ik de subsidieregeling Bijzondere Transitiekosten Jeugdwet verlengd. Tot eind 2017 kunnen aanvragen worden ingediend. Hierdoor is er langer een vergoeding mogelijk voor kosten die ontstaan door de transitie en kunnen liquiditeitsproblemen worden voorkomen.

Dit geeft ook extra tijd om te bekijken welke functies een mogelijke opvolger van de TAJ kan vervullen en hoe hier praktisch vorm aan

gegeven kan worden. Hierover ben ik in gesprek met gemeenten en aanbieders. Of en op welke wijze de subsidieregeling Bijzondere transitiekosten jeugd doorgaat na 2018 is aan een volgend kabinet.

Vraag 28

Hoeveel aanvragen voor de regeling energiebesparende maatregelen en duurzame energie in de sport zijn er toegekend? Hoeveel aanvragen zijn er ingediend? Welk budget zou nodig zijn om alle aanvragen te honoreren?

Antwoord 28:

In 2017 zijn voor de regeling Energiebesparende maatregelen en duurzame energie in de sport (EDS) in totaal 615 aanvragen ingediend. Daarvan zijn 521 aanvragen toegekend voor een totaalbedrag van € 5,7 miljoen. Voor de regeling is in 2017 € 6 miljoen beschikbaar terwijl er € 6,3 miljoen nodig is om alle aanvragen te kunnen honoreren. Dit tekort kan gedekt worden uit de middelen die in 2016 zijn uitgekeerd aan de subsidieontvangers, maar niet zijn ingezet door hen.

Vraag 29

Hoe groot is het totale positieve resultaat van Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), waarvan een deel op artikel 9 wordt terugbetaald aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)? Hoe is dit positieve resultaat ontstaan?

Wat is de reden dat een deel ervan wordt terugbetaald aan het Ministerie van VWS?

Antwoord 29

Het totale positieve resultaat van de NZa over 2016 bedraagt volgens de jaarrekening € 3,5 miljoen. Dit wordt veroorzaakt door lagere personeelskosten (€ 1,1 miljoen), lagere kosten externe deskundigheid en inhuur (€ 1 miljoen) en lagere huisvestingskosten en automatiseringskosten (€ 1,4 miljoen) dan begroot.

De NZa mag volgens de «Regeling bezoldiging en beheerskosten zelfstandige bestuursorganen VWS» een egalisatiereserve van ten hoogste 5% van het (goedgekeurd) budget aanhouden. Door bestemming van € 0,1 miljoen van het positieve resultaat is dit maximum bereikt, het restant dient te worden terugbetaald.

Vraag 30

Wat is de stand van zaken van de Projectdirectie Antonie van Leeuwenhoekterrein? Hoe lang is deze Projectdirectie nog nodig? Is de verkoop van het terrein geheel afgerond?

Antwoord 30:

De projectdirectie is nodig zolang de geplande verkoop van Intravacc nog niet is afgerond (zie brief van 22 december 2016: Uitwerking voornemen verzelfstandiging Intravacc (TK 33 567, nr. 8). De verkoop van het terrein is in 2014 afgerond (zie brief juni 2015, TK 33 567, nr. 4).

Vraag 31

Welke ontvangsten staan tegenover de mutatie van 10,6 miljoen euro die betrekking heeft op Intravacc als onderdeel van de Projectdirectie Antonie van Leeuwenhoekterrein (Pd ALt)?

Antwoord 31:

In de eerste suppletoire begroting worden € 8,7 miljoen aan ontvangsten gemeld die betrekking hebben op Pd-Alt. De ontvangsten komen vanuit het RIVM, Bilthoven Biologicals en van andere derden (o.a. de WHO).

Vraag 32

Waarom is 2 miljoen euro technisch omgeboekt van de materiële uitgaven van het kerndepartement naar de personele uitgaven van het departement?

Antwoord 32:

In 2016 zijn middelen toegevoegd aan de materiële budgetten van het kerndepartement voor de uitvoeringskosten van de migratie van het FileNet Platform. Dit is het platform waar bedrijfsvoeringsapplicaties en documentmanagementsystemen op draaien. Bij de eerste suppletoire begroting zijn de middelen overgeheveld naar de personele uitgaven. De uitgaven voor dit project betreffen voornamelijk personele uitgaven.

Vraag 33

In de toelichting bij de mutatie voor personele uitgaven aan het kerndepartement wordt in totaal voor 9,7 miljoen van de 13,1 miljoen een toelichting gegeven. Kan voor de overige 3,4 miljoen euro toegelicht worden waar de mutatie voor dient?

