Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2020–2021

35 570 XVI Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2021

Nr. 16

VERSLAG HOUDENDE EEN LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 28 oktober 2020

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 2 oktober 2020 voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bij brief van 26 oktober 2020 zijn ze door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beantwoord.

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,
Krijger

kst-35570-XVI-16
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2020

Vraag 1
Kunt u een overzicht geven van alle convenanten die sinds 2015 zijn afgesloten tussen het Ministerie van VWS en betrokken partijen in de zorg? Kunt u daarbij aangeven welke convenanten succesvol hebben gewerkt en welke convenanten minder succesvol waren met een toelichting daarop?

Antwoord:
De onderstaande convenanten zijn met partijen in de zorg afgesloten

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

Titel convenant	Stand van zaken
Convenant houdende afspraken over de samenwerking in het kader van de verbetering van de bestrijding van zorgfraude: Voortzetting Bestuurlijk Overleg Integriteit Zorgsector	Het doel van het samenwerkingsverband Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ) is het versterken van de integriteit van de zorgsector door samenwerking tussen de convenantpartners te stimuleren, te coördineren en te vergroten door het uitwisselen van informatie en het uitwisselen van kennis, inzicht en vaardigheden. De Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ) heeft een sturende rol in de aanpak van fouten en fraude in de zorgsector. Op 28 februari 2019 is het convenant houdende afspraken over de samenwerking in het kader van de verbetering van de bestrijding van zorgfraude verlengd nadat alle partijen hebben aangegeven de samenwerking in de TIZ voort te willen zetten. Verbetersuggesties die uit de evaluatie voortkomen worden door de TIZ opgepakt.
Convenant houdende afspraken over de samenwerking in het kader van de verbetering van de bestrijding van zorgfraude: «Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ)» 2018	Het doel van het samenwerkingsverband Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ) is het versterken van de integriteit van de zorgsector door samenwerking tussen de convenantpartners te stimuleren, te coördineren en te vergroten door het uitwisselen van informatie en het uitwisselen van kennis, inzicht en vaardigheden. De Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ) heeft een sturende rol in de aanpak van fouten en fraude in de zorgsector. Op 28 februari 2019 is het convenant houdende afspraken over de samenwerking in het kader van de verbetering van de bestrijding van zorgfraude verlengd nadat alle partijen hebben aangegeven de samenwerking in de TIZ voort te willen zetten. Verbetersuggesties die uit de evaluatie voortkomen worden door de TIZ opgepakt.
Het Groninger Zorgakkoord	Het convenant is recent afgesloten en 2020 wordt de subsidieregeling gestart. Over het succes is nu nog niets te zeggen.
Convenant VWS en REshape	Doel van dit convenant is om in gezamenlijkheid verschillende edities van de Health Innovation School (HIS) mogelijk te maken. De HIS draagt bij aan het stimuleren van een innovatieve manier van denken, het uitwisselen van kennis en vaardigheden en het bevorderen van samenwerking in (regionale) netwerken. Dit stimuleert innovatie waarmee goede zorg toegankelijk en betaalbaar blijft. In 2020 hebben 4 regionale edities plaatsgevonden, deels digitaal in verband met covid-19.

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

Vraag 2
Hoeveel wordt door dit kabinet geïnvesteerd in de zorg? Kunt u dit zowel weergeven in een totaalbedrag, als uitgesplitst in aparte tabellen voor de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en de Jeugdwet?

Antwoord:
In totaal is sinds de start van het kabinet-Rutte III geïnvesteerd in zorg ten opzichte van de Startnota, namelijk € 0,2 miljard in 2018 oplopend tot € 1,5 miljard in 2021 onder het Uitgavenplafond Zorg. De intensiveringen die vallen onder het plafond Rijksbegroting zijn niet meegerekend, zoals intensiveringen vanwege de uitbraak van het coronavirus (tot nu toe € 7,4 miljard cumulatief in 2020 en 2021).

In de onderstaande tabel zijn de omvangrijkste intensiveringen in de Zvw, de Wlz, Wmo en Jeugdwet opgenomen. De toelichtingen bij deze mutaties kunt u vinden in begrotingsstukken 2019, 2020, 2021.

Tabel omvangrijkste intensiveringen sinds de start van Rutte III (Bedragen x € 1 miljoen)

	2018	2019	2020	2021	
Zvw	100	220	285,9	357,9	
Regelgeving veiligheid geneesmiddelen		70	70	70	OW 2019
HLA: huisartsenzorg	50	50	50	50	OW 2019
HLA: wijkverpleging	50	50	50	50	OW 2019
HLA: geestelijke gezondheidszorg		50	50	50	OW 2019
Invulling taakstelling MSZ			40	75	OW 2020
Beschikbaarheidsbijdrage Prinses Maxima Centrum			9,9	10,9	OW 2020
Standaardisatie inkoop- en verantwoordingseisen in aantal Zvw-sectoren				7	OW 2021
					OW 2021
COVID-19: Fysiotherapie COVID-19-patiënten			12	16	OW 2021
COVID-19: Opschaling IC-capaciteit Zvw			4	4	OW 2021
COVID-19: Opschaling ELV-capaciteit			0	25	OW 2021
Wlz	100	336,5	958	818,3	
Voorziening voor door gemeenten ervaren knelpunten (interbestuurlijk programma)	100				OW 2019
Kostenonderzoek Wlz		128	128	128	OW 2019
Ontwikkelopgave zorgkantoren		11,8	10,2	10,4	OW 2020
Wet zorg en dwang		0,5	9,6	9,7	OW 2020
Bijdrage zorgvisie Groningen		6,2	6,2	6,2	OW 2020
Tegenvaller Wlz-kader		190	480	480	OW 2021
Dak- en thuislozen (sociaal domein)			75	125	OW 2021
Vrouwenopvang (sociaal domein)			59	59	OW 2021
COVID-19 Wlz – Zorg in natura			150		OW 2021
COVID-19 Wlz – Persoonsgebonden budget			40		OW 2021
Wmo					
Ambulantisering ggz-domein		38	50	61	OW 2020
Jeugdwet					
Jeugdhulp		350	190	290	OW 2020
Overig					
Covid-19 Caribisch Nederland			57	13	OW 2021
Totaal	200	945	1.541	1.540	

Bron: VWS-begroting 2019, 2020 en 2021.

Vraag 3
Kunt u een overzicht sturen met de jaarlijkse uitgaven aan de zorg vanaf de jaren 2000 tot en met 2020 in zijn totaal en uitgesplitst per wet?

Antwoord:
In de onderstaande tabellen zijn de niet-gecorrigeerde cijfers (onder meer voor overhevelingen tussen zorgdomeinen) van de ontwikkeling van de zorguitgaven 2000 tot en met 2020 opgenomen in zowel totaal (tabel 1) als uitgegeplitst per wet (tabel 2).
Het betreft hier de zorguitgaven die vallen onder de definitie van het Uitgavenplafond Zorg (het UPZ), grotendeels de premiegefinancierde uitgaven. De zorguitgaven die verantwoord worden op de VWS-begroting en de middelen voor de Wmo en Jeugdzorg die per 2019 zijn toegevoegd aan het gemeentefonds zijn niet in de tabellen opgenomen.

Tabel 1 Ontwikkeling van de zorguitgaven en -ontvangsten onder het Uitgavenplafond Zorg 2000–2020 (bedragen x € 1 miljard)[1]

	2000	2001	2002	2003[2]	2004	2005	2006[3]	2007[4]	2008	2009
Bruto zorguitgaven	34,6	38,4	43,1	43,7	44,9	46,5	48,3	51	55,5	59,3
Eigen risico/ eigen betalingen	2,6	2,6	2,4	2,4	2,2	3,8	3,8	3,7	3	3
Netto zorguitgaven	32	35,8	40,7	41,3	42,7	42,7	44,5	47,3	52,6	56,3

[1] De zorguitgaven zijn exclusief de begrotingsgefinancierde zorguitgaven (VWS-begroting en aanvullende post Financiën).
[2] De overheidssectoren zijn vanaf 2003 t/m 2006 leeggeboekt omdat deze niet meer tot het Uitgavenplafond Zorg gerekend worden.
[3] De Zorgverzekeringswet (Zvw) is in 2006 ingevoerd. Daarvoor maakten deze uitgaven deel van het Ziekenfondswet (ZFW), particuliere verzekeringen, eigen betalingen ZFW en eigen betalingen particuliere verzekeringen.
[4] De integratie-uitkering Wmo huishoudelijke hulp is in 2007 ingevoerd.

2010[5]	2011	2012	2013	2014	2015[6]	2016	2017	2018	2019	2020
62,5	64,5	67,9	68,8	69,3	68,9	71,0	72,8	76,0	74,7	78,7
3	3,2	3,6	4,6	5,1	5,1	5,1	5,0	5,0	5,0	5,1
59,4	61,3	64,3	64,2	64,2	63,7	65,9	67,8	71,0	69,8	73,5

[5] Exclusief de eenmalige stimuleringsimpuls voor de bouw uit het aanvullend coalitieakkoord Balkenende IV (€ 320 miljoen) die niet aan het Uitgavenplafond Zorg is toegerekend.
[6] De Wet langdurige zorg (Wlz) is in 2015 in werking getreden. Hierbij zijn middelen vanuit de AWBZ/Wlz overgeheveld naar de Wmo en Jeugdwet, vandaar die afname van de uitgaven bij de AWBZ/Wlz en toename bij de Wmo en Jeugdwet.

Tabel 2 Ontwikkeling van de zorguitgaven en -ontvangsten onder het Uitgavenplafond Zorg per wet 2000–2020 (bedragen x € 1 miljard)

	2000	2001	2002	2003[1]	2004	2005	2006[2]	2007[3]	2008	2009
Zorgverzekeringswet (Zvw)										
Bruto Zvw-uitgaven	18,1	20	22,3	23,5	23,7	24,3	25,3	26,1	31,5	33,8
Eigen risico	0,7	0,9	0,8	0,5	0,4	2	2,1	2	1,3	1,4
Netto Zvw-uitgaven	17,4	19,2	21,5	23	23,2	22,3	23,2	24	30,2	32,4
Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) /Wet langdurige zorg (Wlz)										
Bruto AWBZ/Wlz-uitgaven	14,6	16,2	18,4	20,2	21,2	22,2	23	22,9	21,8	23,2
Eigen betalingen	1,6	1,6	1,6	1,8	1,8	1,8	1,8	1,6	1,6	1,6
Netto AWBZ/Wlz-uitgaven	12,9	14,7	16,8	18,3	19,4	20,4	21,2	21,2	20,2	21,6
Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)[4]										
Bruto Wmo-uitgaven (gemeentefonds)								1,4	1,5	1,5
Jeugdwet[4]										
Bruto Jeugdwet-uitgaven (gemeentefonds)										

[1] De overheidssectoren zijn vanaf 2003 t/m 2006 leeggeboekt omdat deze niet meer tot het Uitgavenplafond Zorg gerekend worden.
[2] De Zorgverzekeringswet (Zvw) is in 2006 ingevoerd. Daarvoor maakten deze uitgaven deel van het Ziekenfondswet (ZFW), particuliere verzekeringen, eigen betalingen ZFW en eigen betalingen particuliere verzekeringen.
[3] De integratie-uitkering Wmo huishoudelijke hulp is in 2007 ingevoerd.
[4] De uitgaven voor Wmo en de Jeugdwet betreffen alleen het premiedeel dat valt onder het Uitgavenplafond Zorg. Gemeenten ontvangen via het gemeentefonds via verschillende uitkeringen ook andere budgetten om aan hun wettelijke verantwoordelijkheden op grond van de Wmo 2015 en de Jeugdwet te voldoen. Het totale budget dat gemeenten aan de Wmo 2015 en de Jeugdwet uitgeven kan alleen indicatief worden gegeven op basis van Iv3. De gemeenten leveren via het Iv3-systeem (informatie voor derden) informatie aan over hun begroting en hun daadwerkelijke gerealiseerde uitgaven. Op basis van het Iv3-systeem wordt voor een deel van de taken geen onderscheid gemaakt tussen de Wmo 2015 en de Jeugdwet, en de overhead wordt niet per taak inzichtelijk gemaakt maar op één taakveld door gemeenten geboekt. Zie ook het antwoord op Kamervraag 40, 43, 44, 47 en 803.

2010[5]	2011	2012	2013	2014	2015[6]	2016	2017	2018	2019[7]	2020
35,5	36	36,7	39,2	39,2	41,8	43,8	45,1	46,8	48,7	50,6
1,5	1,5	1,9	2,7	3,1	3,2	3,2	3,2	3,2	3,1	3,2
34	34,5	34,7	36,5	36,1	38,6	40,6	41,9	43,6	45,6	47,4
24,1	25,2	27,9	27,5	27,8	19,5	19,9	20,4	21,6	23,8	25,6
1,5	1,6	1,7	1,9	2	1,9	1,9	1,9	1,8	1,8	1,9
22,7	23,6	26,2	25,5	25,8	17,7	18,0	18,5	19,9	21,9	23,7
1,5	1,5	1,5	1,6	1,7	4,9	4,9	4,9	5,1	1,8	1,9
					2,0	1,9	1,9	2,0		

[5] Exclusief de eenmalige stimuleringsimpuls voor de bouw uit het aanvullend coalitieakkoord Balkenende IV (€ 320 miljoen) die niet aan het Uitgavenplafond Zorg is toegerekend.
[6] De Wet langdurige zorg (Wlz) is in 2015 in werking getreden. Hierbij zijn middelen vanuit de AWBZ/Wlz overgeheveld naar de Wmo en Jeugdwet, vandaar die afname van de uitgaven bij de AWBZ/Wlz en toename bij de Wmo en Jeugdwet.
[7] Bij de startnota Kabinet Rutte III zijn vanaf het jaar 2019 middelen vanuit het Wmo-budget en jeugdbudget, dat voorheen tot het Uitgavenplafond Zorg behoorde (met uitzondering van het budget voor beschermd wonen) overgeheveld naar de algemene uitkering van het gemeentefonds (Uitgavenplafond Rijksbegroting). Vandaar die afname van de uitgaven van Wmo en Jeugdwet vanaf het jaar 2019.

Bron: VWS

Vraag 4
Hoeveel winst is gemaakt in de Nederlandse zorgsector in 2020?

Antwoord:
Ik beschik niet over de precieze informatie die u vraagt. Het jaar 2020 wordt pas later afgesloten. Het gemiddelde winstpercentage is in deze sector zeer laag. Onderstaande tabel geeft een overzicht van het bedrijfsresultaat (de bedrijfsopbrengsten minus de bedrijfslasten, exclusief het

saldo van financiële en buitengewone baten en lasten) van instellingen met minimaal tien werknemers in verschillende zorgsectoren in 2016, 2017 en 2018. In de Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg vallen instellingen van intramurale zorg en delen van de extramurale zorg, zoals de medisch-specialistische zorg, onder het verbod op winstoogmerk op grond van de Wet toelating zorginstellingen. Zij mogen geen winst uitkeren. Het positieve resultaat dat zij boeken, kan aangewend worden voor het aanleggen van reserves, of bijvoorbeeld herinvesteerd worden in de zorg.

Bedrijfsresultaat per sector (x € 1 miljoen)

	2016	2017	2018[1]
Universitair medisch centra	314	350	246
Algemene ziekenhuizen	563	547	569
Categorale ziekenhuizen	39	31	33
GGZ met overnachting	104	144	75
Gehandicaptenzorg	249	308	232
Jeugdzorg met overnachting	28	36	9
Maatschappelijke opvang (24-uurs)	-12	43	56
Ambulante jeugdzorg	12	-3	8
Verpleeg-, verzorgingshuizen, thuiszorg	163	504	599

[1] Voorlopige cijfers.

Bron: CBS Statline

Vraag 5
Hoeveel winst is uitgekeerd aan investeerders, aandeelhouders en eigenaren?

Antwoord:
Ik hebben hier geen integraal overzicht van. Zoals ik u in antwoord op een vraag bij de VWS-begroting 2020 heb laten weten, hebben SIRM en Finance Ideas in 2019 in opdracht van VWS onderzoek gedaan naar dividenduitkering door zorgaanbieders met een Wtzi-toelating.[1] In hun rapport zeggen de onderzoekers hier het volgende over: «Het is moeilijk rechtstreeks te achterhalen hoeveel dividend in de zorg is uitgekeerd. Onze ruwe schatting komt op € 275 miljoen voor 2016. Hieronder valt niet eventueel dividend uitgekeerd door BV's aan wie WTZi toegelaten zorgaanbieders zorg hebben uitbesteed. Daarvoor hebben we onvoldoende gegevens. Wel hebben we de medisch-specialistische bedrijven meegenomen in de schatting. Het in de zorg uitgekeerd dividend bestaat grotendeels uit dividend van bedrijven van medisch specialisten, huisartsen, tandartsen, apothekers en paramedici. Een klein deel, ongeveer € 6 miljoen per jaar, wordt uitgekeerd door BV's, werkzaam in de extramurale GGZ en thuiszorg. Of een ondernemer-zorgaanbieder kiest voor een BV of werkt als zelfstandige, is deels een juridische en fiscale optimalisatie. Daarom is ook de vergelijking met winst van zelfstandig gevestigde zorgverleners zonder BV relevant. Dat schatten we voor 2016 op € 605 miljoen.»