Antwoord 33:

De personele uitgaven van het kerndepartement zijn bij eerste suppletoire begroting € 13,1 miljoen verhoogd. Dit is het saldo van verschillende technische mutaties en enkele grotere intensiveringen. Deze intensiveringen zijn reeds toegelicht (€ 9,7 miljoen). De overige mutaties betreffen een optelsom van verschillende posten. Een grote technische mutatie betreft de overheveling van € 1,0 miljoen voor de afwikkeling en wachtgeld van het College Bouw Zorginstellingen (CBZ). De hiervoor beschikbare middelen worden overgeheveld van de materiële uitgaven naar de personele uitgaven ten behoeve van de postactieven. Belangrijke andere technische mutaties zijn de overheveling van beschikbare middelen voor de uitvoering van het programma Trekkingsrechten van de materiële uitgaven naar de personele uitgaven (€ 0,5 miljoen), een aantal personele intensiveringen op het gebied van bestuursondersteuning (€ 0,5 miljoen) en een intensivering voor juridische capaciteit ten behoeve van toegenomen wetgevingsvragen en privacy en informatievoorziening (€ 0,6 miljoen). Ten slotte is er nog een groot aantal kleinere technische mutaties verwerkt voor in totaal ca € 0,8 miljoen.

Vraag 34

Ervan uitgaande dat de Wlz-uitgaven met 428 miljoen stijgen, Waar bestaan deze extra uitgaven uit?

Antwoord 34:

Ten opzichte van de stand ontwerpbegroting 2017 nemen de geraamde Wlz-uitgaven in 2017 toe met € 428 miljoen. Deze stijging heeft drie belangrijke redenen. De eerste reden is de «uitvoeringsproblematiek Wlz-recht volledig pakket». Dit houdt in dat zowel bestaande als nieuwe cliënten per 1 januari 2017 aanspraak maken op een zorgprofiel dat alle zorgvormen omvat. De tweede reden is het extra geld dat beschikbaar is gesteld voor het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. In de brief van 13 januari 2017 heeft het kabinet incidenteel € 100 miljoen beschikbaar gesteld voor de verpleeghuislocaties waar verbetering van kwaliteit het hardste nodig is. In aanvulling op de incidentele regeling, is er ook structureel € 100 miljoen beschikbaar gekomen voor alle de verbetering van de kwaliteit in alle verpleeghuizen. De derde reden is de correctie voor quasi Wlz-indiceerbaren. Deze cliënten met een extramurale indicatie ontvangen alsnog zorg via de Wlz.

Vraag 35

Waarom is ervoor gekozen geen afspraken over dure geneesmiddelen te maken in het recent gesloten hoofdlijnenakkoord Medisch-Specialistische Zorg (MSZ) voor 2018? Komt er een apart akkoord voor dure geneesmiddelen? Zo ja, welke partijen zitten hierbij aan tafel? En wanneer verwacht de Minister deze afspraken te maken? Hoe wordt de toegankelijkheid van deze geneesmiddelen gewaarborgd gezien de afgesproken maximale groei?

Antwoord 35:

In het «integraal pakket aan maatregelen ter borging van de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen,» dat in 2015 met de partijen van het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg is opgesteld, zijn reeds afspraken gemaakt over de dure geneesmiddelen (TK 29 477, 358, 1 februari 2016).

Deze afspraken hebben ondermeer betrekking op het waarborgen van de toegankelijkheid van de geneesmiddelen. Deze afspraken blijven van kracht. In aansluiting daarop is bij de verlenging van het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische-zorg voor 2018 afgesproken dat «partijen in het verlengde van eerder gemaakte afspraken, in overleg gaan over de bekostiging en verdere concretisering van acties op het terrein van dure geneesmiddelen (toelating, kosteneffectiviteit, volumeontwikkelingen, gezamenlijke inkoop, gepast gebruik, stimulans omzetting biosimilars e.d.)». Daarnaast is, mede op grond van de toenemende financiële druk op de medisch-specialistische zorg door onder meer de ontwikkeling van (nieuwe) dure geneesmiddelen, voor het jaar 2018 een landelijk maximum groeipercentage afgesproken van 1,6% (TK 29 248, nr. 304, 8 juni 2017). De NZa houdt overigens ook ten aanzien van geneesmiddelen toezicht op de invulling van de zorgplicht door zorgverzekeraars, en rapporteert mede daarover periodiek in haar geneesmiddelenmonitor (o.a. TK 29 477, nr. 399 van 5 december 2016). Of, op welke wijze, en met welke partijen er in de toekomst (aanvullende) afspraken gemaakt worden over de dure geneesmiddelen is aan een volgend kabinet.

Vraag 36

Met welk besparingsverlies rekent u bij het niet doorvoeren van de maatregel afschaffen werelddekking?

Antwoord 36:

In totaal levert het niet doorvoeren van de maatregel een besparingsverlies op van € 60 miljoen per jaar vanaf 2017.

Hiervan moet € 45 miljoen worden gedekt over 2017 – 2021. De resterende € 15 miljoen is al gedekt in de begroting van 2017. Dit besparingsverlies was ingecalculeerd vanwege de vertraging in de verdragsonderhandelingen.

Vanaf 2021 moet € 50 miljoen worden gedekt. Dit komt doordat het besparingsverlies voor Marokko (€ 5 miljoen) was gedekt tot 2021. Met Marokko was namelijk afgesproken dat de beperking van de werelddekking zou ingaan in 2021.

Vraag 37

Waardoor komt het dat er budgettaire ruimte is in het kader voor de uitgaven aan grensoverschrijdende zorg?

Antwoord 37:

Het zorggebruik in de grensoverschrijdende zorg is in de afgelopen jaren nauwelijks gegroeid. De raming waarin groei is opgenomen, is hierdoor te hoog opgelopen. Hierdoor is er ruimte in het kader ontstaan. Deze ruimte is deels ingezet om het besparingsverlies bij de werelddekking te dekken.

Vraag 38

Hoeveel geld gaat er in 2017 naar het versterken van het eerstelijns verblijf? Tot hoeveel concrete plekken leidt dat?

Antwoord 38:

Zoals gemeld in de eerste suppletoire begroting wordt er in 2017 € 55 miljoen extra beschikbaar gesteld voor het ELV waarmee het totaal komt op € 305 miljoen. Deze middelen kunnen zowel worden ingezet voor uitbreiding van het aantal ELV-bedden als voor initiatieven op het gebied van regionale coördinatie, organisatie en infrastructuur (bijv. ten behoeve van de loketfunctie voor vervolgzorg). Aanbieders en verzekeraars kunnen over de inzet van deze middelen afspraken maken. Hoeveel ELV-plekken dit oplevert is hiermee niet aan te geven. Wel betreft € 55 miljoen een verhoging van circa 20% van de verwachte ELV-uitgaven. Zorgverzekeraars hebben vanuit hun zorgplicht de taak voldoende ELV-plekken in te kopen.

Vraag 39

Kunt u toelichten of de financiële consequenties van de juridische verplichtingen van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg reeds bekend waren bij het ministerie?

Antwoord 39:

Het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg, dat het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut) heeft vastgesteld en in het openbaar register heeft ingeschreven, is sinds 13 januari 2017 van kracht. Het opstellen van het Kwaliteitskader is tot stand gekomen vanuit de Kwaliteitsraad en de doorzettingsmacht van het Zorginstituut. Het laten opstellen van, het vaststellen en het inschrijven in het openbaar register van kwaliteitsstandaarden behoort tot de taken en zelfstandige bevoegdheid van het Zorginstituut. Het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg heeft door de inschrijving door het Zorginstituut in het openbaar register de status van kwaliteitsstandaard gekregen en is daarmee juridisch geborgd en bindend. Dit is conform hetgeen ik eerder heb aangekondigd in mijn brieven van 16 november 2016 (TK 31 765, nr. 251) en 13 januari 2017 (TK 31 765, nr. 261).

Bij de inwerkingtreding van het Kwaliteitskader waren de financiële consequenties nog niet bekend. De NZa heeft op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) als wettelijke taak om tarieven vast te stellen die dekking bieden voor de redelijkerwijs te maken kosten voor de verlening van zorg op grond van de Wlz. De kosten in verband met het voldoen aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg behoren tot de redelijkerwijs te maken kosten voor de zorgverlening. De NZa heeft daarop op mijn verzoek een impactanalyse gemaakt, vooruitlopend op het bredere kostprijsonderzoek dat eind 2017 gereed zou zijn en waarin het Kwaliteitskader mee zou lopen, om eerder de financiële effecten te duiden zodat dit mee kon lopen in de begrotingsbesluitvorming en of formatie. De impactanalyse van de NZa heb ik eind maart 2017 naar de Tweede Kamer verzonden (TK 31 765, nr. 266). Met deze impactanalyse werd bekend dat er verschillende scenario's mogelijk zijn om de financiële consequenties te vertalen in een nieuwe kostprijs.

Vraag 40

Kunt u aangeven op welke wijze de middelen worden besteed en welke effecten beoogd zijn met de impuls van de arbeidsmarktagenda?

Antwoord 40:

Zie het antwoord op vraag 20.

Vraag 41

Richt de arbeidsmarktagenda zich specifiek op de verpleeghuiszorg of komen de middelen ook ten goede aan andere domeinen, zoals de zorg voor ouderen thuis?