Vraag 6
Hoeveel reserves hebben de zorginstellingen in de Wlz, Zvw, Wmo 2015 en Jeugdzorg opgebouwd?

Antwoord:
Ik beschik niet over de precieze informatie die u vraagt. Onderstaande tabel geeft een overzicht van het eigen vermogen (waar de reserves

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

onderdeel van uitmaken) van instellingen met minimaal tien werknemers in verschillende zorgsectoren in 2015, 2016, 2017 en 2018[2].

Bedragen in mln euro	2015	2016	2017	2018[1]
Universitair medisch centra	2.072	2.228	2.479	2.785
Algemene ziekenhuizen	3.707	3.930	4.149	4.506
Categorale ziekenhuizen	341	373	381	404
GGZ met overnachting	1.299	1.341	1.385	1.421
Gehandicaptenzorg	2.516	2.690	2.921	3.080
Jeugdzorg met overnachting	251	267	321	337
Maatschappelijke opvang (24-uurs)	281	271	322	350
Ambulante jeugdzorg	54	63	61	69
Verpleeg-, verzorgingshuizen, thuiszorg	4.530	4.462	4.696	5.109

[1] Voorlopige cijfers.

Bron: Statline tabel kerncijfers zorginstellingen.

Vraag 7
Hoeveel hebben de kabinetten Rutte I, II en III bezuinigd op de zorg? Kunt u dit per kabinetsperiode apart aangeven in een tabel met daarin graag tekstuele uitleg waarop bezuinigd is, hoeveel er bezuinigd is en wat de reden daarvoor was?

Antwoord:
Kijkend naar het totale Uitgavenplafond Zorg (UPZ) is er de facto niet bezuinigd op de zorg. Het UPZ is tijdens de kabinetten-Rutte I en II gegroeid van € 59,4 miljard in 2010 naar € 67,8 miljard in 2017 en groeit tijdens het kabinet-Rutte III naar € 75,3 miljard in 2021.
Inzoomend op de intensiveringen en maatregelen van de kabinetten-Rutte I en II, verwijs ik u naar de antwoorden op de vragen 16 t/m 19 bij de begroting 2018 (TK 34 775 XVI, nr.14).

In onderstaand overzicht is het totaal aan beleidsmatige mutaties (maatregelen, ramingsbijstellingen en intensiveringen) van de zorguitgaven onder het Uitgavenplafond Zorg onder het huidige kabinet-Rutte III opgenomen. Deze zijn uitgesplitst naar de verschillende domeinen (Zvw, Wlz, Wmo en Jeugd). De budgettaire reeksen zijn in beeld gebracht vanaf de ontwerpbegroting 2019. Het overzicht bevat alleen de beleidsmatige mutaties en dus niet de autonome groei.

Alle genoemde maatregelen, ramingsbijstellingen en intensiveringen zijn via de VWS-begrotingen aan uw Kamer gepresenteerd. Voor de volledigheid vindt u hieronder een overzicht van de betreffende Kamerstukken van de VWS-begrotingen en bijbehorende paginanummers.

Startnota	(TK 34 775 XVI 15 NOTA VAN WIJZIGING)
OW 2019	(TK 35 000 XVI, nr. 2), pagina 196 t/m 201, 205 t/m 211 en 2014
OW 2020	(TK 35 300 XVI, nr. 2), pagina 190 t/m 194, 197 t/m 201 en 204
OW 2021	(TK 35 570 XVI, nr. 2), pagina 168 t/m 173, 178 t/m 182, 185 en 186.

In de eerste tabel zijn de omvangrijkste intensiveringen opgenomen sinds de start van het kabinet-Rutte III en in de tweede tabel zijn de omvangrijkste maatregelen opgenomen. De toelichtingen bij deze mutaties kunt u vinden in desbetreffende begrotingsstukken.

[2] Voorlopige cijfers.

Tabel omvangrijkste intensiveringen sinds de start van Rutte III (Bedragen x € 1 miljoen)

	2018	2019	2020	2021	
Zvw	100	220	285,9	357,9	
Regelgeving veiligheid geneesmiddelen		70	70	70	OW 2019
HLA: huisartsenzorg	50	50	50	50	OW 2019
HLA: wijkverpleging	50	50	50	50	OW 2019
HLA: geestelijke gezondheidszorg		50	50	50	OW 2019
Invulling taakstelling MSZ			40	75	OW 2020
Beschikbaarheidsbijdrage Prinses Maxima Centrum			9,9	10,9	OW 2020
Standaardisatie inkoop- en verantwoordingseisen in aantal Zvw-sectoren				7	OW 2021
					OW 2021
COVID-19: Fysiotherapie COVID-19-patiënten			12	16	OW 2021
COVID-19: Opschaling IC-capaciteit Zvw			4	4	OW 2021
COVID-19: Opschaling ELV-capaciteit			0	25	OW 2021
Wlz	100	336,5	958	818,3	
Voorziening voor door gemeenten ervaren knelpunten (interbestuurlijk programma)	100				OW 2019
Kostenonderzoek Wlz		128	128	128	OW 2019
Ontwikkelopgave zorgkantoren		11,8	10,2	10,4	OW 2020
Wet zorg en dwang		0,5	9,6	9,7	OW 2020
Bijdrage zorgvisie Groningen		6,2	6,2	6,2	OW 2020
Tegenvaller Wlz-kader		190	480	480	OW 2021
Dak- en thuislozen (sociaal domein)			75	125	OW 2021
Vrouwenopvang (sociaal domein)			59	59	OW 2021
COVID-19 Wlz – Zorg in natura			150		OW 2021
COVID-19 Wlz – Persoonsgebonden budget			40		OW 2021
Wmo					
Ambulantisering ggz-domein		38	50	61	OW 2020
Jeugdwet					
Jeugdhulp		350	190	290	OW 2020
Overig					
Covid-19 Caribisch Nederland			57	13	OW 2021
Totaal	200	945	1.541	1.540	

Bron: VWS-begroting 2019. 2020 en 2021

Tabel omvangrijkste maatregelen sinds de start van Rutte III (Bedragen x € 1 miljoen)

	2018	2019	2020	2021	
Zvw	– 100	– 303	– 369	– 309	
Ramingsbijstelling geneesmiddelen	– 100	– 100	– 100	– 100	OW 2019
Prijsontwikkeling genees- en hulpmiddelen (intra- en extramuraal)	0	182	182	182	OW 2019
Pakketmaatregel vitaminen, mineralen en paracetamol	0	– 40	– 40	– 40	OW 2019
Ramingsbijstelling opleidingen	0	– 225	– 176	– 86	OW 2020
Verlagen groeiruimte geneesmiddelen	0	– 120	– 160	– 230	OW 2020
Ramingsbijstelling apotheekzorg en hulpmiddelen			– 168	– 100	OW 2021
Besparingsverlies vertraging Wgp			88	0	OW 2021
Besparingsverlies uitstel modernisering GVS			0	40	OW 2021
Voorraadverhoging apotheekzorg			5	25	OW2021
Wlz	– 89	– 298	– 513	– 843	
Ramingsbijstelling Wlz	– 100	– 223	– 159	– 165	OW 2019
Ramingsbijstelling groei Wlz	0	– 30	– 110	– 160	OW 2019
Ramingsbijstelling NHC in Wlz-tarief	11	– 8	– 30	– 36	OW 2019
Ramingsbijstelling Wlz		– 37	– 116	– 273	OW 2020
Tariefherijking verpleeghuiszorg	0	0	– 87	– 87	OW 2020
Ramingsbijstellingen overige Wlz-uitgaven			– 11	– 121	OW 2021
Totaal	– 189	– 601	– 882	– 1.152	

Bron: VWS-begroting 2019. 2020 en 2021

Vraag 8
Hoeveel hebben de kabinetten Rutte I, II en III geïnvesteerd in de zorg? Kunt u dit per kabinetsperiode apart aangeven in een tabel met daarin graag tekstuele uitleg waarop bezuinigd is, hoeveel er bezuinigd is en wat de reden daarvoor was?

Antwoord:
Zie het antwoord op Kamervraag 13.

Vraag 9
Kunt u de uitgaven met betrekking tot de Wmo 2015 over de jaren 2007 tot en met 2020 op een rij zetten? Hoeveel was dat in de periode 2010 tot en met 2020?

Antwoord:

Jaar	Uitgaven
2007	€ 2.910 mln. (Wmo)
2008	€ 3.104 mln. (Wmo)
2009	€ 3.322 mln. (Wmo)
2010	€ 3.724 mln. (Wmo)
2011	€ 3.705 mln. (Wmo)
2012	€ 3.684 mln. (Wmo)
2013	€ 3.501 mln. (Wmo)
2014	€ 3.485 mln. (Wmo)
2015	€ 4.098 mln. (Wmo) en € 3.783 mln. (onverdeeld Wmo en Jeugd)
2016	€ 4.121 mln. (Wmo) en € 3.577 mln. (onverdeeld Wmo en Jeugd)
2017	€ 5.129 mln. (Wmo) en € 2.651 mln. (onverdeeld Wmo en Jeugd)
2018	€ 5.422 mln. (Wmo) en € 2.759 mln. (onverdeeld Wmo en Jeugd)
2019[1]	€ 5.722 mln. (Wmo) en € 2.781 mln. (onverdeeld Wmo en Jeugd)

[1] 2019 o.b.v. voorlopige cijfers.

Bron: CBS, op basis van gemeentelijke rekeningcijfers Iv3 (Iv3: Informatie voor derden, het format voor gemeenten op basis van het Besluit begroting en verantwoording provincies en gemeenten).

Vanwege de decentralisaties zijn per 2015 de Iv3-functies voor het sociaal domein gewijzigd. Een aantal nieuwe Iv3-functies betreft zowel de Wmo als Jeugd. Daarom is in de tabel voor 2015 en 2016 een bedrag «onverdeeld Wmo en Jeugd» opgenomen.
Om beter aan te sluiten bij de gemeentelijke praktijk zijn per 2017 de Iv3-functies vervangen door Iv3-taakvelden. Door de overgang naar taakvelden vertegenwoordigen de bedragen niet meer hetzelfde als tot en met 2016. Ook wordt in tegenstelling tot en met 2016 de gemeentelijke overhead niet meer door de individuele gemeenten zelf opgesplitst en toegerekend aan de verschillende Iv3-functies, maar in zijn geheel door de gemeenten op een afzonderlijk taakveld voor de totale overhead geboekt. De gemeentelijke uitgaven aan de Wmo voor het jaar 2019 zijn gebaseerd op voorlopige cijfers, voor 2020 zijn deze nog niet bekend.

Vraag 10
Kunt u de uitgaven vanuit de Wlz op een rij zetten over de jaren 2015 tot en met 2020?

Antwoord:
In de onderstaande tabel zijn de bruto en netto Wlz-uitgaven van de jaren 2015 tot en met 2020 opgenomen.

Wlz-uitgaven en -ontvangsten 2015–2020 (bedragen x € 1 miljard)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Bruto Wlz-uitgaven	19,5	19,9	20,4	21,6	23,8	25,6
Eigen betalingen	1,9	1,9	1,9	1,8	1,8	1,9
Netto Wlz-uitgaven	17,7	18,0	18,5	19,9	21,9	23,7

Bron: VWS-begroting 2021, tabel 12 pagina 190

Vraag 11
Kunt u de uitgaven vanuit de Zvw op een rij zetten over de jaren 2007 tot en met 2020?

Antwoord:
In de onderstaande tabel zijn de bruto en netto Zvw-uitgaven voor de jaren 2007 tot en met 2020 opgenomen.

Zvw-uitgaven en -ontvangsten 2007–2020 (bedragen x € 1 miljard)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Bruto Zvw-uitgaven	26,1	31,5	33,8	35,5	36,0	36,7	39,2	39,2	41,8	43,8	45,1	46,8	48,7	50,6
Eigen risico	2,0	1,3	1,4	1,5	1,5	1,9	2,7	3,1	3,2	3,2	3,2	3,2	3,1	3,2
Netto Zvw-uitgaven	24,0	30,2	32,4	34,0	34,5	34,7	36,5	36,1	38,6	40,6	41,9	43,6	45,6	47,4

Bron: VWS-cijfers/ https://opendata.rijksbegroting.nl/4d_Overzicht_1_Niet_gecorrigeerde_groei_zorguitgaven_1997–2024_stand_OW_2021.xls

Vraag 12
Kunt u de uitgaven aan jeugdzorg op een rij zetten van de jaren 2015 tot en met 2020?

Antwoord:
Het budget voor jeugdhulp is onderdeel van de algemene uitkering van het gemeentefonds en valt daarmee onder de beleids- en bestedingsvrijheid van gemeenten. Daardoor is niet precies bekend wat de uitgaven van gemeenten aan de jeugdzorg zijn. Gemeenten hoeven hun uitgaven niet te verantwoorden. Wel dienen zij hun rekeningcijfers in het IV3-systeem in te vullen. De rekeningcijfers bieden inzicht in de uitgaven van gemeenten, maar doordat de indeling van IV3 op onderdelen een combinatie van Wmo 2015 en Jeugdwet betreft, zijn de uitgaven aan jeugdzorg niet goed uit te splitsen. Hieronder volgt een overzicht van de uitgaven aan jeugd, Wmo en gecombineerd Wmo en jeugd.

2015	€ 4.098 mln. (Wmo), € 2.963 miljoen (Jeugd) en € 3.783 mln. (onverdeeld Wmo en Jeugd)
2016	€ 4.121 mln. (Wmo), € 3.126 miljoen (Jeugd) en € 3.577 mln. (onverdeeld Wmo en Jeugd)
2017[1]	€ 5.129 mln. (Wmo), € 3.822 miljoen (Jeugd) en € 2.651 mln. (onverdeeld Wmo en Jeugd)
2018	€ 5.422 mln. (Wmo), € 4.259 miljoen (Jeugd) en € 2.759 mln. (onverdeeld Wmo en Jeugd)
2019[2]	€ 5.722 mln. (Wmo), € 4.546 miljoen (Jeugd) en € 2.781 mln. (onverdeeld Wmo en Jeugd)

[1] Vanaf 2017 zijn deze uitgaven exclusief overhead. Vanaf 2017 worden de overhead uitgaven als één post apart in de IV3 gerapporteerd.
[2] Bron: CBS, op basis van gemeentelijke rekeningcijfers Iv3 (Iv3: Informatie voor derden, het format voor gemeenten op basis van het Besluit begroting en verantwoording provincies en gemeenten). 2019 o.b.v. voorlopige cijfers.

Vraag 13
Kunt u de uitgaven betreffende beschermd wonen op een rij zetten over de jaren 2015 tot en met 2020?

Antwoord:
De uitgaven voor beschermd wonen maken deel uit van de totale uitgaven aan de Wmo. Gemeenten leveren via het Iv3-systeem (informatie voor derden) informatie aan over hun begroting en hun daadwerkelijk gerealiseerde uitgaven. Dit Iv3-systeem kent een sterk geaggregeerd niveau en overlap met andere gemeentelijke taken, waardoor het gevraagde inzicht voor alleen beschermd wonen niet kan worden gegeven. Wel kan worden gemeld dat het budget voor beschermd wonen apart via de integratie-uitkering beschermd wonen aan de centrumgemeenten wordt verstrekt.

Jaar	Bedrag
2015	€ 1,4 miljard
2016	€ 1,4 miljard
2017	€ 1,5 miljard
2018	€ 1,6 miljard
2019	€ 1,8 miljard
2020	€ 1,9 miljard

Beschermd wonen wordt separaat benoemd omdat dit budget – in tegenstelling tot de overige onderdelen van de oude integratie-uitkering Sociaal domein deel Wmo 2015 – nog niet is overgeheveld naar de algemene uitkering van het gemeentefonds.

Vraag 14
Kunt u de uitgaven aan preventie op een rij zetten over de jaren 2005 tot en met 2020?

Antwoord:
Dit kabinet heeft in het regeerakkoord in totaal € 170 miljoen extra uitgetrokken voor preventiemaatregelen. Het RIVM heeft eind 2019 op zijn website https://www.volksgezondheidenzorg.info/ de kosten van preventie in Nederland voor het peiljaar 2015 gepubliceerd. Het RIVM schrijft hierover: In 2015 werd aan preventie 12,5 miljard euro uitgegeven. Dit komt overeen met 1,8% van het Bruto Binnenlands Product (BBP) van dat jaar. Het grootste deel van de uitgaven, bijna € 9,5 miljard (76,0%), ging naar gezondheidsbescherming. Verder kwam € 2,3 miljard (18,8%) ten goede aan ziektepreventie en € 647 miljoen (5,2%) aan gezondheidsbevordering.