Antwoord 41:

De arbeidsmarktagenda richt zich op zorg voor kwetsbare ouderen. De agenda is daarmee breder dan alleen de verpleeghuiszorg. De middelen zijn niet specifiek bestemd voor de verpleeghuiszorg.

Vraag 42

Kunt u toelichten wat wordt bedoeld met een aanpassing van de opleidingsinfrastructuur?

Antwoord 42:

Zoals aangegeven in het antwoord op vraag 22 wordt binnen de gezamenlijke arbeidsmarktagenda voor zorg voor kwetsbare ouderen onder andere gekeken naar slimmere manieren van opleiden, bijvoorbeeld via modulair opleiden daar waar dat kan.

Vraag 43

Vindt voor de arbeidsmarktagenda ook samenwerking plaats met het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW)? Zijn ook daar middelen gereserveerd? Zo ja, hoe is geborgd dat het geld effectief en efficiënt wordt besteed?

Antwoord 43:

Het onderwijs is betrokken bij de arbeidsmarktagenda. Bij het Ministerie van OCW zijn geen middelen specifiek voor deze agenda gereserveerd. Met het Ministerie van OCW wordt samen opgetrokken binnen het Zorgpact, met als doel de aansluiting tussen onderwijs en zorginstellingen in de regio te verbeteren. Ook wordt samengewerkt op het gebied van initiële zorgopleidingen, bijvoorbeeld als het gaat om de opleiding tot physician assistant en verpleegkundig specialist.

Vraag 44

Hoe verhouden de middelen voor de arbeidsmarktagenda zich tot de reeds beschikbare middelen voor de arbeidsmarkt en opleidingen, zoals de extra middelen voor de versterking van de regionale arbeidsmarkt en vernieuwing arbeidsmarkt sociaal domein?

Antwoord 44:

Het betreft extra middelen bovenop de bestaande middelen voor versterking regionale onderwijs- en arbeidsmarktbeleid en vernieuwing arbeidsmarkt sociaal domein.

Vraag 45

Hoe en wanneer zal de € 100 miljoen die beschikbaar is gesteld worden ingezet voor de verpleeghuislocaties waar verbetering van kwaliteit het hardst nodig is.

Antwoord 45:

Het proces bij de zorgkantoren is in de afrondende fase. De verwachting is dat de incidentele middelen naar ruim 300 verpleeghuizen van ruim 50 aanbieders gaan.

Zij hebben concrete maatregelen bij de zorgkantoren ingediend die gaan over de aanpak van urgente kwaliteitsproblemen en het op orde stellen van de basisveiligheid, in relatie tot de personeelsbezetting. De NZa zal voor de zomer het tarief behorende bij de prestatiebeschrijving vaststellen en deze aan de betreffende verpleeghuizen toekennen zodat de zorgaanbieders de middelen kunnen inzetten.

Vraag 46

Ervan uitgaande dat het kabinet heeft besloten om structureel € 100 miljoen beschikbaar te stellen voor verbetering van de kwaliteit in de verpleeghuizen op basis van het nieuwe kwaliteitskader verpleeghuiszorg, waarom is er geen 1,5 tot 2 miljard extra geld vrijgemaakt om aan de belofte van de bezettingsnorm te voldoen?

Antwoord 46:

Het Kwaliteitskader is sinds 13 januari 2017 van kracht. Zoals gemeld in mijn brief van 31 mei jl. (TK 31 765, nr. 273) zullen de financiële consequenties van invoering van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg in het kader van de begrotingsvoorbereiding 2018 en/of de formatie worden gezien.

Vraag 47

Hoeveel instellingen hebben een aanvraag ingediend om in aanmerking te komen voor de 100 miljoen die eerder, incidenteel, beschikbaar werd gesteld voor verpleeghuislocaties waar verbetering het hardste nodig was? Voor hoeveel geld hebben deze instellingen in totaal aanvragen gedaan? Is in alle gevallen duidelijk gemaakt waar het geld aan besteed gaat worden? Wanneer vindt de eerste verantwoording over besteding van deze middelen plaats?

Antwoord 47:

Het proces bij de zorgkantoren is in de afrondende fase. De verwachting is dat de incidentele middelen naar ruim 300 verpleeghuizen van ruim 50 aanbieders gaan.

Het precieze aantal aanvragen wordt op dit moment door de gezamenlijke zorgkantoren in kaart gebracht, evenals het geld waarvoor de aanvragen zijn ingediend. De NZa zal voor de zomer het tarief behorende bij de prestatiebeschrijving vaststellen en deze aan de betreffende verpleeghuizen toekennen zodat de zorgaanbieders de middelen kunnen inzetten. De betreffende verpleeghuizen hebben aan de zorgkantoren duidelijk gemaakt welke concrete maatregelen zij willen treffen en hoe zij het geld daarvoor willen inzetten. Daarbij gaat het om de aanpak van urgente kwaliteitsproblemen en het op orde stellen van de basisveiligheid, in relatie tot de personeelsbezetting. De verantwoording hierover nemen de betreffende verpleeghuizen op in het kwaliteitsplan en -verslag dat zij jaarlijks conform het Kwaliteitskader dienen op te stellen. Elke verpleeghuisorganisatie zal in 2017 een kwaliteitsplan opstellen. Het kwaliteitsverslag is volgend op het betreffende verslagjaar.