In 2010 is dit voor het laatst gedaan met als peiljaar 2007. In 2007 werd € 13 miljard uitgegeven aan preventie in Nederland. Daarvan werd ongeveer € 3 miljard binnen de zorg besteed. Het RIVM schreef toen: «Het merendeel van de uitgaven, € 10 miljard euro, vindt buiten de zorg plaats. Vrijwel alle uitgaven buiten de zorg worden besteed aan gezondheidsbescherming. Voorbeelden hiervan zijn bestrijding van luchtverontreiniging en bevordering van de verkeersveiligheid. De uitgaven binnen de zorg gaan voor het merendeel, € 2,5 miljard, naar ziektepreventie bijvoorbeeld vaccinatie, screening en preventieve medicatie. Aan gezondheidsbevorderende maatregelen als leefstijlvoorlichting wordt binnen de zorg bijna € 0,5 miljard uitgegeven.»

Vraag 15
Kunt u de uitgaven aan dagbesteding en begeleiding op een rij zetten over de jaren 2015 tot en met 2020?

Antwoord:
De uitgaven voor dagbesteding en begeleiding maken onderdeel uit van de totale uitgaven aan de Wmo, zoals vermeld in het antwoord op vraag 15. Gemeenten leveren via het Iv3-systeem (informatie voor derden) informatie aan over hun begroting en hun daadwerkelijke gerealiseerde uitgaven. Dit Iv3-systeem kent een sterk geaggregeerd niveau en overlap met andere gemeentelijke taken, waardoor het gevraagde inzicht voor alleen dagbesteding en begeleiding niet kan worden gegeven.

Vraag 16
Kunt u een overzicht geven van de totale uitgaven in de verpleeghuiszorg, vanaf 2010 tot en met 2020?

Antwoord:
Onderstaand treft u de uitgaven van de intramurale verpleeghuiszorg vanaf 2010 tot en met 2020.

Intramurale verpleeghuiszorg (Wlz) 2010–2020 (bedragen x € 1 miljard)

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
7,4	7,7	8,7	8,4	8,6	8,5	8,8	9,2	10,1	11,7	12,8

Bron: VWS-cijfers

Vraag 17
Hoe vaak is in de afgelopen jaren bij de Ondernemingskamer melding gedaan van disfunctionerende bestuurders?

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

Vraag 18
Kunt u aangeven hoeveel bestuurders uitgesplitst per zorgsector meer verdienen dan de Balkenendenorm? Kunt u deze bestuurders in een overzicht zetten met salariëring, eventuele bonus en auto in plaats van doorverwijzen naar het Ministerie van Binnenlandse Zaken?

Antwoord:
Bestuurders die in 2020 meer verdienen dan het algemene WNT-maximum doen dit óf omdat zij een beroep doen op het overgangsrecht, óf omdat aan hen een uitzondering is toegekend.
Vanaf 2016 is de algemene digitale meldplicht niet meer verplicht voor de zorgsector, waardoor er geen overzicht bestaat van de topfunctionarissen in de zorg die meer verdienen dan het algemeen bezoldigingsmaximum als gevolg van het overgangsrecht. Topfunctionarissen die vanaf 2014 tot de inwerkingtreding van de verlaagde sectorale maxima in 2016 bezoldigingsafspraken hebben gemaakt kunnen mogelijk een beroep doen op overgangsrecht inclusief de daarbij behorende afbouw. De bezoldiging van deze topfunctionarissen is vanaf 1 januari 2023 op of onder de norm.[3]

In totaal zijn vanaf januari 2013 tot op heden 28 topfunctionarissen uit de zorgsector uitgezonderd van het algemeen bezoldigingsmaximum. In 2019 heeft één bestuurder toestemming gekregen om een hogere bezoldiging overeen te komen dan het algemeen bezoldigingsmaximum zoals bedoeld in artikel 2.3 van de Wet Normering Topinkomens. In 2020 is tot op heden geen bestuurder uitgezonderd van bovengenoemde norm. De hogere bezoldiging bedraagt op grond van artikel 2.5 Wet Normering Topinkomens niet meer dan 130 procent van de maximale bezoldiging en omvat de gehele (bruto) bezoldiging, inclusief een eventuele bonus en auto.

Het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties brengt ieder jaar voor 31 december de WNT-jaarrapportage uit waarmee inzicht wordt gegeven in de uitvoering en realisatie van de doelen van de WNT.

Vraag 19
Kunt u een overzicht geven van alle zorgbestuurders die in opspraak zijn geweest vanwege wanbeleid en/of wanbestuur?

Antwoord:
Ik beschik niet over een dergelijk overzicht.

Vraag 20
Heeft u in 2020 of voorgaande jaren zorgbestuurders ontslagen en laten vervangen? Zo ja, wie waren dat en waarom? Zo neen, waarom niet?

Antwoord:
Zoals ik u in antwoord op een vraag bij de VWS-begroting 2020 heb laten weten ontslaat en vervangt de overheid geen zorgbestuurders, omdat zij geen verantwoordelijkheid draagt voor het bestuur van een zorginstelling. De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor en belast met het besturen van de zorgorganisatie. De Raad van Toezicht houdt hier toezicht op en is bevoegd om bestuurders te ontslaan. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd heeft ook geen bevoegdheid om zorgbestuurders te ontslaan. Wel kan de inspectie – als ultimum remedium – op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg een zorgaanbieder een aanwijzing geven om te bewerkstelligen dat de Raad van Bestuur of de Raad van Toezicht van een zorginstelling wordt uitgebreid of een of meer leden daarvan worden vervangen. Deze situatie heeft zich tot op heden niet voorgedaan.

Vraag 21
Wat zijn de meest actuele cijfers met betrekking tot zorgmijding? Wanneer is het volgende onderzoek naar zorgmijding gepland?

---

[3] https://www.topinkomens.nl/vraag-antwoord/afbouwschemas-en-rekentool-overgangsrecht/zorg-en-jeugdhulp

Antwoord:
Op de website van de Staat van Volksgezondheid en Zorg[4] is te zien dat het percentage van de mensen dat aangeeft de afgelopen twaalf maanden te hebben afgezien van zorg vanwege de kosten (niet specifiek het eigen risico), is afgenomen van 16% in 2016 naar 9% in 2019. Deze cijfers zijn afkomstig van het Nivel, zijn gebaseerd op een vragenlijst en worden jaarlijks geactualiseerd. Volgend jaar zijn de cijfers voor 2020 beschikbaar en zal duidelijk zijn welk effect de coronacrisis heeft gehad op zorgmijding. Het onderzoek naar maatregelen die gemeenten en zorgverzekeraars kunnen nemen om ongewenste zorgmijding vanwege financiële redenen onder kwetsbare groepen tegen te gaan. Is gedaan voor Zorgweb en het Verwey-Jonker Instituut en uw Kamer heeft een brief over deze onderzoeken op 12 oktober jl. ontvangen (Kamerstuk 29 689, nummer 1081).

Vraag 22
Welk verband bestaat er tussen het mijden van zorg en de inkomensgroep waartoe iemand behoort?

Antwoord:
In 2015 heeft het Nivel onderzoek gedaan naar de aard, omvang en redenen van zorgmijding. Daaruit blijkt dat mensen met lagere inkomens vaker afzien van een huisartsenbezoek vanwege financiële redenen dan mensen met hogere inkomens. Dit onderzoek is, inclusief een beleidsreactie, op 28 oktober 2015, aan de Kamer aangeboden (zie Kamerstuk 29 689, nummer 664).

Vraag 23
Hoeveel mensen hebben in 2020 afgezien van zorg vanwege hogere kosten? Kunt u dat uitsplitsen per zorgsector?

Antwoord:
Deze cijfers zijn voor 2020 nog niet beschikbaar. Zie het antwoord op vraag 27 voor de meest actuele cijfers over zorgmijding. Deze cijfers zijn in onderstaande tabel uitgesplitst naar soort zorg.

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

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

Bron: Nivel, Consumentenpanel Gezondheidszorg, gepubliceerd op https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/financi%C3%ABle-toegankelijkheid-afzien-van-zorg-vanwege-de-kosten

Vraag 24
Hoeveel mensen zien af van Wlz-zorg vanwege de hoge eigen bijdrage? Hoe was die verdeling in voorgaande jaren?

Antwoord:
De eigen bijdrage die mensen betalen voor Wlz-zorg is inkomens- en vermogensafhankelijk en daarmee gebaseerd op de individuele draagkracht. Het is niet bekend hoeveel mensen afzien van Wlz-zorg vanwege de eigen bijdrage. Er is dus ook geen verdeling over vorige jaren bekend. Wel krijgen mensen zorg als dat gegeven de situatie nodig is.

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

Vraag 25
Hoe was de verdeling naar inkomensgroep van mensen die zorg mijden in 2020? Hoe was die verdeling in voorgaande jaren?

Antwoord:
Deze gegevens zijn voor 2020 niet bekend. Zie verder het antwoord op vraag 28.

Vraag 26
Wat was de verwachte opbrengst van de eigen bijdrage, voor zowel de Wmo 2015 als de Wlz over 2020?

Antwoord:
De opbrengst van de eigen bijdragen Wlz 2020 werd in de VWS-begroting 2020 geraamd op € 1.931 miljoen (zie pagina 179 van de ontwerpbegroting 2021). De eigen bijdragen Wmo vallen onder de verantwoordelijkheid van gemeenten. Dit betreft zowel opbrengsten van eigen bijdragen van maatwerkvoorzieningen als opbrengsten van eigen bijdragen van algemene voorzieningen. Voor de opbrengsten van eigen bijdragen van maatwerkvoorzieningen is geen raming gemaakt. Daarnaast bestaat er geen landelijk inzicht in de opbrengsten van eigen bijdragen van algemene voorzieningen.

Vraag 27
Wat wordt de verwachte opbrengst van de eigen bijdrage, voor zowel de Wmo 2015 als de Wlz in 2020?

Antwoord:
De geactualiseerde opbrengst van de eigen bijdragen Wlz 2020 wordt in de VWS-begroting 2021 geraamd op € 1.931 miljoen (zie pagina 179 van de ontwerpbegroting 2021). De eigen bijdragen Wmo vallen onder de verantwoordelijkheid van gemeenten. Dit betreft zowel opbrengsten van eigen bijdragen van maatwerkvoorzieningen als opbrengsten van eigen bijdragen van algemene voorzieningen. Op dit moment bestaat er nog geen landelijk inzicht in de opbrengsten van de eigen bijdragen voor maatwerkvoorzieningen voor 2020. Daarnaast bestaat er geen landelijk inzicht in de opbrengsten van eigen bijdragen van algemene voorzieningen.

Vraag 28
Welke gemeenten vragen geen eigen bijdrage voor zorg en voorzieningen uit de Wmo 2015?

Antwoord:
Op grond van informatie van het CAK blijkt dat alle gemeenten eigen bijdragen vragen voor op grond van de Wmo 2015 verstrekte voorzieningen. Gemeenten kunnen er wel voor kiezen om voor bepaalde voorzieningen geen eigen bijdrage te vragen. Ook kunnen gemeenten kiezen voor minimabeleid, waarbij zij er voor kiezen om de eigen bijdrage voor cliënten tot een bepaald bijdrageplichtig inkomen op nul te stellen. In 2020 passen 66 gemeenten minimabeleid toe.

Vraag 29
Hoeveel verzorgingshuizen zijn tot op heden gesloten en hoeveel zijn dat er naar verwachting in 2020?

Antwoord:
Er wordt landelijk geen lijst bijgehouden van locaties die zijn gesloten of gaan sluiten.

Vraag 30
Hoeveel gehandicaptenzorginstellingen zijn gesloten en hoeveel zijn dat er naar verwachting in 2020?

Antwoord:
Er wordt landelijk geen lijst bijgehouden van locaties die zijn gesloten of gaan sluiten.

Vraag 31
Kunt u een overzicht geven van alle plussen en minnen betreffende de verpleeghuiszorg?

Antwoord:
Onderstaande tabel geeft een overzicht van de plussen en minnen bij de verpleeghuiszorg in 2021 ten opzichte van 2020. Dit bestaat uit een plus van € 0,4 miljard voor de investeringen in verband met het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (van € 1,7 miljard in 2020 naar € 2,1 miljard in 2021) en € 0,3 miljard groeiruimte. Hier staan geen minnen tegenover. Per saldo nemen de middelen voor de verpleeghuiszorg toe met in totaal circa € 0,7 miljard. Naast deze extra middelen zal het totale budget bij Voorjaarsnota 2021 worden geïndexeerd voor loon- en prijsontwikkelingen.

Plussen en minnen verpleeghuiszorg in 2021 ten opzichte van 2020 (miljarden euro)	Toename 2021
Kwaliteitsbudget verpleeghuiszorg	0,4
Groeiruimte Wlz	0,3
totaal	0,7

Vraag 32
Kunt u een overzicht geven van alle plussen en minnen betreffende de gehandicaptenzorg?

Antwoord:
De middelen voor de gehandicaptenzorg nemen in 2021 ten opzichte van 2020 toe met circa € 0,2 miljard. Deze stijging bestaat voornamelijk uit groeiruimte. Hier staan geen minnen tegenover. Naast de extra middelen zal het totale budget bij Voorjaarsnota 2021 worden geïndexeerd voor loon- en prijsontwikkelingen.

Vraag 33
Hoeveel ouderen zijn de laatste jaren mishandeld en wat zijn de meest actuele cijfers?

Antwoord:
In 2018 is een onderzoek uitgevoerd door Regioplan naar de aard en omvang van ouderenmishandeling in Nederland. Uit dit onderzoek blijkt dat circa 170.000 ouderen in Nederland te maken hebben met verschillende vormen van ouderenmishandeling. 1 op de 20 thuiswonende 65-plussers krijgt ooit te maken met ouderenmishandeling; 1 op de 50 thuiswonende 65-plussers heeft op jaarbasis te maken met ouderenmishandeling.[5] Naast de cijfers van dit onderzoek zijn geen actuele landelijke prevalentiecijfers bekend.

Veilig Thuis-organisaties verstrekken tweemaal per jaar registratiegegevens aan het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Het CBS

[5] Kamerstuk 28 345, nr. 188

publiceert op basis van die gegevens tweemaal per jaar de beleidsinformatie Veilig Thuis. Het aantal meldingen wordt gepubliceerd voor onder meer kindermishandeling, partnergeweld en ouderenmishandeling. Volgens de meest recente gepubliceerde cijfers heeft Veilig Thuis in het tweede halfjaar van 2019 1355 meldingen van ouderenmishandeling ontvangen.[6]

Vraag 34
Hoeveel jongeren, volwassenen en ouderen zijn eenzaam?

Antwoord:
De Gezondheidsmonitor meet elke vier jaar de eenzaamheid van groepen in Nederland. De respondenten zijn 19 jaar en ouder, dus we beschikken niet over de cijfers van eenzaamheid bij jongeren tot en met 18 jaar. In 2016 gaf 43% van de volwassenen vanaf 19 jaar aan eenzaam te zijn, waarbij 10% zich ernstig of zeer ernstig eenzaam voelde. De mate van eenzaamheid neemt toe met de leeftijd. Van de 75-plussers voelt 58% zich eenzaam.

Bron: RIVM, 2019. Gezondheidsmonitor Volwassenen (2016). Beschikbaar via https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/eenzaamheid

Vraag 35
Hoeveel wordt besteed aan het bestrijden van eenzaamheid?

Antwoord:
Dit kabinet heeft voor een brede aanpak eenzaamheid in deze kabinetsperiode € 29 miljoen extra middelen beschikbaar gesteld. Deze middelen worden onder andere besteed aan het programmateam, de publiekscampagnes en de verschillende manieren van ondersteuning die aan gemeenten wordt geboden (zoals adviseurs, een toolkit, en een signaalpunt)
Gemeenten hebben sinds de invoering van de Wmo 2015 een verantwoordelijkheid in het bevorderen van zelfredzaamheid van hun inwoners en daarmee ook het terugdringen van eenzaamheid. Gemeenten ontvangen hiervoor middelen via de algemene uitkering van het Gemeentefonds. In verband met de beleidsvrijheid van gemeenten is hierbinnen niet geoormerkt welk deel beschikbaar is voor het bestrijden van eenzaamheid.

Vraag 36
Welke effecten heeft eenzaamheid op de fysieke gezondheid? Wat zijn hiervan de kosten?

Antwoord:
Eenzaamheid kan leiden tot een aantal psychische klachten, zoals depressie, cognitieve achteruitgang, dementie, (alcohol)verslaving en zelfmoordgedachten. Daarnaast kan eenzaamheid leiden tot fysieke klachten, zoals beroertes, een hoge bloeddruk, hart- en vaatziekten, slaapproblematiek en een verminderde afweer (van der Zwet & van de Maat, Movisie, 2016). Maar meestal is dit niet causaal aan te tonen en spelen meerdere factoren een rol. Eenzaamheid brengt dus (in)direct kosten met zich mee, maar deze zijn niet altijd direct herleidbaar. Dit maakt het meten van gezondheidskosten van eenzaamheid, zowel direct als indirect, niet goed mogelijk.

[6] https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2020/26/aard-van-geweld-casussen-veilig-thuis-2e-halfjaar-2019

Vraag 37
Hoeveel en welke thuiszorgorganisaties zijn in 2019 en 2020 failliet gegaan?

Antwoord:
Volgens het CBS gingen er in 2019 en 2020 (tot en met augustus) 58 thuiszorgorganisaties failliet. Het CBS spreekt overigens niet van «thuiszorgorganisaties», maar van instellingen met als hoofdactiviteit maatschappelijke dienstverlening zonder overnachting gericht op ouderen en gehandicapten. Zie ook het antwoord op vraag 159. Ik beschik niet over een overzicht welke thuiszorgorganisaties in deze periode failliet zijn gegaan.

Vraag 38
Hoeveel thuiszorgmedewerkers zijn vanaf 2015 ontslagen?

Antwoord:
Er zijn geen cijfers beschikbaar over het aantal thuiszorgmedewerkers dat vanaf 2015 is ontslagen.

Vraag 39
Hoeveel is bezuinigd op de Wmo 2015 vanaf 2006 tot en met 2020?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 607.

Vraag 40
Hoeveel is bezuinigd op de huishoudelijke verzorging (huishoudelijke hulp) vanaf 2006 tot en met 2020?

Antwoord:
Bij de inwerkingtreding van de Wmo in 2007 is uitgegaan van uitgaven in de AWBZ en is geen bezuiniging doorgevoerd. Wel is rekening gehouden met de verdiencapaciteit van gemeenten in de vorm van eigen bijdragen. Hiervoor is een bedrag van € 197 miljoen structureel vanaf 2007 ingeboekt. Vanaf 2010 is rekening gehouden met een efficiencywinst van € 50 miljoen structureel in verband met de mogelijkheid voor gemeenten om individuele voorzieningen op collectieve wijze te verstrekken. Daarnaast is in verband met een overschatting van de pgb-uitgaven structureel vanaf 2011 een correctie van € 150 miljoen doorgevoerd. Voor de jaren vanaf 2015 wordt verwezen naar het antwoord op vraag 607.

Vraag 41
Hoeveel is bezuinigd op het budget van de beschermde woonvormen vanaf 2015 tot en met 2020?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 533. Zie ook het antwoord op vraag 19.

Vraag 42
Wat zijn de minimumtarieven die gehanteerd mogen worden voor huishoudelijke verzorging?

Antwoord:
Er zijn geen landelijke minimumtarieven voor huishoudelijke verzorging op grond van de Wmo 2015. Op grond van de Wmo 2015 moeten gemeenten een reëel tarief vaststellen voor de gecontracteerde dienstverlening (waaronder huishoudelijke verzorging). Hierbij dienen gemeenten op grond van het Besluit reële prijs lokaal in kaart te brengen met welke

kosten aanbieders vanuit de gestelde gemeentelijke kwaliteitseisen te maken hebben en daar hun tarief op te baseren.

Vraag 43
Welke gemeenten hanteren nog steeds te lage tarieven voor huishoudelijke verzorging?

Antwoord:
Ik beschik niet over de gevraagde informatie. Op grond van de Wmo 2015 moeten gemeenten een reëel tarief vaststellen voor de gecontracteerde dienstverlening (waaronder huishoudelijke verzorging). Hierbij dienen gemeenten op grond van het Besluit reële prijs lokaal in kaart te brengen met welke kosten aanbieders vanuit de gestelde gemeentelijke kwaliteitseisen te maken hebben en daar hun tarief op te baseren. Het is primair aan de gemeenteraad om het college van burgemeester en wethouders te controleren op een juiste uitvoering van de wettelijke eisen ten aanzien van de vastgestelde tarieven.

Vraag 44
Hoeveel dagbestedingslocaties zijn er? Hoeveel dagbestedingslocaties zijn gesloten sinds 2015?

Antwoord:
Het aantal locaties waar dagbesteding wordt aangeboden wordt niet op landelijk niveau bijgehouden. Ook het aantal dagbestedingslocaties dat sinds 2015 is gesloten is niet landelijk bekend.

Vraag 45
Hoeveel mensen zijn gekort in hun uren huishoudelijke verzorging, uitgesplitst per gemeente?

Antwoord:
Op grond van de Wmo 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk om zorgbehoevende inwoners de zorg en ondersteuning te bieden die passend is bij de specifieke situatie van deze persoon. Ik beschik niet over de gevraagde informatie, omdat er geen landelijke registratie plaatsvindt.

Vraag 46
Hoeveel mensen zijn hun zorg vanuit de Wmo 2015 kwijtgeraakt, uitgesplitst per gemeente?

Antwoord:
De Wmo 2015 is een kaderwet die gemeenten opdraagt beleid te voeren op het gebied van maatschappelijke ondersteuning. Ik beschik landelijk dan ook niet over de gevraagde gegevens.

Vraag 47
Hoeveel gemeenten hebben tot nu toe hun beleid aangepast conform de uitspraken van de Centrale Raad van Beroep? Welke gemeenten hebben hun beleid nog niet aangepast?

Antwoord:
Omdat de uitspraak van de CRvB in oktober van 2018 bekend werd, waren de inkooptrajecten voor 2019 al afgerond. Een wijziging van resultaatgerichte bekostiging – die samenhangt met het beleid van resultaatgericht beschikken in een «schoon en leefbaar huis» – is voor de meeste gemeenten op zijn vroegst in 2020 te verwachten. Bovendien hanteren veel gemeenten langlopende contracten, wat betekent dat deze overeenkomsten mogelijk pas (veel) later aangepast kunnen worden.

Vraag 48
Wat waren de uitvoeringskosten van de Wmo 2015?

Antwoord:
Gemeenten zijn niet verplicht om de uitvoeringskosten voor de Wmo 2015 apart te registreren. Het Rijk beschikt dan ook niet over deze gegevens.

Vraag 49
Met hoeveel procent is de bureaucratie in de Wmo 2015 toegenomen? Welk bedrag is hiermee gemoeid?

Antwoord:
Op landelijk niveau zijn geen gegevens beschikbaar over het percentage en de kosten van bureaucratie in de Wmo 2015 en de Jeugdwet. Het Kabinet zet zich wel in om de bureaucratie in de uitvoering van de Wmo 2015 en de Jeugdwet te verminderen. Onder de vlag van het programma (Ont)Regel de Zorg worden diverse activiteiten ondernomen die bijdragen aan het verminderen van de bureaucratie in het sociaal domein. Bijvoorbeeld door het verbeteren van het proces rondom inkoop en verantwoording door het programma i-Sociaal Domein of het organiseren van schrapsessies voor hulpverleners. Aan het eind van 2020 ontvangt uw Kamer de voortgangsrapportage Ontregel de zorg.

Vraag 50
Op welke wijze hebben de gemeenten het toezicht op de Wmo-zorg georganiseerd? Wie is per gemeente de toezichthouder?

Antwoord:
De colleges van burgemeester en wethouders van gemeenten moeten een gemeentelijke Wmo-toezichthouder aanwijzen. In ruim 60% van de gemeenten voert de GGD het Wmo-toezicht uit; gemeenten kunnen het Wmo-toezicht ook in eigen beheer organiseren. Elke gemeente heeft een Wmo-toezichthouder aangewezen. Toezicht kan vervolgens op verschillende manieren plaatsvinden:
Risico-gestuurd: de toezichthouder bezoekt specifieke zorgaanbieders die binnen een bepaald risicoprofiel passen. De risico's worden bepaald aan de hand van een groot aantal factoren (bijvoorbeeld op basis van verkregen signalen);
Signaal-gestuurd: de toezichthouder bezoekt aanbieders op basis van signalen die bij de betreffende toezichthouder worden neergelegd;
Thematisch: Vooraf wordt bepaald zorgaanbieders met specifieke kenmerken of doelgroepen te bezoeken;
Naast bovengenoemde vormen van toezicht bestaat ook het zogenoemde calamiteitentoezicht.
De toezichthouder bepaalt zelf of in overleg met de opdrachtgever (het college van burgemeester en wethouders) hoe het toezicht in de specifieke gemeente uitgevoerd dient te worden. De gemeentelijk toezichthouder vormt een onafhankelijk oordeel over de uitvoering van de wettelijke taken door de gemeente en de door hen gecontracteerde aanbieders.

Er is géén lijst van Wmo-toezichthouders beschikbaar.

Vraag 51
Hoeveel zorgwoningen zijn er in Nederland?

Antwoord:
Er bestaat geen landelijk overzicht van het aantal zorgwoningen of een eventueel tekort daaraan. Het is aan gemeenten om samen met woningcorporaties en zorgpartijen de lokale woonopgave voor ouderen in beeld

te brengen en hieraan actie te verbinden. De Taskforce wonen en zorg stimuleert dat gemeenten medio 2021 de woonzorgopgave in beeld hebben en een woonzorgvisie hebben ontwikkeld. Wel heeft RIGO in een nulmeting de geclusterde woonvormen in 63% van de gemeenten in kaart gebracht. Daarin zijn op dit moment 1.903 woonlocaties geïnventariseerd met in totaal 91.467 wooneenheden, verdeeld over 235 gemeenten. RIGO gaat de komende maanden een vervolgmeting doen. Hiermee verwacht ik een beeld te krijgen van het aantal geclusterde wooneenheden en de verandering daarin.

Vraag 52
Hoe groot is het tekort aan zorgwoningen?

Antwoord:
Zie antwoord op vraag 51.

Vraag 53
Hoeveel zorgwoningen zijn er in de afgelopen jaren bijgebouwd?

Antwoord:
Zie antwoord op vraag 51.

Vraag 54
Hoeveel mensen zijn langer thuis blijven wonen sinds de decentralisaties?

Antwoord:
Deze vraag is alleen te beantwoorden met de nodige aannames.
In 2014 waren er 2.919.024 personen van 65 jaar of ouder. Daarvan woonden 136.620 personen (op peildatum; Bron: CBS/Monitor Langdurige Zorg) in een VV-instelling hetgeen overeenkomt met 4,68% van het totaal aantal 65-plussers.
In 2018 waren er 3.332.600 personen van 65 jaar of ouder. Bij ongewijzigd beleid zou, bij toepassing van het percentage uit 2014, het aantal personen in een VV-instelling 155.977 zijn. Het aantal geregistreerde 65-plussers in een VV-instelling (op peildatum) bedraagt 119.195 personen wat overeenkomt met 3,6% van de populatie van 65 jaar of ouder.
Het verschil tussen het berekende cijfer en het gemeten cijfer is 36.782 personen. Dit aantal kan worden gezien als een benadering van het aantal 65-plussers dat langer thuis is blijven wonen.

Vraag 55
Hoeveel en/of welke gemeenten verstrekken een tegemoetkoming aan mensen met hoge zorgkosten en hoeveel of welke gemeente verstrekken dit niet? Kunt u hiervan een overzicht sturen?

Antwoord:
Vrijwel alle gemeenten (339 van de 355) bieden een collectieve zorgverzekering aan voor sociale minima (niet specifiek voor minima met hoge zorgkosten, maar voor alle minima). Daarbij geven gemeenten regelmatig een financiële bijdrage, als tegemoetkoming in de kosten van de (aanvullende) premie.
Eind 2016 had ongeveer de helft van de gemeenten een meerkostenregeling op basis waarvan het college van burgemeester en wethouders aan personen met een beperking of chronische psychische of psychosociale problemen die daarmee verband houdende aannemelijke meerkosten hebben, een tegemoetkoming verstrekt ter ondersteuning van de zelfredzaamheid en de participatie.
Bij de eigen bijdrage Wmo 2015 kunnen gemeenten minimabeleid toepassen, voorzieningen vrijstellen van eigen bijdragen, het abonnementstarief in zijn geheel verlagen en in individuele gevallen mensen

vrijstellen van een eigen bijdrage. In 2020 passen 66 gemeenten minimabeleid toe, waarbij gemeenten de eigen bijdrage voor bepaalde doelgroepen op nul zetten.
Tot slot bieden gemeenten ondersteuning bij het regelen van financiële zaken. Zo schakelen gemeenten (in samenwerking met woningbouwcorporaties) bijvoorbeeld de voorzieningenwijzer in. Deze helpt mensen bij het afsluiten van een energiecontract, zorgverzekering en bij het omgaan met toeslagen, inkomstenbelasting en gemeentelijke regelingen. Gemiddeld levert het een huishouden € 500 euro aan besparingen op door gebruik te maken van bestaande voorzieningen of producten.

Vraag 56
Hoeveel kleinschalige woonvormen zijn sinds de Actielijn Wonen en zorg opgestart sinds de start van deze actielijn en de ingezette stimuleringsregeling?

Antwoord:
Zie antwoord op vraag 51.

Vraag 57
Welke onderzoeken heeft u extern laten uitvoeren en bij wie? Welke kosten waren hiermee gemoeid? Is tussen het Ministerie van VWS en de onderzoekers gesproken over de concept conclusies?

Antwoord:
Op verzoek van uw Kamer wordt vanaf najaar 2015 een overzicht van alle beleidsrelevante VWS-onderzoeken gepubliceerd op het VWS-deel van de website van de rijksoverheid (www.Rijksoverheid.nl). Conform de toezegging aan uw Kamer wordt vanaf dat moment met terugwerkende kracht het overzicht gepubliceerd van alle beleidsrelevante onderzoeksrapporten van de concernorganisaties en kennisinstellingen die vanaf april 2015 zijn verschenen. Omdat VWS-deel uitmaakt van de pilot Open Overheid van het Ministerie van BZK worden in het overzicht ook alle sinds die datum verschenen rapporten van het door VWS uitgezette opdrachtonderzoek onder ARVODI-voorwaarden opgenomen. Het totaaloverzicht wordt maandelijks achteraf geactualiseerd.
VWS stelt bij conceptrapporten waar relevant vragen over (vermeende) feitelijke onjuistheden of over de wijze waarop de conclusies voortvloeien uit het desbetreffende onderzoek. Daarbij is geen sprake van inhoudelijke beïnvloeding van de conceptconclusies.

Vraag 58
Kunt u een overzicht geven van congressen waaraan ambtenaren deelnamen? Hoeveel geld werd hieraan uitgegeven in 2020? Kunt u aangeven wat het doel was van deze congressen?

Antwoord:
Er wordt op het departement geen separate administratie bijgehouden, waarin wordt geregistreerd welke congressen worden bezocht. De gestelde vragen kunnen derhalve niet op het gevraagde detailniveau worden beantwoord. Wel worden alle declaraties van de politieke en ambtelijke leiding van alle departementen vanaf 1 januari 2013 maandelijks gepubliceerd op de website www.rijksoverheid.nl. Informatie ten aanzien van de bestuurskosten van het Ministerie van VWS is daarmee te allen tijde voor iedereen openbaar te raadplegen en beschikbaar.

Vraag 59
Kunt u een overzicht geven van congressen en reizen waaraan ambtenaren deelnamen in het buitenland? Hoeveel geld werd hieraan uitgegeven? Kunt u hierbij aangeven wat het doel was van deze congressen en reizen?

Antwoord:
Er is op het departement geen separate administratie waarin wordt bijgehouden welke congressen worden bezocht of welke reizen worden afgelegd. De gestelde vragen kunnen derhalve niet op het gevraagde detailniveau worden beantwoord. Wel worden alle declaraties van de politieke en ambtelijke leiding van alle departementen vanaf 1 januari 2013 maandelijks gepubliceerd op de website www.rijksoverheid.nl. Informatie ten aanzien van de bestuurskosten van het Ministerie van VWS is daarmee te allen tijde voor iedereen openbaar te raadplegen en beschikbaar.

Vraag 60
Hoe vaak werden reizen en congressen geheel of gedeeltelijk bekostigd door externe partijen?

Antwoord:
Er is op het departement geen separate administratie, waarin wordt bijgehouden welke congressen worden bezocht of welke reizen worden afgelegd. De gestelde vragen kunnen derhalve niet op het gevraagde detailniveau worden beantwoord. Tot het najaar van 2012 was in het algemeen de lijn dat wanneer een VWS'er was uitgenodigd om een inleiding te houden, de deelname- en verblijfkosten voor rekening van de uitnodigende partij konden zijn. Met ingang van het parlementaire jaar 2013 in september 2012 hanteert VWS de lijn dat ook in zulke gevallen VWS bij volledige deelname aan het congres de deelname- en verblijfkosten voor eigen rekening neemt.

Vraag 61
Door wie werden de reizen waar ambtenaren aan deelnamen of hun verblijf bekostigd en wat was de bijdrage?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 60.

Vraag 62
Kunt u aangeven hoeveel deelbegrotingen van alle zorgprogramma's en actieplannen hebben gekost? Kunt u daarin apart overzichtelijk maken hoeveel budget uitgegeven is aan communicatie, lunches en borrels met de betrokken partijen?

Antwoord:
Het is niet bekend hoeveel budget is uitgegeven aan communicatie, lunches en borrels met betrokken partijen vanuit alle zorgprogramma's en actieplannen. Dit wordt binnen de reguliere beleidsbudgetten opgevangen. Een dergelijk overzicht kan dan ook niet worden gegeven.

Vraag 63
Hoeveel communicatiemedewerkers of hoeveel fte (fulltime equivalent) communicatiemedewerkers heeft het Ministerie van VWS in dienst?

Antwoord:
Voor de cijfers verwijs ik naar het openbare overzicht op: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/07/03/fte-overzicht-directies-communicatie-rijksoverheid-2020.