Vraag 48

Is het budget van 100 miljoen euro structureel beschikbaar voor alle verpleeghuislocaties? Wat zijn de voorwaarden om in aanmerking te komen voor de extra middelen? Hoe vindt verantwoording over de besteedde middelen plaats?

Antwoord 48:

De € 100 miljoen die in de Voorjaarsnota structureel beschikbaar is gekomen is bedoeld voor alle verpleeghuizen, zoals ook gemeld in mijn brief van 31 mei jl. (TK 31 765, nr. 273). Hiermee wordt in 2017 een eerste stap gezet in de implementatie van het Kwaliteitskader. Deze middelen worden toegevoegd aan de contracteerruimte. In de tweede ronde productieafspraken in 2017 kunnen zorgaanbieders en zorgkantoren hierover nadere afspraken maken. Zorgaanbieders krijgen de ruimte om bestaande arbeidscontracten uit te breiden of meer personeel aan te nemen, zodat er structureel meer personeel beschikbaar komt voor cliënten in verpleeghuizen. Deze structurele € 100 miljoen komt bovenop de incidentele € 100 miljoen in 2017 die is bedoeld om de kwaliteit te

verbeteren bij instellingen die dat het hardst nodig hebben (TK 31 765, nr. 261).

Vraag 49

Welke groepen vallen onder de Wlz-cliënten die vanaf januari 2017 aanspraak maken op meer zorg? Geldt dit alleen voor mensen met een Wlz-indicatie en een volledig pakket thuis of ook andere groepen? Hoe wordt dit verklaard? Hoe verhoudt deze manier van indiceren zich tot het denken over maatwerk indiceren?

Antwoord 49:

Vanaf 1 januari 2017 geldt dat cliënten in de gehandicaptensector (ongeacht de leveringsvorm) zonder een apart indicatiebesluit van het CIZ dagbesteding en vervoer krijgen toegewezen. Voor de cliënten uit de sector verpleging en verzorging was dit al een integraal onderdeel van hun zorgprofiel. Ook geldt vanaf deze datum dat cliënten met MPT hun huishoudelijke hulp vanuit de Wlz krijgen. Daarnaast geldt dat de groep Wlz-indiceerbaren een indicatiebesluit in een zorgprofiel hebben gekregen, ongeacht de keuze hoe zij deze zorg willen ontvangen. Hiermee zijn de aanspraken voor de verschillende Wlz-cliëntgroepen geharmoniseerd.

Op dit moment krijgen cliënten een indicatie in een (globaal) zorgprofiel en vindt daarna op basis van een zorgplan een nadere invulling van de zorg plaats. De bedoeling is, dat bij de overgang naar een maatwerkbenaдерing in de toekomst, het recht op zorg voor Wlz-cliënten die thuis willen wonen direct bij de indicatiestelling preciezer wordt vastgesteld. Bij toepassing van deze nieuwe methodiek wordt de indicatie, behalve naar de individuele cliëntkenmerken die de zorgzwaarte bepalen, ook gekeken naar de individuele omstandigheden. Dit kan betekenen dat cliënten in de toekomst voor meer of minder zorg worden geïndiceerd dan het gemiddelde waarop de zorgprofielen zijn gebaseerd.

Vraag 50

Hoe valt de stijging in het kader van de ontvangsten eigen bijdragen Wet langdurige zorg (Wlz) te verklaren? Bij welke vorm van zorg zit de stijging voornamelijk?

Antwoord 50:

De ontvangsten Wlz zijn ten eerste naar boven bijgesteld op basis van realisatie cijfers over 2016 en ten tweede door aanpassing op basis van de macro-economische inzichten in het Centraal Economisch Plan (CEP 2017) van het Centraal Planbureau (CPB). Daarbij kan niet specifiek aangegeven worden aan welke vorm van zorg de hiermee samenhangende meevaller te danken is. Zowel de realisatie als de verwerking van de macro-economische inzichten van het CPB kunnen namelijk niet worden uitgesplitst naar specifieke zorgvormen.

Vraag 51

Kunt u verduidelijken wat de precieze effecten zijn van de wijziging van de Wlz-indicatiestelling door het CIZ voor de hoeveelheid zorg die mensen ontvangen binnen de Wlz? Kunnen de extra uitgaven over de jaren 2017–2021 uitgesplitst worden naar dagbesteding, vervoer en huishoudelijke hulp?