Vraag 64
Kunt u een overzicht geven van alle (aanjaag)teams die u heeft ingezet? Welke personen (uit welke organisaties) werken voor deze (aanjaag-)teams, om hoeveel fte gaat het hier, hoe hoog is hun salariëring, wat zijn hun doelstellingen en welke resultaten hebben ze tot nu toe geboekt?

Antwoord:
Er zijn «praktijkteams» ingesteld onder verschillende benamingen (zoals aanjaagteam, interventieteam, praktijkteam). Deze teams kennen een wisselende samenstelling van medewerkers van VWS en andere organisaties (o.a. Zorgverzekeraars Nederland, VNG en diverse partijen uit de praktijk). Soms worden deze teams geleid door een VWS-medewerker, soms door iemand van één van deze organisaties.
In de meeste gevallen maakt het werken in een praktijkteam deel uit van een breder takenpakket van de betrokkenen. Het aantal uren dat zij werken in de praktijkteams wordt niet geregistreerd, zodat het niet mogelijk is uit te rekenen hoeveel fte er in de praktijkteams aan het werk zijn en wat de salariskosten van deze teams zijn.
Zoals gebruikelijk en zoals toegezegd, wordt aan uw Kamerverslag gedaan van de resultaten van de praktijkteams. Dat gebeurt bij de reguliere voortgangsrapportages aan uw Kamer over de diverse beleids-thema's.
De resultaten en werkwijzen van de praktijkteams zijn te vinden op https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/praktijkteams-betere-samenwerking-overheid-en-praktijk-in-de-zorg

Vraag 65
Hoeveel communicatiemedewerkers of hoeveel fte communicatiemede-werkers heeft u in dienst?

Antwoord:
De medewerkers van de directie communicatie zijn in dienst van het Ministerie van VWS en niet van een bewindspersoon. Voor het aantal verwijs ik naar het openbare overzicht op https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/07/03/fte-overzicht-directies-communicatie-rijksoverheid-2020

Vraag 66
Hoeveel communicatiemedewerkers of hoeveel fte communicatiemede-werkers heeft de Staatssecretaris van VWS in dienst?

Antwoord:
Zie antwoord op vraag 65.

Vraag 67
Hoeveel communicatiemedewerkers of hoeveel fte communicatiemede-werkers heeft de Minister voor Medische Zorg in dienst?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 65.

Vraag 68
Hoeveel procent van de zorgaanbieders maakten in 2020 gebruik van digitale gegevensuitwisseling met andere zorgaanbieders? Hoe hoog was dat percentage in voorgaande jaren?

Antwoord:
Er zijn veel vormen van digitale gegevensuitwisseling die in reikwijdte en mate van implementatie van elkaar verschillen. Een algemeen antwoord op deze vraag is daarmee niet beschikbaar. Deelinformatie is beschikbaar

in verschillende rapportages en websites. Zo is bijvoorbeeld op de website «vipp-monitor» te zien hoe digitale informatie-uitwisseling met de patiënt en tussen instellingen onderling vordert. In de ehealth monitor 2019 is ook uitgebreid aandacht besteed aan gegevensuitwisseling over de jaren heen. Bijvoorbeeld dat het aandeel huisartsen dat gestandaardiseerde en elektronische gegevens kan uitwisselen met thuiszorgorganisaties in 2019 26 procent is, tegenover 11 procent in 2014. In hoeverre de zorg digitaler wordt en welke effecten dat heeft op patiënten en zorgverleners, zal het RIVM vanaf 2020 in cijfers weergeven als vervolg op de monitor die Nictiz en het NIVEL tussen 2013 en 2019 hebben uitgebracht.

Vraag 69
Hoeveel besloten vennootschappen (bv's), naamloze vennootschappen (nv's), verenigingen, vennootschappen onder firma (vof's), eenmanszaken en stichtingen hebben zich in 2020 geregistreerd als zorgverlener of zorginstelling?

Antwoord:
Het Landelijk Register Zorgaanbieders (LRZa) heeft in 2020 (tot en met 5 oktober 2020) vanuit het Handelsregister de volgende aantallen registraties van zorginstellingen of zorgverleners ontvangen: 2.230 bv's, 1 nv, 52 verenigingen, 923 vof's, 20.379 eenmanszaken en 903 stichtingen. Daarnaast heeft het LRZa vanuit het Handelsregister ook nog registraties van andere dan de gevraagde rechtsvormen ontvangen: 20 commanditaire vennootschappen, 39 coöperaties, 16 buitenlandse rechtsvormen en 291 maatschappen.

Vraag 70
Hoeveel zorgorganisaties hebben onderhangende bv's?

Antwoord:
Het Landelijk Register Zorgaanbieders bij het CIBG bevat 5.047 toegelaten zorginstellingen met een KvK-nummer, waarvan 264 zorginstellingen een dochter-bv hebben (peildatum: 5 oktober 2020).

Vraag 71
Hoeveel mensen betalen een eigen bijdrage uit vermogen, uitgesplitst naar de Wlz en de Wmo 2015?

Antwoord:
Onderstaande tabel geeft informatie over het aantal Wlz-cliënten en Wmo-leefeenheden in beschermd wonen waarbij vermogen een rol speelt in de berekening van de eigen bijdrage. Vanwege invoering van het abonnementstarief, speelt vermogen in de Wmo alleen nog een rol in de berekening van de eigen bijdrage voor beschermd wonen.

Aantal cliënten/leefeenheden met vermogen, peildatum oktober 2020:

	Wlz	Wmo Beschermd Wonen
2016	69.000	1.900
2017	69.000	1.900
2018	79.000	1.900
2019	84.000	1.800
2020[1] (t/m september)	72.000	1.500

[1] Voor 2020, het lopende kalenderjaar, is er nog geen compleet beeld bekend.

Vraag 72
Hoeveel klachten en bezwaren heeft het CAK afgelopen jaar gekregen en hoeveel was dit in voorgaande jaren?

Antwoord:
Onderstaand is een overzicht opgenomen van het totaal aantal klachten en bezwaren over de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Wet langdurige Zorg (Wlz), en de burgerregelingen van het CAK.

	2016	2017	2018	2019
Klachten Wlz	390	406	432	503
Bezwaren Wlz	1.695	1.684	2.117	2.175
Klachten Wmo	517	411	424	339
Bezwaren Wmo	2.323	1.841	3.214	3.299
Klachten burgerregelingen	261	239	215[1]	285
Bezwaren burgerregelingen	5.211	4.331	3.758	3.368

[1] Het eerder genoemde aantal van 239 is in een latere fase bijgesteld naar 215.

Vraag 73
Kunt u nauwkeurig toelichten per beleidsartikel welke extra amendeerruimte nog bestaat? Als deze ruimte ontbreekt, wat is hiervoor de reden?

Antwoord:
In hoofdstuk 2.3 in de ontwerpbegroting 2021 is tabel 4 opgenomen «Overzicht niet-juridisch verplichte uitgaven» waarin zowel het juridisch verplichte als het niet-juridisch verplichte deel per artikel is opgenomen. De niet-juridisch verplichte uitgaven kunnen in beginsel worden geamendeerd, omdat hier nog geen juridisch verplichting voor is aangegaan door VWS. Evenwel liggen aan de niet-juridische verplichte delen vaak al bestuurlijke afspraken ten grondslag, zoals in de toelichting in tabel 4 is opgenomen in de laatste kolom. Hierin is vermeld waar de niet-juridische middelen aan worden besteed.

Vraag 74
Kunt u aangeven wat de bezuiniging was bij het afschaffen van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en de Compensatie Eigen Risico (CER)?

Antwoord:
In onderstaande tabel is opgenomen wat de netto besparing was van het afschaffen van de Wtcg en de CER.

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

Vraag 75
Hoeveel middelen worden door gemeenten naar schatting ter beschikking gesteld voor de financiële tegemoetkoming voor zorgkosten, die in de plaats zijn gekomen van de Wtcg en de CER?

Antwoord:
Bij ons is niet bekend hoe hoog dit bedrag op dit moment bij de verschillende gemeenten is. Ten tijde van het afschaffen van de Wtcg en de CER is

structureel € 268 miljoen per jaar beschikbaar gesteld aan gemeenten, die onder meer is ingezet voor de ondersteuning van gemeentecollectiviteiten.

Vraag 76
Wat zijn de opbrengsten indien het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) wordt afgeschaft en de indicatiestelling wordt teruggegeven aan professionele zorgverleners? Is de regering bereid deze besparingsmogelijkheid in de zorg te onderzoeken?

Antwoord:
In het kader van Zorgkeuzes in Kaart is de mogelijkheid onderzocht om de indicatiestelling voor de Wet langdurige zorg door zorgaanbieders zelf te laten plaatsvinden in plaats van door het CIZ. U kunt dit terugvinden op pagina 99 van het rapport dat op 24 juli jl. aan uw Kamer is verzonden (TK 2019–2020, 29 689 nr. 1075). De structurele budgettaire effecten zijn in dit rapport geraamd op circa € 160 miljoen aan extra collectieve uitgaven. De verwachte besparing die bij het CIZ wordt geboekt wordt teniet gedaan door de verwachte upcoding.

Vraag 77
Kunt u een overzicht geven van de absolute levensverwachting in jaren en de jaren daarvan in goed ervaren gezondheid, onderverdeeld in laag, midden en hoog sociaal economische status én minimum, modaal en hoog inkomen?

Antwoord:
In onderstaande tabellen treft u de gevraagde informatie voor zowel opleidings- als inkomensniveau aan. Het meest recente cijfer voor de indeling naar opleidingsniveau op de Staat Volksgezondheid en Zorg is het gemiddelde van 2015–2018. Voor het inkomensniveau is van CBS-cijfers gebruik gemaakt. Het CBS onderscheidt vijf inkomensgroepen en het meest recente cijfer betreft het gemiddelde van 2014–2017.

Verslagjaar 2015/2018	Laag onderwijsniveau	Middelbaar onderwijsniveau	Hoog onderwijsniveau
Levensverwachting bij geboorte[1]	78,9	82,1	85,2
Levensverwachting in goed ervaren gezondheid[2]	56,9	64,7	71,6

[1] https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/levensverwachting.
[2] https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/levensverwachting-goed-ervaren-gezondheid.

Inkomensklasse (verslagjaar 2014–2017)		Laagste	Laag midden	Midden	Hoog midden	Hoogste
Mannen	Levensverwachting	74,8	79,5	81,5	82,5	83,1
Mannen	Levensverwachting in goed ervaren gezondheid	52,4	59,8	66,0	69,2	72,5
Vrouwen	Levensverwachting	79,3	83,4	84,6	85,2	85,5
Vrouwen	Levensverwachting in goed ervaren gezondheid	52,7	58,9	64,9	67,6	72,4

CBS, https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/80298ned/table?ts=1601888721757

Vraag 78
Hoeveel kosten keurmerken in de zorg?

Antwoord:
Op basis van de inventarisatie van Nictiz is een schatting gemaakt van de kosten die instellingen maken om de keurmerken te verkrijgen. Het gaat om € 45 miljoen (na indexatie tot niveau 2021). Dit bedrag houden de instellingen die particuliere keurmerken gebruiken, over als deze

keurmerken worden afgeschaft. Zie ook Zorgkeuzes in Kaart dat op 24 juli jl. aan uw Kamer is verzonden (TK 29 689 nr. 1075).

Vraag 79
Hoeveel van deze keurmerken per merk worden jaarlijks afgegeven?

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

Vraag 80
Welke besparing is mogelijk als keurmerken in de zorg afgeschaft worden?

Antwoord:
Certificering is niet verplicht op grond van wet- en regelgeving; dit is een aangelegenheid van de veldpartijen zelf. Derhalve is een bestuurlijk akkoord nodig met veldpartijen om keurmerken af te schaffen. In Zorgkeuzes in Kaart is gerekend aan een fiche waarin wordt afgesproken dat particuliere keurmerken in zowel de cure als de care niet meer worden gehanteerd. Op basis van de inventarisatie van Nictiz is een schatting gemaakt van de kosten die instellingen maken om de keurmerken te verkrijgen. Het gaat om € 45 miljoen vanaf het tweede jaar nadat deze maatregel is genomen. Dit bedrag houden de instellingen die particuliere keurmerken gebruiken, over als deze keurmerken worden afgeschaft.
Er zijn echter ook andere effecten van deze maatregel die niet te kwantificeren bleken. Het is niet bekend hoeveel tijdwinst het afschaffen van de particuliere keurmerken voor zorgmedewerkers oplevert door minder administratieve lasten, zoals het niet meer hoeven invullen van afvinklijstjes. Zonder keurmerken kunnen zorgaanbieders minder goed vergeleken worden. Dit kan leiden tot minder doelmatigheid en daardoor hogere kosten. Het bedrag dat hiermee gemoeid is, is echter onbekend. U kunt het fiche terugvinden op pagina 46 van het rapport Zorgkeuzes in Kaart dat op 24 juli jl. aan uw Kamer is verzonden (TK 29 689 nr. 1075).

Vraag 81
Welke keurmerken worden vereist bij zorginkoop, uitgesplitst naar zorgkantoorregio?

Antwoord:
Er worden geen keurmerken vereist bij de zorginkoop. Derhalve kan er geen uitsplitsing worden gegeven per zorgkantoorregio.

Vraag 82
Wat kost jaarlijks de bureaucratie in de zorg in Nederland, uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord:
Dergelijke cijfers zijn bij ons niet bekend. Er bestaat geen eenduidige definitie of meting van de omvang van de bureaucratie in de zorg in Nederland.

Vraag 83
Hoe groot is de overhead en de kosten hiervan, uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord:
Er is geen totaalbeeld over alle zorgsectoren beschikbaar.

Op basis van cijfers van het CBS (Zorginstellingen, financiële kengetallen 2007–2011) bedroeg het aandeel van de overheadkosten bij ziekenhuizen in 2011 20%. Op basis van de Jaarverslagenanalyse Ziekenhuizen 2018 en 2019 van Intrakoop zijn de algemene kosten (waaronder uitgaven aan administratie en registratie, communicatie, accountants- en externe advisering) circa 15% van de inkoopgerelateerde kosten.
Voor wat betreft de langdurige zorg heeft Berenschot in 2019 onderzoek naar gedaan naar het aandeel van de overhead in de totale kosten. In 2019 bedroegen de overheadkosten in de VVT-sector 16%, voor de GHZ-sector 17% en voor de langdurige ggz (Wlz) sector 21%. De overheadkosten in de ggz zijn hoger dan in de andere twee sectoren wegens het groter verloop van cliënten en het grotere aantal behandelaren, dit brengt meer administratie en inzet van andere ondersteunende diensten met zich mee.

Vraag 84
Wat was de overhead in de reguliere ziekenhuizen in 2010 en in 2019?

Antwoord:
Op basis van cijfers van het CBS (Zorginstellingen, financiële kengetallen 2007–2011) bedroeg het aandeel van de overheadkosten bij ziekenhuizen in 2010 20%. Op basis van de Jaarverslagenanalyse Ziekenhuizen 2018 en 2019 van Intrakoop zijn de algemene kosten (waaronder uitgaven aan administratie en registratie, communicatie, accountants- en externe advisering) circa 15% van de inkoopgerelateerde kosten.

Vraag 85
Wat was de overhead in academische ziekenhuizen in 2010 en in 2019?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 84. Ik beschik niet over specifieke aanvullende informatie over academische ziekenhuizen.

Vraag 86
Wat was de overhead in instellingen voor langdurige zorg in 2010 en in 2019?

Antwoord:
Voor wat betreft de langdurige zorg heeft Berenschot in 2017 onderzoek gedaan naar het aandeel van de overhead in de totale kosten. In 2017 bedroegen de overheadkosten in de VVT-sector 17%, voor de GHZ-sector 16% en voor de GGZ-sector 22%. Ik heb niet de beschikking over de percentages in 2010 en 2019.

Vraag 87
Met hoeveel procent en kosten is de bureaucratie toegenomen na de decentralisaties naar de gemeenten (uitgesplitst in Wmo 2015 en Jeugdwet)?

Antwoord:
Zoals wij u ook bij de begrotingsvragen over 2019 en 2020 hebben geïnformeerd, zijn op landelijk niveau geen gegevens beschikbaar over het percentage en de kosten van bureaucratie in de Wmo 2015 en de Jeugdwet. Het Kabinet zet zich in om de bureaucratie in de uitvoering van de Wmo 2015 en de Jeugdwet te verminderen. Onder de vlag van het programma (Ont)Regel de Zorg worden diverse activiteiten ondernomen die bijdragen aan het verminderen van de bureaucratie in het sociaal domein. U bent hierover in de voortgangsbrief (Ont)Regel de Zorg (Kamerstukken 29 515, nr. 441) nader geïnformeerd. De volgende voortgangsrapportage bij het programma [Ont]Regel de Zorg kunt u dit najaar tegemoetzien.

Vraag 88
Hoeveel kost een verpleegdag in de wijkverpleging?

Antwoord:
In de wijkverpleging is geen sprake van verpleegdagen. Cliënten wonen in hun eigen huis en op basis van de voor die cliënt gestelde indicatie wordt zorg thuis geleverd.

Vraag 89
Hoeveel kost een verpleegdag in een hospice?