Antwoord 51:

De wijziging van de Wlz-indicatiestelling door het Centrum indicatiestelling Zorg (CIZ) heeft twee effecten:

- 1) Vanaf 1 januari 2017 krijgen nieuwe cliënten in de gehandicaptensector (ongeacht de leveringsvorm) automatisch aanspraak op dagbesteding en vervoer. Cliënten die vóór 2017 een indicatie hebben

gekregen zonder dagbesteding en vervoer, kunnen hier desgewenst alsnog aanspraak op maken. Op dit moment hebben circa 24.000 cliënten nog geen aanspraak op deze zorg. Zij krijgen met deze wijziging maximaal (budget voor) negen dagdelen dagbesteding per week. Hierdoor gaan de jaarlijkse bestedingen van deze groep cliënten gemiddeld met € 9.000 per cliënt omhoog.

- 2) Nieuwe cliënten met een MPT krijgen vanaf 1 januari 2017 automatisch middelen voor schoonmaak (in natura). Circa 2.000 cliënten zullen daardoor gemiddeld € 5.000 per jaar meer kunnen besteden.

Dit levert de onderstaande budgettaire reeks op voor de jaren 2017–2021. Deze verschilt van de reeks in de voorjaarsnota (tabel 4, onder «uitvoeringsproblematiek Wlz-recht volledig pakket») omdat in onderstaande reeks het financiële effect omtrent de Wlz-indiceerbaren niet is meegenomen.

Problematiek	2017	2018	2019	2020	2021
1. Dagbesteding en vervoer	107	154	171	188	205
2. Mpt-hh	10	10	10	10	10
Totaal	117	164	181	198	215

Vraag 52

Kunt u verduidelijken wat de precieze effecten zijn van de wijziging van de Wlz-indicatiestelling door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) voor de hoeveelheid zorg die mensen ontvangen binnen de Wet langdurige zorg (Wlz)? Kunnen de extra uitgaven over de jaren 2017–2021 uitgesplitst worden naar dagbesteding, vervoer en huishoudelijke hulp?

Antwoord 52:

Zie het antwoord op vraag 51.

Vraag 53

Kan worden aangegeven hoeveel van het in het kader van de Arbeidsmarktagenda beschikbare budget om extra mensen op te leiden en om medewerkers om- of bij te scholen beschikbaar komt voor verpleegkundigen die gespecialiseerd zijn in dementiezorg? Waarom wijkt de meerjarenraming voor de Arbeidsmarktagenda in de suppletoire begroting af van de reeks in de verticale toelichting van de Voorjaarsnota?

Antwoord 53:

Zoals aangegeven in het antwoord op vraag 20, 23 en 40 hangt de precieze verdeling van de middelen af van de nadere invulling van de plannen en de behoefte vanuit de verschillende regio's. Tevens worden de uitkomsten uit de arbeidsmarktagenda zorg voor kwetsbare ouderen hierin meegenomen. Er kan dus op dit moment niet worden aangegeven hoeveel van het beschikbare budget ingezet gaat worden voor verpleegkundigen die gespecialiseerd zijn in dementiezorg.

De meerjarenraming voor de middelen in de eerste suppletoire begroting wijkt niet af van de reeks in de verticale toelichting van de Voorjaarsnota. In de Voorjaarsnota staan onder de VWS-begroting twee reeksen met de titel Arbeidsmarktagenda; één onder de begroting in enge zin en één onder het Budgettaire Kader Zorg (BKZ). De middelen in de begroting in enge zin zijn in de eerste suppletoire begroting geboekt onder versterking regionale onderwijs- en arbeidsmarktbeleid (artikel 4 van de begroting in enge zin). De middelen in het BKZ zijn in de eerste suppletoire begroting zichtbaar onder de verticale ontwikkeling van de Wlz-uitgaven en -ontvangsten. Deze laatste middelen betreffen gelden die specifiek gereserveerd zijn voor extra personeel binnen de verpleeghuissector.

Vraag 54

Kan worden aangegeven hoeveel van het in het kader van de Arbeidsmarktagenda beschikbare budget om extra mensen op te leiden en om medewerkers om- of bij te scholen beschikbaar komt voor verpleegkundigen die gespecialiseerd zijn in dementiezorg? Waarom wijkt de meerjarenraming voor de Arbeidsmarktagenda in de suppletoire begroting af van de reeks in de verticale toelichting van de Voorjaarsnota?

Antwoord 54:

Zie het antwoord op vraag 53.

Vraag 55

Kan de regering verduidelijken wat de precieze financiële effecten zijn van de wijziging van de Wlz-indicatiestelling door het CIZ voor de hoeveelheid zorg die mensen ontvangen binnen de Wlz? Kunnen de extra uitgaven over de jaren 2017–2021 uitgesplitst worden naar dagbesteding, vervoer en huishoudelijke hulp?

Antwoord 55:

Zie het antwoord op vraag 51.

Vraag 56

Wanneer is de verandering van taken van het CIZ aan de Tweede Kamer bekend gemaakt?

Antwoord 56:

Op 22 december 2016 heeft u een brief over de «stand van zaken moties en toezeggingen VWS» ontvangen (TK 34 550-XVI, nr. 129). De beleidsregels indicatiestelling voor de Wlz 2017, zoals vastgesteld door het CIZ, zijn hierin als bijlage gevoegd. Op bladzijde 6 licht het CIZ toe wat het verschil is in de werkwijze ten opzichte van 2016. De werkwijze in deze is geen verandering van taak van het CIZ. Het CIZ doet immers wat zij hoort te doen, namelijk de toegang bepalen tot de Wlz en het best passende zorgprofiel. De Wlz geeft recht op een integraal pakket, waarvan dagbesteding onderdeel kan zijn.

Vraag 57

In de Wet Langdurige zorg staat toch dat bij het CIZ beoordeeld wordt of en in welke omvang de verzekerde in aanmerking komt voor zorg?

Antwoord 57:

In artikel 3.2.3 van de Wlz ligt vast dat het recht op Wlz-zorg op aanvraag van de verzekerde in een indicatiebesluit wordt vastgesteld door het CIZ. Ook is wettelijk geregeld dat het recht op zorg dat wordt vastgesteld in het indicatiebesluit, aansluit bij de behoefte van de verzekerde. In artikel 3.2.3 van de Wlz ligt vast dat het indicatiebesluit onder meer de aandoeningen en of beperkingen vermeldt als gevolg waarvan een cliënt op Wlz-zorg is aangewezen, alsmede het zorgprofiel. Een precieze omvang van de benodigde zorg wordt derhalve niet geïndiceerd.

Vraag 58

En als het CIZ niet meer vast stelt of specifieke zorgfuncties noodzakelijk zijn wie doet dit dan en hoe is dit dan juridisch geregeld?

Antwoord 58:

Op dit moment krijgen cliënten, als vermeld, een indicatie in een (globaal) zorgprofiel en vindt daarna op basis van een zorgplan een nadere invulling van de zorg plaats. Deze uitvoeringspraktijk is in overeenstemming met de wet.

Vraag 59

Betekent de wijziging van de Wlz-indicatiestelling ook dat ClZ geen zorgprofiel gaat vaststellen of is er sprake van een tijdelijke situatie en gaat het ClZ dit in de toekomst wel doen?

Antwoord 59:

Bestaande en nieuwe cliënten die in aanmerking komen voor Wlz-zorg, kunnen vanaf 1 januari 2017 (ongeacht de leveringsvorm) aanspraak maken op dagbesteding en vervoer. Bij nieuwe cliënten gaat dit vanzelf, bestaande cliënten moeten dit zelf aanvragen, voor zover zij zijn aangewezen op dagbesteding en vervoer.

Ook voor 2017 konden cliënten recht hebben op dagbesteding en vervoer, maar het ClZ gaf dat expliciet aan, voor zover cliënten hierop waren aangewezen.

Met de vaststelling van de beleidsregels indicatiestelling voor de Wlz voor 2017 is benadrukt dat cliënten met toegang tot de Wlz recht hebben op het integrale pakket aan zorg van de Wlz. Het ClZ heeft geen taak in het indiceren van onderdelen van de Wlz-zorg. Dagbesteding, vervoer, verpleging, verzorging etc. maken immers onderdeel uit van het integrale pakket waarop een cliënt recht heeft.

Vraag 60

Om hoeveel Wlz-cliënten gaat het nu precies die nu wel en eerst geen aanspraak hadden op dagbesteding, vervoer en huishoudelijke hulp?

Antwoord 60:

Naar verwachting zullen circa 24.000 cliënten in de gehandicaptensector aanspraak gaan maken op dagbesteding en vervoer. Daarnaast zullen er circa 2.000 cliënten met een mpt aanspraak gaan maken op huishoudelijke hulp.

Vraag 61

Hoe kan enerzijds een stijging van het aantal geboorten in 2016 en anderzijds een overschrijding van het budgettair kader kraamzorg worden verklaard?

Antwoord 61:

De uitgaven aan kraamzorg nemen nog steeds toe in 2016 ten opzichte van 2015 (hetgeen in lijn is met het veronderstelde toegenomen aantal geboortes), maar met minder dan verwacht. De toegekende groei was hoger dan benodigd. Daardoor is een overschrijding ontstaan.