Antwoord:
Het aanbod van hospicevoorzieningen is divers van aard. Naast hospices zijn er bijna-thuis-huizen (BTH's), high care hospices en palliatieve units die gekoppeld zijn aan een verpleeg- of ziekenhuis. Om een beeld te geven van de kosten is informatie opgevraagd bij de Vrijwillige palliatieve terminale zorg Nederland (VPTZ). Een gemiddeld hospice kost rond de € 175 per dag. Dat is voor het vrijwilligersdeel, coördinatiekosten en huisvesting. De verpleegkundige zorg komt daar nog bij en wordt geleverd door de wijkverpleging. Het aantal uren verpleegkundige zorg per BTH's verschilt: sommige BTH's kiezen er voor 24 uur per dag verpleegkundigen in huis te hebben, andere alleen gedurende de avond/nacht en/of op afroep. De Associatie Hospicezorg Nederland (AHzN) heeft eind vorig jaar door Bureau Berenschot een onderzoek laten uitvoeren naar de kostprijs van high care hospicezorg. Bij high care hospicezorg is 24 uur per dag een verpleegkundige aanwezig en zijn de verpleegkundigen in dienst van het hospice. Volgens dit onderzoek kost een dag in een high care hospice circa € 524.

Vraag 90
Wat zijn de precieze kosten of een inschatting van de kosten voor ziekenhuizen vanwege de hoge bezetting van ouderen die langer in het ziekenhuis verblijven dan noodzakelijk, omdat in de thuissituatie geen plek is of omdat er wachtlijsten zijn bij verpleeghuizen of Eerstelijnsverblijf (ELV)-bedden?

Antwoord:
Bij de beantwoording van deze vraag ga ik uit van de kosten van zogenoemde «verkeerde bedden». Een «verkeerd bed» is in de beleidsregels van de NZa gedefinieerd als noodgedwongen verblijf in een instelling voor medisch-specialistische zorg na een opname, dat tot stand komt omdat er geen mogelijkheid is tot opname in een instelling die Wlz-zorg met verblijf biedt. Voor een «verkeerd bed» konden ziekenhuizen op basis van NZa-beleidsregels in 2019 een Wlz-tarief declareren van maximaal C 293,16 per dag. Uit actuele gegevens van het Zorginstituut blijkt dat de declaraties «verkeerde bedden» een verwacht macrobeslag heeft van circa € 10 miljoen in 2019. Ik sluit niet uit dat dit cijfer geen compleet beeld geeft van de in deze vraag bedoelde kosten, omdat ziekenhuizen de kosten van «onnodige bezetting» mogelijk niet volledig of op een andere manier declareren.
Mij is niet bekend wat de kosten zijn die ziekenhuizen maken voor ouderen die langer in het ziekenhuis verblijven dan noodzakelijk omdat er geen plek zou zijn bij eerstelijnsverblijf bedden of waarvan de thuisplek nog niet gereed is.

Vraag 91
Wat zijn de kosten van ELV-bedden?

Antwoord:
De NZa heeft drie prestaties voor eerstelijnsverblijf vastgesteld met een maximumtarief en één prestatie met een vrij tarief. In onderstaande tabel zijn de bedragen per dag weergegeven.

Prestaties	Tarief
Eerstelijnsverblijf laag complex	Maximaal € 168,86
Eerstelijnsverblijf hoog complex	Maximaal € 257,20
Eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg	Maximaal € 344,87
Resultaatbeloning en zorgvernieuwing	Vrij tarief

Vraag 92
Hoeveel ELV-bedden zijn er?

Antwoord:
Uit de realisatiecijfers van Vektis blijkt dat in 2019 in totaal 36.841 personen gebruik hebben gemaakt van het eerstelijnsverblijf (ELV). Dat aantal is vrijwel gelijk aan 2018 en ruim 3.500 meer dan in 2017. Het totaal voor eerstelijnsverblijf beschikbare aantal bedden in 2019 kan op basis van de gemiddelde ligduur van 35 dagen en een veronderstelde bezettingsgraad van 90% worden ingeschat op ongeveer 3900.

Vraag 93
Hoeveel tijdelijke bedden zijn er in verzorgingshuizen en verpleeghuizen?

Antwoord:
Ervan uitgaande dat met tijdelijke bedden de totale capaciteit voor het eerstelijnsverblijf en de Wlz-crisiszorg tezamen wordt bedoeld, schat ik het aantal in op ca. 4.200. Het totaal voor eerstelijnsverblijf beschikbare aantal bedden in 2019 kan op basis van 36.841 personen met een gemiddelde ligduur van 35 dagen en een veronderstelde bezettingsgraad van 90% worden ingeschat op ongeveer 3.900 (zie ook het antwoord op vraag 98). De capaciteit voor het eerstelijnsverblijf zit grotendeels bij verzorgingshuizen en verpleeghuizen, maar niet helemaal. Het aantal bedden dat beschikbaar is voor Wlz-crisiszorg bedraagt ca. 300 op basis van het aantal bekostigde dagen crisiszorg in de VV in 2017 (100.000 etmalen prestatie Z110).

Vraag 94
Hoeveel kinderen leven in armoede? Wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord:
In de meest recente CBS-publicatie «Armoede en sociale uitsluiting 2019» staan gegevens over 2018. In 2018 maakten 264 duizend minderjarige kinderen deel uit van een huishouden met een laag inkomen.

Vraag 95
Wat gebeurt er momenteel om het gebruik van antipsychotica en/of psychofarmaca in de ouderenzorg omlaag te brengen?

Antwoord:
Met de inwerkingtreding van de Wet zorg en dwang zijn zorgverleners verplicht het stappenplan te volgen, indien er antipsychotica en/of psychofarmaca toegediend worden en de cliënt hier niet mee instemt of als deze buiten de richtlijnen om worden toegepast. Op deze manier worden zorgverleners gestimuleerd om te zoeken naar mogelijkheden het gebruik af te bouwen en te zoeken naar alternatieven.

Vraag 96
Hoeveel mensen hebben een indicatie voor een ZZP (Zorgzwaartepakket) 1? Hoeveel was dit in voorgaande jaren?

Antwoord:
Op 1 juli 2020 hebben 1.515 mensen een indicatie voor een zzp 1 (bron: CIZ). De onderstaande tabel laat zien hoeveel dit was in voorgaande jaren op peildatum tweede vrijdag van november (bron: CBS/monitor langdurige zorg).

	Aantal cliënten op peildatum					
Zorgprofiel	2015	2016	2017	2018	2019	2020
zzp 1 VV	1.690	1.270	950	680	450	345
zzp 1 VG	670	615	595	625	620	605
zzp 1 LVG	40	25	25	20	15	15
zzp 1 SGLVG	465	415	390	385	320	310
zzp 1 LG	315	265	220	195	165	145
zzp 1 ZG vis	90	75	65	50	35	30
zzp 1 ZG aud	85	80	75	70	65	65
zzp 1B GGZ	5	5	5	0	0	0
totaal zzp 1	3.360	2.750	2.325	2.025	1.670	1.515

Vraag 97
Hoeveel mensen hebben een ZZP 2? Hoeveel was dit in voorgaande jaren?

Antwoord:
Op 1 juli 2020 hebben 7.705 mensen een indicatie voor een zzp 2 (bron: CIZ). De onderstaande tabel laat zien hoeveel dit was in voorgaande jaren op peildatum tweede vrijdag van november (bron: CBS/monitor langdurige zorg).

	Aantal cliënten op peildatum					
Zorgprofiel	2015	2016	2017	2018	2019	2020
zzp 2 VV	5.590	3.920	2.665	1.735	1.140	840
zzp 2 VG	5.375	4.825	4.605	4.445	4.210	4.125
zzp 2 LVG	590	510	490	500	475	425
zzp 2 LG	1.530	1.600	1.620	1.605	1.595	1.625
zzp 2 ZG vis	330	300	270	245	220	220
zzp 2 ZG aud	410	430	455	470	465	470
zzp 2B GGZ	60	50	50	0	0	0
totaal zzp 2	13.885	11.635	10.155	9.000	8.105	7.705

Vraag 98
Hoeveel mensen hebben een ZZP 3? Hoeveel was dit in voorgaande jaren?

Antwoord:
Op 1 juli 2020 hebben 29.765 mensen een indicatie voor een zzp 3 (bron: CIZ). De onderstaande tabel laat zien hoeveel dit was in voorgaande jaren op peildatum tweede vrijdag van november (bron: CBS/monitor langdurige zorg).

	Aantal cliënten op peildatum					
Zorgprofiel	2015	2016	2017	2018	2019	2020
zzp 3 VV	10.905	7.395	4.885	3.080	2.055	1.540
zzp 3 VG	22.395	23.845	24.405	24.880	25.215	25.515
zzp 3 LVG	1.320	1.120	1.070	1.065	985	980
zzp 3 LG	1.195	880	690	535	430	370
zzp 3 ZG vis	645	645	645	655	625	600
zzp 3 ZG aud	455	505	540	565	615	630
zzp 3B GGZ	585	540	525	145	130	130
totaal zzp 3	37.500	34.930	32.760	30.925	30.055	29.765

Vraag 99
Hoeveel mensen hebben een ZZP 4? Hoeveel was dit in voorgaande jaren?

Antwoord:
Op 1 juli 2020 hebben 57.305 mensen een indicatie voor een zzp 4 (bron: CIZ). De onderstaande tabel laat zien hoeveel dit was in voorgaande jaren op peildatum tweede vrijdag van november (bron: CBS/monitor langdurige zorg).

	Aantal cliënten op peildatum					
Zorgprofiel	2015	2016	2017	2018	2019	2020
zzp 4 VV	31.310	31.785	32.680	34.995	36.025	34.055
zzp 4 VG	12.505	14.335	15.990	16.470	16.925	17.260
zzp 4 LVG	375	280	275	275	295	295
zzp 4 LG	4.010	4.350	4.490	4.510	4.605	4.670
zzp 4 ZG vis	400	390	400	385	380	360
zzp 4 ZG aud	240	230	235	245	235	235
zzp 4B GGZ	1.065	990	915	530	495	430
totaal zzp 4	49.905	52.360	54.985	57.410	58.960	57.305

Vraag 100
Hoeveel mensen hebben een ZZP 5? Hoeveel was dit in voorgaande jaren?

Antwoord:
Op 1 juli 2020 hebben 101.390 mensen een indicatie voor een zzp 5 (bron: CIZ). De onderstaande tabel laat zien hoeveel dit was in voorgaande jaren op peildatum tweede vrijdag van november (bron: CBS/monitor langdurige zorg).

	Aantal cliënten op peildatum					
Zorgprofiel	2015	2016	2017	2018	2019	2020
zzp 5 VV	62.500	66.340	69.670	74.660	81.005	82.090
zzp 5 VG	10.115	11.270	13.210	13.535	13.820	14.060
zzp 5 LVG	75	35	25	30	30	25
zzp 5 LG	1.170	1.405	1.965	1.885	1.850	1.835
zzp 5 ZG vis	560	565	605	610	640	640
zzp 5B GGZ	3.990	3.780	3.850	2.670	2.740	2.740
totaal zzp 5	78.410	83.395	89.325	93.390	100.085	101.390

Vraag 101
Hoeveel mensen hebben een ZZP 6? Hoeveel was dit in voorgaande jaren?

Antwoord:
Op 1 juli 2020 hebben 67.600 mensen een indicatie voor een zzp 6 (bron: CIZ). De onderstaande tabel laat zien hoeveel dit was in voorgaande jaren op peildatum tweede vrijdag van november (bron: CBS/monitor langdurige zorg).

	Aantal cliënten op peildatum					
Zorgprofiel	2015	2016	2017	2018	2019	2020
zzp 6 VV	27.425	29.005	29.750	31.265	33.105	34.050
zzp 6 VG	22.180	23.610	25.515	26.080	26.735	27.345
zzp 6 LG	5.165	5.380	5.760	5.695	5.660	5.670
zzp 6B GGZ	860	765	670	530	535	535
totaal zzp 6	55.630	58.760	61.695	63.570	66.035	67.600

Vraag 102
Hoeveel mensen hebben een ZZP 7? Hoeveel was dit in voorgaande jaren?
Hoeveel mensen hebben een ZZP 8? Hoeveel was dit in voorgaande jaren?

Antwoord:
Op 1 juli 2020 hebben 30.395 mensen een indicatie voor een zzp 7 (bron: CIZ). De onderstaande tabel laat zien hoeveel dit was in voorgaande jaren op peildatum tweede vrijdag van november (bron: CBS/monitor langdurige zorg).

	Aantal cliënten op peildatum					
Zorgprofiel	2015	2016	2017	2018	2019	2020
zzp 7 VV	13.670	12.560	11.700	11.070	11.520	11.585
zzp 7 VG	12.520	13.225	13.895	14.580	15.325	15.840
zzp 7 LG	1.525	1.505	1.550	1.510	1.495	1.565
zzp 7B GGZ	1.830	1.695	1.685	1.275	1.370	1.405
totaal zzp 7	29.545	28.985	28.830	28.435	29.710	30.395

Op 1 juli 2020 hebben 11.255 mensen een indicatie voor een zzp 8 (bron: CIZ). De onderstaande tabel laat zien hoeveel dit was in voorgaande jaren op peildatum tweede vrijdag van november (bron: CBS/monitor langdurige zorg).

	Aantal cliënten op peildatum					
Zorgprofiel	2015	2016	2017	2018	2019	2020
zzp 8 VV	2.330	2.360	2.515	2.565	2.690	2.780
zzp 8 VG	6.450	6.915	8.360	8.300	8.435	8.475
totaal zzp 8	8.780	9.275	10.875	10.865	11.125	11.255

Vraag 103
Hoeveel mensen hebben een ZZP 9? Hoeveel was dit in voorgaande jaren?
Hoeveel mensen hebben een ZZP 9? Hoeveel was dit in voorgaande jaren?

Antwoord:
Op 1 juli 2020 hebben 1.220 mensen een indicatie voor een zzp 9 (bron: CIZ). De onderstaande tabel laat zien hoeveel dit was in voorgaande jaren op peildatum tweede vrijdag van november (bron: CBS/monitor langdurige zorg).

	Aantal cliënten op peildatum					
Zorgprofiel	2015	2016	2017	2018	2019	2020
zzp 9b VV	680	840	1.030	1.190	1.335	1.220

Op 1 juli 2020 hebben 55 mensen een indicatie voor een zzp 10 (bron: CIZ). De onderstaande tabel laat zien hoeveel dit was in voorgaande jaren op peildatum tweede vrijdag van november (bron: CBS/monitor langdurige zorg).

	Aantal cliënten op peildatum					
Zorgprofiel	2015	2016	2017	2018	2019	2020
zzp 10 VV	340	280	270	75	35	55

Vraag 104
Hoeveel mensen hebben een ZZP 10? Hoeveel was dit in voorgaande jaren?
Hoeveel mensen hebben een zorgzwaartepakket? Hoe zijn de prijzen van zorgzwaartepakketten de afgelopen jaren veranderd? Kunt u een historisch overzicht geven van de prijsontwikkeling van ZZP's? Wat heeft de extramuralisering van ZZP 1,2 en 3, het sluiten van verzorgingshuizen in financiële zin opgeleverd?

Antwoord:
De ontwikkeling van het aantal cliënten met een ZZP 10 is opgenomen in antwoord 109. Er waren op 1 juli 2020 308.220 mensen een indicatie voor een zorgprofiel (zorgzwaartepakket) in de Wlz (bron: CIZ).

In bijgaande tabel is de ontwikkeling van de maximumtarieven per dag uit de NZa-beleidsregels weergegeven. Dit zijn de tarieven voor de ZZP's inclusief behandeling en dagbesteding. Naast deze tarieven zijn toeslagen en meerzorg mogelijk. Met ingang van 2018 zijn de tarieven inclusief normatieve huisvestingscomponent (NHC) en normatieve investeringscomponent (NIC). In 2019 en 2020 zijn de tarieven gewijzigd als gevolg van het kostprijsonderzoek. Voor 2020 zijn de tarieven in de sector verpleging en verzorging waarop het kwaliteitskader verpleeghuiszorg van toepassing is (ZZP V&V 4 en hoger) gewijzigd. De tarieven van de overige ZZP's zijn in 2019 aangepast. Daarnaast zijn de tarieven geïndexeerd.

ZZP-tarieven (max. NZa-beleidsregel)	2016	2017	2018	2019	2020	2021
VV 4	€ 143,12	€ 146,75	€ 190,32	€ 197,33	€ 165,03	€ 170,53
VV 5	€ 188,11	€ 192,89	€ 241,07	€ 250,05	€ 266,47	€ 275,81
VV 6	€ 188,42	€ 193,21	€ 242,14	€ 251,14	€ 249,07	€ 257,72
VV 7	€ 224,46	€ 230,17	€ 282,58	€ 293,16	€ 322,86	€ 334,31
VV 8	€ 256,07	€ 262,58	€ 319,35	€ 331,33	€ 397,61	€ 411,85
VV 9b	€ 223,41	€ 229,09	€ 289,88	€ 300,63	€ 293,41	€ 303,63
VV 10	€ 276,92	€ 283,96	€ 341,29	€ 354,14	€ 439,29	€ 455,12
GGZ 3B	€ 148,91	€ 150,76	€ 194,73	€ 210,33	€ 214,37	€ 221,67
GGZ 4B	€ 169,26	€ 171,37	€ 215,95	€ 222,55	€ 226,80	€ 234,56
GGZ 5B	€ 181,37	€ 183,63	€ 238,16	€ 233,41	€ 237,92	€ 245,93
GGZ 6B	€ 237,47	€ 240,43	€ 291,76	€ 366,18	€ 373,07	€ 386,26
GGZ 7B	€ 323,07	€ 327,09	€ 390,79	€ 429,67	€ 437,82	€ 453,37
VG 3	€ 150,05	€ 151,92	€ 190,95	€ 186,10	€ 189,68	€ 196,11
VG 4	€ 165,13	€ 167,19	€ 206,67	€ 218,97	€ 223,15	€ 230,85
VG 5	€ 206,35	€ 208,92	€ 258,21	€ 280,76	€ 286,06	€ 296,00
VG 6	€ 200,21	€ 202,70	€ 249,59	€ 251,38	€ 256,14	€ 264,98
VG 7	€ 277,13	€ 280,58	€ 331,98	€ 350,87	€ 357,44	€ 370,05
VG 8	€ 232,70	€ 235,60	€ 295,08	€ 345,41	€ 351,97	€ 364,29
LVG 1	€ 141,25	€ 143,01	€ 181,78	€ 218,26	€ 222,44	€ 230,15
LVG 2	€ 181,99	€ 184,26	€ 224,24	€ 259,58	€ 264,51	€ 273,80
LVG 3	€ 224,56	€ 227,36	€ 281,04	€ 337,38	€ 343,78	€ 355,91
LVG 4	€ 264,14	€ 267,43	€ 322,29	€ 385,52	€ 392,81	€ 406,86
LVG 5	€ 262,93	€ 266,20	€ 321,03	€ 367,79	€ 374,76	€ 388,09
SGLVG 1	€ 342,28	€ 346,54	€ 405,94	€ 421,16	€ 428,97	€ 443,77
LG 2	€ 159,35	€ 161,33	€ 200,46	€ 199,01	€ 203,69	€ 211,11
LG 4	€ 192,90	€ 195,30	€ 223,13	€ 255,00	€ 259,81	€ 268,85
LG 5	€ 224,13	€ 226,92	€ 236,87	€ 274,66	€ 279,87	€ 289,50
LG 6	€ 239,58	€ 242,56	€ 301,59	€ 340,26	€ 346,73	€ 358,85
LG 7	€ 248,24	€ 251,33	€ 310,58	€ 351,58	€ 358,26	€ 370,87
ZG aud 2	€ 302,44	€ 306,21	€ 355,01	€ 390,87	€ 398,22	€ 412,70
ZG aud 3	€ 346,76	€ 351,08	€ 405,12	€ 457,94	€ 466,55	€ 483,59
ZG aud 4	€ 235,49	€ 238,42	€ 285,22	€ 295,83	€ 301,34	€ 311,67
ZG vis 2	€ 140,52	€ 142,27	€ 183,67	€ 190,36	€ 198,78	€ 205,65
ZG vis 3	€ 184,77	€ 187,07	€ 232,35	€ 240,90	€ 244,99	€ 253,46
ZG vis 4	€ 235,77	€ 238,71	€ 291,34	€ 302,13	€ 316,44	€ 327,58
ZG vis 5	€ 256,51	€ 259,70	€ 319,86	€ 331,67	€ 349,71	€ 362,05

Onderstaande tabel geeft een beeld van de netto-besparingen door de maatregel «extramuraliseren ZZP 1 t/m 3». Deze lopen op tot € 210 miljoen in 2020 en € 235 miljoen structureel.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	structureel
Netto effect extramuralisering (bedragen x € 1 miljoen)	– 20	– 50	– 130	– 170	– 180	– 190	– 200	– 210	– 235

Vraag 105
Hoeveel mensen maken gebruik van de Wlz, in aantallen?

Antwoord:
Op 1 juli 2020 maken 308.220 mensen gebruik van de Wlz omdat zij een indicatie hebben voor een zorgprofiel (zorgzwaartepakket) in de Wlz (bron: CIZ).
In onderstaande tabel staan de aantallen cliënten per zorgprofiel onderverdeeld naar: de ouderenzorg (VV), verstandelijk gehandicapten (VG), (sterk gedragsgestoord) licht verstandelijk gehandicapten (LVG en

SGLVG), zintuiglijk gehandicapten visueel en auditief (ZG), lichamelijk gehandicapten (LG) en GGZ-cliënten (GGZ).

Zorgprofiel	Aantal cliënten op 1 juli 2020
Totaal Wlz	308.220
VV01	345
VV02	840
VV03	1.540
VV04	34.055
VV05	82.090
VV06	34.050
VV07	11.585
VV08	2.780
VV09b	1.220
VV10	55
Totaal VV	168.570
VG01	605
VG02	4.125
VG03	25.515
VG04	17.260
VG05	14.060
VG06	27.345
VG07	15.840
VG08	8.475
Totaal VG	113.220
LVG01	15
LVG02	425
LVG03	980
LVG04	295
LVG05	25
SGLVG	310
Totaal (SG)LVG	2.055
ZGVIS01	30
ZGVIS02	220
ZGVIS03	600
ZGVIS04	360
ZGVIS05	640
Totaal ZG/VIS	1.850
ZGAUD01	65
ZGAUD02	470
ZGAUD03	630
ZGAUD04	235
Totaal ZG/AUD	1.400
LG01	145
LG02	1.625
LG03	370
LG04	4.670
LG05	1.835
LG06	5.670
LG07	1.565
Totaal LG	15.885
GGZ03B	130
GGZ04B	430
GGZ05B	2.740
GGZ06B	535
GGZ07B	1.405
Totaal GGZ-B	5.240

Bron: https://ciz.databank.nl/
Door afronding op vijftallen kunnen de totalen afwijken van de som der delen.

Vraag 106
Hoeveel mensen maken gebruik van de Wmo 2015, in aantallen?

Antwoord:
Er zijn nog geen cijfers bekend over het gebruik van Wmo-voorzieningen vanaf 2020. Gemeenten bieden op grond van de Wmo 2015 een diversiteit aan algemeen toegankelijke en individuele maatwerkvoorzieningen op het terrein van de maatschappelijke ondersteuning. Er is geen landelijke registratie van het aantal mensen dat daadwerkelijk een beroep doet op deze voorzieningen. Wel zijn er ramingen van het CBS beschikbaar die een inschatting geven van het gebruik van individuele maatwerkvoorzieningen. Het gaat om het gebruik van zorg in natura en/of een persoonsgebonden budget, ongeacht het feit of een (inkomensafhankelijke) eigen bijdrage betaald moet worden. Gegevens zijn afkomstig van gemeenten, die in het kader van de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein (GMSD) gegevens hebben aangeleverd en toestemming hebben gegeven voor publicatie. De cijfers over het totaalaantal cliënten in Nederland zijn door het CBS geschat met een regressiemodel op de data van de deelnemende gemeenten. De voorzieningen zijn uitgesplitst naar globale categorieën voorzieningen, omdat de precieze definitie van voorzieningen kan verschillen per gemeente.

Tabel:

Jaar	2017	2018	2019[1]
Totaal[2]	1.051.520	1.106.205	1.164.845
Ondersteuning thuis	282.000	313.880	316.910
Hulp bij het huishouden	398.090	393.860	440.470
Verblijf en opvang	34.055	42.530	44.915
Hulpmiddelen en diensten	694.715	731.025	755.490

[1] 2019 o.b.v. voorlopige cijfers.
[2] Het totaal is niet de som van de onderliggende categorieën omdat één cliënt meerdere voorzieningen kan gebruiken.

Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek (dataleverancier: gemeenten)
https://www.monitorlangdurigezorg.nl/kerncijfers/gebruik/gebruik-wmo-maatwerkvoorzieningen

Vraag 107
Hoeveel mensen maken gebruik van de Zvw, in aantallen?

Antwoord:
De raming van het Zorginstituut van het aantal Zvw-verzekerden in 2020 bedraagt circa 17.345.000.

Vraag 108
Hoeveel mensen maken gebruik van zorg vanuit de verschillende domeinen, Zvw, Wmo 2015, Wlz en de jeugdzorg?

Antwoord:
In onderstaande tabel staan cijfers over het aantal gebruikers van zorg in de verschillende domeinen. Een deel personen maakt gebruik van zorg uit meerdere domeinen.

Tabel: Aantal gebruikers van zorg in een bepaald domein (in duizenden)

	Zvw[1]	Wlz[2]	Wmo 2015[3]	Jeugdzorg[4]
Aantal gebruikers	17.345	308	1.165	443

[1] Cijfer voor 2020. Bron: Zorginstituut. Dit betreft de raming van het aantal verzekerden in 2020. Niet elke verzekerde zal echter gebruik maken van zorg.
[2] Peildatum 1 juli 2020. Bron: CIZ. Zie ook antwoord op vraag 111.
[3] Cijfer voor 2019 (voorlopig). Bron: CBS. Betreft het aantal cliënten met een Wmo-maatwerkvoorziening. Er bestaat geen landelijk inzicht in het gebruik van algemene voorzieningen.
[4] Cijfer voor 2019 (voorlopig). Bron: CBS.

NB Je kunt tegelijkertijd gebruik maken van zorg uit verschillende domeinen

Vraag 109
Hoeveel mensen maken gebruik van huishoudelijke verzorging?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 106.

Vraag 110
Hoeveel mensen maken gebruik van dagbesteding?

Antwoord:
Op dit detailniveau zijn geen cijfers bekend, zie verder het antwoord op vraag 106.

Vraag 111
Hoeveel mensen maken gebruik van begeleiding?

Antwoord:
Op dit detailniveau zijn er geen cijfers bekend, zie verder antwoord vraag 106.

Vraag 112
Hoeveel mensen maken gebruik van begeleiding in combinatie met persoonlijke verzorging?

Antwoord:
Op dit detailniveau zijn er geen cijfers bekend, zie verder antwoord vraag 106.

Vraag 113
Hoeveel mensen maken gebruik van ziekenhuiszorg?

Antwoord:
Cijfers van Vektis (declaratiedata zorgverzekeraars) laten zien dat het aantal personen dat gebruik maakt van ziekenhuiszorg in 2019 7,57 miljoen bedroeg.

Vraag 114
Hoeveel mensen maken gebruik van wijkverpleging?

Antwoord:
Volgens Vektis hebben in 2019 585 duizend mensen wijkverpleging gekregen.

Vraag 115
Hoeveel mensen maken gebruik van de geestelijke gezondheidszorg (ggz)?

Antwoord:
In de Monitor Ambulantisering ggz 2019 die ik u op 20 december 2019 aangeboden heb (Kamerstukken II, 2019–2020, 25 424, nr. 505) is onderstaande tabel te vinden. De gegevens zijn afkomstig van Vektis en betreft het aantal cliënten per echelon tussen 2015–2017.

	2015	2016	2017	Mutatie 2015–2017 (%)
POH-GGZ	427.649	470.393	517.199	20,9
Generalistische basis GGZ	207.730	221.379	227.072	9,3
Specialistische GGZ zonder verblijf	510.946	510.831	517.502	1,2
Specialistische GGZ met verblijf (eerste opnamejaar)	46.786	45.143	44.439	– 5,1
Langdurige GGZ (SGGZ tweede en derde opnamejaar)	1.307	2.307	2.700	106,4*

Vraag 116
Hoeveel kinderen en jongeren maken gebruik van de jeugdzorg en/of de jeugd-ggz?

Antwoord:
In 2019 hebben 443.000 kinderen gebruik gemaakt van jeugdzorg (jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering).

Vraag 117
Hoeveel zorgverleners zijn er afgelopen jaar bijgekomen? Kunt u dit uitsplitsen per zorgsector?

Antwoord:
Tussen het eerste kwartaal van 2019 en het eerste kwartaal van 2020 is het aantal werknemers in zorg en welzijn met 33 duizend personen toegenomen (dat is het aantal werknemers ultimo maart 2020 minus het aantal werknemers ultimo maart 2019). Dit betreft alle werknemers, dus zorgpersoneel en ondersteunend personeel, maar is exclusief het personeel niet in loondienst (o.a. uitzendkrachten en zzp'ers). In onderstaande tabel is een uitsplitsing naar branche gemaakt.

Aantal werknemers in zorg en welzijn totaal (exclusief kinderopvang) en naar branche, in duizenden personen, seizoensgecorrigeerd, eerste kwartaal 2020 vergeleken met eerste kwartaal 2019 (voorlopige cijfers)

	2019, 1e kwartaal	2020, 1e kwartaal	Verschil
Zorg en welzijn (smal)	1216	1249	33,0
Universitair medische centra	76,3	77,8	1,5
Ziekenhuizen en overige med. spec. Zorg	215,9	219,1	3,2
Geestelijke gezondheidszorg	93,6	95,8	2,2
Huisartsen en gezondheidscentra	30,9	32,5	1,6
Overige zorg en welzijn	124,3	126,5	2,2
Verpleging, verzorging en thuiszorg	417,2	434,8	17,6
Gehandicaptenzorg	175,7	182,6	6,9
Jeugdzorg	33,5	30,8	– 2,7
Sociaal werk	52,9	54,3	1,4

Bron: CBS, AZW StatLine

Vraag 118
Hoeveel mensen wonen in een verzorgingshuis?

Antwoord:
Op 1 juli 2020 maken 1.387 mensen gebruik van intramurale verzorgingshuiszorg (zorgprofiel VV1-VV3). Dit aantal is afgeleid uit de uitvoeringsinformatie van het Zorginstituut. Dit zijn de meest recente cijfers.

Vraag 119
Hoeveel mensen wonen in een verpleeghuis?

Antwoord:
Op 1 juli 2020 maken 115.776 mensen gebruik van intramurale verpleeghuiszorg (zorgprofiel VV4-VV10). Dit aantal is afgeleid uit de uitvoeringsinformatie van het Zorginstituut. Dit zijn de meest recente cijfers.

Vraag 120
Hoeveel mensen wonen in een beschermde woonvorm?

Antwoord:
In 2019 hebben ongeveer 45.000 mensen gebruik gemaakt van een maatwerkvoorziening uit de wmo met verblijf, dit zijn zowel mensen die beschermd wonen of in (vrouwen)opvang verblijven. Ook zijn hierin de mensen meegeteld die vanwege een crisisopname tijdelijk verblijven in een beschermde woonvorm of de (vrouwen)opvang.

Vraag 121
Hoeveel mensen wonen in een kleinschalige woonvorm?

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

Vraag 122
Hoeveel mensen wonen in een instelling voor gehandicaptenzorg?

Antwoord:
Op 1 juli 2020 maken 73.139 mensen gebruik van intramurale gehandicaptenzorg. Het betreft mensen die langdurig in een instelling wonen met een zorgprofiel VG (verstandelijk gehandicapt), (SG)LVG ((sterk gedragsgestoord) licht verstandelijk gehandicapt), LG (lichamelijk gehandicapt), ZG (zintuiglijk gehandicapt, visueel of auditief). Dit aantal is afgeleid uit de uitvoeringsinformatie van het Zorginstituut. Dit zijn de meest recente cijfers.

Vraag 123
Hoeveel mensen wonen in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg?

Antwoord:
De Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige ggz 2019 van het Trimbos Instituut laat zien dat Nederland in 2018 naar schatting circa 14.250 klinische plaatsen en 16.900 plaatsen beschermd wonen telt. Ik heb deze monitor aan uw Kamer aangeboden op 20 december 2019 (Kamerstukken II, 2019–2020, 25 424, nr. 505).

Vraag 124
Hoeveel mensen maken gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg?

Antwoord:
Het aantal patiënten in de ambulante GGZ nam toe van 1,1 miljoen in 2013 tot 1,3 miljoen in 2017.

Aantallen patiënten in de ambulante GGZ

	2013	2014	2015	2016	2017
Aantallen	1.063.354	1.092.510	1.140.039	1.210.160	1.263.177

Bron cijfers: Vektis Intelligence

Het aantal unieke individuen in de ambulante GGZ zou iets lager kunnen liggen, aangezien dit een som betreft van het aantal patiënten bij de POH-GGZ, bij de generalistische basis GGZ en bij de specialistische GGZ zonder verblijf en sommige patiënten wellicht in twee of meer categorieën voorkomen.

Vraag 125
Hoeveel verzorgingshuisplekken zijn er op dit moment?

Antwoord:
In 2019 zijn er circa 2.400 verzorgingshuisplekken voor cliënten met een zorgprofiel VV 1–3. Dit aantal is afgeleid van de omvang van de declaraties die zorgkantoren over 2019 bij Vektis hebben aangeleverd voor deze zorg. In 2019 betroffen deze declaraties 877.000 dagen (bron: CBS Monitor Langdurige Zorg). Er zijn nog geen recentere gegevens beschikbaar.

Vraag 126
Hoeveel verzorgingshuisplekken zijn er onder de kabinetten Rutte I, II en III verloren gegaan? Kunt u dit aangeven per kabinet?