Vraag 62

Kan voor de jaren 2017–2021 worden toegelicht met hoeveel de eigen bijdragen Wlz bij Voorjaarsnota 2017 wijzigen als gevolg van de diverse factoren die hierop van invloed zijn en die verspreid over de suppletoire begroting worden genoemd?

Antwoord 62:

In de Voorjaarsnota 2017 staan vier bijstellingen die effect hebben op de ontvangstenraming Wlz.

- Op basis van realisatiecijfers over 2016 zijn de ontvangsten Wlz € 56,8 miljoen naar boven bijgesteld voor de jaren 2017–2021.
- Vanwege de overheveling van eerstelijns verblijf naar de Zvw is er sprake van lagere ontvangsten Wlz die voor 2017–2021 worden geraamd op € 9,6 miljoen.
- Voor cliënten die gebruik maken van alleen een modulair pakket thuis en daarbij 20 uur of minder per maand Wlz-zorg afnemen, is de eigen

bijdrage verlaagd (TK 34 550 XVI, nr. 10). De derving aan ontvangsten Wlz wordt geraamd op € 4,5 miljoen voor de jaren 2017–2021.

- Tot slot is de raming van de ontvangsten Wlz aangepast op basis van de macro-economische inzichten in het Centraal Economisch Plan (CEP 2017) van het Centraal Planbureau (CPB). Dit betreft een oplopende reeks van € 19,7 miljoen in 2018 tot € 108,5 miljoen in 2021.

Vraag 63

Kan voor de jaren 2017–2021 worden toegelicht met hoeveel de eigen bijdragen Wlz bij Voorjaarsnota 2017 wijzigen als gevolg van de diverse factoren die hierop van invloed zijn en die verspreid over de suppletoire begroting worden genoemd?

Antwoord 63:

Zie het antwoord op vraag 62.

Vraag 64

Is het doel van het domeinoverstijgend experiment voor kwetsbare ouderen om de verschillende compartimenten van het zorgstelsel beter op elkaar te laten aansluiten en de schottenproblematiek te verminderen? Wat is de duur van het experiment? In hoeverre heeft het experiment betrekking op mensen met dementie?

Antwoord 64:

Het experiment Domeinoverstijgend samenwerken heeft tot doel kwetsbare mensen die op meerdere levensterreinen ondersteuning en zorg nodig hebben, waarvan zorg en ondersteuning in verband met problemen met de cognitie deel moet uitmaken, langer in staat te stellen het leven te blijven leiden zoals zij dat gewend zijn en willen blijven doen. Problemen met de cognitie hoeven nog niet van dien aard te zijn dat al dementie is gediagnosticeerd, maar er zullen ongetwijfeld cliënten mee gaan doen bij wie dat wel het geval is.

De kwaliteit van hun leven wordt verbeterd onder andere door een professional in staat te stellen in samenspraak met de cliënt regie te voeren over drie domeinen, waarbinnen zij rechtstreekse mogelijkheden bezitten om zorg en ondersteuning daadwerkelijk te (doen) organiseren. Vooral ondersteuning op het houden van de eigen regie is voor deze groep kwetsbare ouderen van groot belang. In een aantal deelexperimenten is het element van de buurt of het dorp als belangrijke schakel in het bieden van informele en/of mantelzorg meegenomen.

De deelnemende ouderen zijn mensen die allemaal veel ondersteuning en zorg nodig hebben, zo zeer zelfs dat op een aanvraag voor een indicatiebesluit Wlz positief gereageerd zou worden. Daarbij zijn ook mensen met dementie. Een neven doel is om de indicatie voor de Wlz en de eventuele opname in een verpleeghuis uit te stellen of misschien zelfs te voorkomen.

Om een en ander te kunnen bereiken is het essentieel dat door de drie samenwerkende domeinen (Wmo 2015, Zvw en Wlz) afspraken worden gemaakt over de te maken kosten, over de mogelijkheden zorg in te zetten over grenzen van eigen domeinen heen en soms zelfs buiten de door hen gestelde kaders. In die zin kan uit het experiment naar voren komen dat de beoogde werkwijze inderdaad bijdraagt aan betere aansluiting en slechten van schotten.

Er zal gedurende drie jaar worden geëxperimenteerd.

Vraag 65

Is het doel van het domeinoverstijgend experiment voor kwetsbare ouderen om de verschillende compartimenten van het zorgstelsel beter op elkaar te laten aansluiten en de schottenproblematiek te verminderen? Wat is de duur van het experiment? In hoeverre heeft het experiment betrekking op mensen met dementie?

Antwoord 65:

Zie het antwoord op vraag 64.