Antwoord:
Verzorgingshuisplekken worden in dit antwoord gedefinieerd als plekken waar zorg is geleverd aan cliënten met een zzp VV 1–3. Vanaf 2013 worden geen nieuwe indicaties VV 1–2 meer verstrekt en vanaf 2014 niet meer voor VV 3, waardoor het aantal plekken afneemt.

In onderstaande tabel is het aantal intramurale verzorgingshuisplekken VV 1–3 weergegeven sinds 2010 welke het startjaar is van kabinet Rutte I. In de periode 2010–2013 is het aantal verzorgingshuisplekken afgenomen met 21.500 plekken. Dit weerspiegelt de trend die al langer gaande is, namelijk dat mensen steeds langer thuis blijven wonen. Daarnaast vindt per 1 januari 2013 geen nieuwe instroom in VV 1–2 meer plaats en per 1 januari 2014 in VV 3 (extramuralisering). Ten tijde van kabinet Rutte II is het aantal verzorgingshuisplekken VV 1–3 met 24.200 afgenomen van circa 30.500 in 2013 naar 6.300 in 2017. Onder kabinet Rutte III is het aantal verzorgingshuisplekken afgenomen met circa 3.900 van 6.300 in 2017 naar 2.400 in 2019.
Het aantal plekken tot en met 2017 is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg hebben gemaakt. Vanaf 2018 wordt het aantal plekken afgeleid van de omvang van de declaraties die zorgkantoren bij Vektis hebben aangeleverd voor deze zorg. Er zijn nog geen recentere gegevens beschikbaar.

Aantal intramurale verzorgingshuisplekken VV 1–3 vanaf 2010

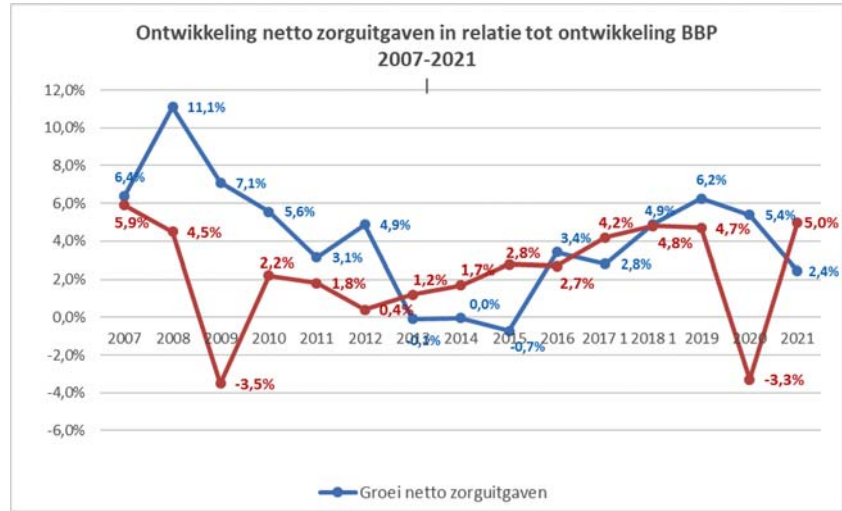
2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
52.000	45.100	38.700	30.500	22.000	14.600	9.800	6.300	3.900	2.400

Bron: CBS: www.monitorlangdurigezorg.nl

Vraag 127
Hoe heeft de groei van de collectieve zorguitgaven zich ontwikkeld ten opzichte van de groei van de economie in de afgelopen 15 jaar?

Antwoord:
In onderstaande grafiek zijn de jaarlijkse groei van de uitgaven onder het BKZ/UPZ en de groei van het BBP weer gegeven. Bij de beoordeling van deze cijfers is van belang dat de groei van de zorguitgaven wordt beïnvloed door wijzigingen in de definitie van de zorguitgaven onder het BKZ/UPZ (zoals de overheveling van grote delen van de Wmo en de jeugdzorg uit het UPZ in 2019) en door statistische vertekeningen, zoals in 2021 de statistische verlaging van de uitgaven vanwege de nieuwe bekostigingssystematiek in de ggz. Bij de groei van het BBP is de totale groei gepresenteerd, dat wil zeggen de volumegroei plus de prijsontwikkeling van het BBP (de groei van -3,3% in 2020 bestaat uit de volumegroei van –5% en een prijseffect van 1,7%).

De gemiddelde groei van de netto zorguitgaven onder het UPZ in de afgelopen 15 jaar bedraagt 4,2%, terwijl de groei van het BBP 2,3% bedraagt. De gemiddelde groei van de netto zorguitgaven onder het UPZ bedraagt 3,6%, terwijl de groei van het BBP 2,3% bedraagt.



1 Dit betreft de netto zorguitgaven exclusief de rijksbijdrage Wmo (met uitzondering van beschermd wonen) en jeugd in 2017 en 2018. Omdat deze vanaf 2019 geen onderdeel meer uitmaken van de netto zorguitgaven is deze correctie nodig om vergelijkbare cijfers te presenteren in de huidige kabinetsperiode 2017–2021.
Bron: VWS-cijfers en MEV 2021

Vraag 128

Welk percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven, zoals begroot voor 2020, komt puur op het conto van de vergrijzing?

Antwoord:
Het CPB stelt in het rapport «Een raming van de zorguitgaven 2018–2021» dat het effect van demografie en epidemiologie in de periode 2018–2021 een bijdrage van 1,2%-punt per jaar levert aan de reële groei van de zorguitgaven in de toenmalige definitie van het UPZ (inclusief jeugdzorg en de Wmo).
Het effect van demografie en epidemiologie is het meest omvangrijk in de Wlz; de reële uitgaven nemen ieder jaar met 1,7% toe vanwege die factoren. In de Zvw is het effect van demografie kleiner dan in de Wlz; in

de Wmo/jeugdzorg is het effect nog kleiner. Dit komt omdat in de jeugdzorg de invloed van demografie negatief is (-0,7% per jaar).

Vraag 129
Welk percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven, zoals begroot voor 2020, komt puur op het conto van de geneesmiddelen?

Antwoord:
Met betrekking tot de uitgaven aan apotheekzorg is een groei in 2020 begroot van € 114 miljoen (van € 4,864 miljard naar € 4,978 miljard).
De uitgaven aan intramurale geneesmiddelen maken onderdeel uit van de sector medisch-specialistische zorg. Voor de intramurale geneesmiddelen is dus geen expliciete groeiverwachting gemaakt. Het verwachte groeipercentage van intramurale geneesmiddelen is lastig in te schatten vanwege o.a. de instroom van nieuwe dure geneesmiddelen en de ingezette maatregelen om de groei aan uitgaven te beperken. Op basis van realisaties uit voorgaande jaren (in de periode 2014–2019 is de groei (exclusief BTW-stijging) blijkens de GIP-databank gemiddeld circa 6,5% per jaar) zou een groei van 6,5% (dus inclusief 1,5% loon- en prijsbijstelling) in 2020 kunnen worden verondersteld. De uitgaven voor intramurale geneesmiddelen bedragen in 2019 naar schatting circa € 2,37 miljard, wat dan neerkomt op een groei van € 154 miljoen in 2020 (6,5% van € 2,37 miljard).
De totale groei van de uitgaven aan geneesmiddelen komt dan op naar schatting € 268 miljoen, op een totaal van naar schatting € 7,2 miljard aan uitgaven (+3,7%).
De totale groei van de zorguitgaven in 2020 bedraagt € 3,8 miljard. Daarmee zal het aandeel van geneesmiddelen in de groei van de zorguitgaven in 2020 naar grofweg 7% bedragen.

Vraag 130
Welk percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven, zoals begroot voor 2020, puur op het conto van bureaucratie, overhead en verspilling?

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

Vraag 131
Hoeveel verzorgingshuizen, verpleeghuizen en kleinschalige woonvormen zijn er in Nederland?

Antwoord:
In de voortgangsrapportages over het programma Thuis in het Verpleeghuis heb ik uw Kamer geïnformeerd dat er in Nederland ongeveer 2.300 locaties zijn waar verpleeghuiszorg wordt geleverd. Dit aantal is niet geoormerkt naar verzorgingshuizen, verpleeghuizen en kleinschalige woonvormen.

Vraag 132
Hoeveel procent van hun besteedbaar inkomen waren mensen met een minimum inkomen gemiddeld in 2019 kwijt aan eigen betalingen in de zorg, en hoeveel procent is dat in 2020?

Antwoord:
Het bedrag dat burgers kwijt zijn aan eigen betalingen varieert sterk met hun gezondheid. Burgers met een zeer goede gezondheid maken niet of nauwelijks gebruik van de zorg. Hun eigen betalingen zijn dan ook zeer laag of nul. Burgers met een gemiddelde gezondheid maken een deel van

het eigen risico Zvw vol, maar doen geen beroep op Wmo- of Wlz-zorg. Burgers met een slechte gezondheid maken veelal het eigen risico Zvw vol. Een flink deel van deze groep maakt ook gebruik van Wmo-ondersteuning (waar een abonnementstarief geldt). Een deel van deze groep maakt naast Zvw-zorg gebruik van Wlz-zorg waar ze een inkomensafhankelijke bijdrage voor betalen.
De gemiddelde eigen betalingen (eigen risico Zvw plus eigen bijdragen Wlz) bedragen in 2019 respectievelijk 2020 € 357 en € 365.

In de onderstaande tabellen zijn de eigen betalingen uitgedrukt als percentage van het besteedbaar inkomen van een alleenstaande (zonder kinderen) met een gemiddeld eigen risico (en geen Wlz en/of Wmo-zorg) en voor een persoon die gebruik maakt van intramurale Wlz-zorg.

Tabel: Eigen betalingen als percentage van besteedbaar inkomen voor een persoon met alleen een gemiddeld eigen risico.

Inkomen	WML	Modaal	2 x modaal	3 x modaal
2019	1,4%	1,0%	0,5%	0,4%
2020	1,4%	1,0%	0,5%	0,4%

Huishoudens met een laag inkomen worden via de zorgtoeslag deels gecompenseerd voor het eigen risico. Omdat de zorgtoeslag in 2019 en 2020 circa 75% van de gemiddelde nominale premie en het gemiddeld eigen risico dekt, kan gesteld worden dat een alleenstaande met een minimumloon en een gemiddeld eigen risico circa 0,3% van zijn besteedbaar inkomen uitgeeft aan eigen risico.

Tabel: Eigen betalingen als percentage van besteedbaar inkomen voor een persoon die het eigen risico volmaakt en daarnaast de hoge eigen bijdrage voor intramurale Wlz-zorg betaald.

Inkomen	WML	Modaal	2 x modaal	3 x modaal
2019	61,2%	65,3%	66,6%	47,7%
2020	61,3%	65,3%	66,9%	47,3%

Informatie over de daadwerkelijke verdeling van de eigen betalingen over inkomensgroepen is niet beschikbaar.

Vraag 133
Wat is het verschil in zorgkosten voor iemand die nog thuis woont in vergelijking met de kosten van het wonen in een verpleeghuis?

Antwoord:
Gemiddeld bedroegen de gemiddelde kosten per verpleeghuiscliënt in 2019 op jaarbasis afgerond € 96.000. Dat is € 263 per dag. Dit zijn de gemiddelde kosten voor cliënten die intramuraal verblijf met behandeling op basis van een zzp V&V 4 t/m 10 inclusief behandeling. Bij dit bedrag is rekening gehouden met de opslag voor Waardigheid en Trots en de extra middelen vanuit het kwaliteitsbudget verpleeghuiszorg.

Van cliënten die nog niet zijn opgenomen en zorg ontvangen op basis van MPT bedroegen de gemiddelde kosten per jaar in 2019 circa € 24.200 op jaarbasis. Voor een toelichting op de kosten op jaarbasis van de verschillende extramurale leveringsvormen verwijs ik naar het antwoord op vraag 956.

Het verschil tussen de bedragen is dus op jaarbasis ca. € 71.800. Dit laat zich verklaren door kosten van huisvesting en maaltijden, medische basiszorg en 24-uurs toezicht, die onderdeel zijn van de intramurale

Wlz-zorg. Daarnaast zijn er verschillen in zorgzwaarte tussen de verpleeghuispopulatie en de Wlz-cliënten die nog niet zijn opgenomen. Ook is de mate waarin het eigen netwerk van de cliënt kan voorzien in het noodzakelijke toezicht bepalend of de zorg doelmatig en verantwoord thuis geleverd kan worden.

Vraag 134
Hoeveel procent van hun besteedbaar inkomen waren mensen met een modaal inkomen gemiddeld in 2019 kwijt aan eigen betalingen in de zorg, en hoeveel procent is dat in 2020?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 132.

Vraag 135
Hoeveel procent van hun besteedbaar inkomen waren mensen met een inkomen van tweemaal modaal gemiddeld kwijt in 2019 aan eigen betalingen in de zorg en hoeveel procent is dat in 2020?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 132.

Vraag 136
Kunt u een overzicht geven van alle geschrapte regels in de zorg (schrapsessies)?

Antwoord:
Daar valt geen totaaloverzicht van te geven, omdat veel formulieren en procedures door of in individuele zorginstellingen gebruikt worden. Steeds meer zorginstellingen zijn ook zelf aan de slag met het terugdringen van (interne) regeldruk. De totale opbrengsten daarvan worden niet centraal geregistreerd.

Van de 171 acties en maatregelen uit het programma [Ont]Regel de Zorg zijn er inmiddels zo'n 90 gerealiseerd zijn. U wordt hierover in meer detail geïnformeerd in de tweede voortgangsrapportage van het programma [Ont]Regel de Zorg, die u dit najaar tegemoet kunt zien. U kunt de voortgang ook raadplegen op de website behorend bij het programma, www.ordz.nl.

Vraag 137
Hoeveel DOT's (DBC's op weg naar transparantie) zijn geopend in 2020, uitgesplitst per specialisme?

Antwoord:
Gegevens van Vektis laten zien dat er in 2020 circa 9,5 miljoen zorgproducten zijn geopend. Dit betreft zorgproducten die als declaratie in de database van Vektis zijn opgenomen (peildatum 31 augustus 2020) en informatie over het onderhanden werk, die de zorgaanbieders aan de zorgverzekeraars leveren (peildatum 30 september 2020). Dit levert daarom nog geen compleet beeld. Het werkelijke aantal geopende zorgproducten zal daarom hoger liggen.

Tabel. Declaratievolume per specialisme, openingsjaar 2020

Specialisme	Aantal DBC-zorgproducten (×1.000)
Onbekend	115,6
Oogheelkunde	914,1
Keel-, Neus- en Oorheelkunde	505,8
Chirurgie	839,4
Plastische chirurgie	178,0
Orthopedie	576,8
Urologie	386,7
Gynaecologie	546,3
Neurochirurgie	58,2
Dermatologie	598,1
Inwendige Geneeskunde	1.318,6
Kindergeneeskunde	352,3
Maag-, Darm-, en Leverziekten	383,4
Cardiologie	899,9
Longgeneeskunde	476,1
Reumatologie	236,3
Allergologie	18,3
Revalidatiegeneeskunde	153,8
Cardio-pulmonale chirurgie	22,7
Psychiatrie	12,0
Neurologie	557,6
Geriatrie	64,4
Radiotherapie	60,6
Radiologie	0,5
Anesthesiologie	127,5
Klinische genetica	24,5
Audiologie	35,2
Geriatrische revalidatiezorg	20,3

Vraag 138
Hoeveel procent van hun besteedbaar inkomen waren mensen met een inkomen van driemaal modaal gemiddeld kwijt in 2019 aan eigen betalingen in de zorg en hoeveel procent is dat in 2020?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 132.

Vraag 139
Hoeveel personen hebben een zorg met verblijf indicatie?

Antwoord:
Op 1 juli 2020 hebben 308.220 mensen een indicatie voor een zorgprofiel (zorgzwaartepakket) in de Wlz (bron: CIZ). Dit is een indicatie voor zorg met verblijf. Met een Wlz-indicatie heeft de cliënt de mogelijkheid om in een zorginstelling te wonen en daar zorg te ontvangen.

Vraag 140
Hoeveel procent van hun besteedbaar inkomen waren mensen met een hoog inkomen gemiddeld in 2019 kwijt aan eigen betalingen in de zorg, en hoeveel procent is dat in 2020?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 132.

Vraag 141
Hoeveel personen hebben een zorg zonder verblijf indicatie?

Antwoord:
Er worden in de Wlz na 1 januari 2015 geen indicaties «zorg zonder verblijf» meer afgegeven. Een deel van de ondersteuning op grond van de Wmo 2015 is te scharen onder de term «zorg zonder verblijf». Zie voor het

aantal mensen met betrekking tot Wmo-ondersteuning het antwoord op vraag 112.

Vraag 142
Hoeveel personen hebben een volledig pakket thuis (vpt)?

Antwoord:
Volgens de uitvoeringsinformatie van het Zorginstituut hebben 12.834 personen een Volledig Pakket Thuis (vpt) op 1 juli 2020. Dit zijn de meest recente cijfers.

Vraag 143
Hoe vaak wordt een vpt ingezet in het huis waar een oudere al jarenlang woont?

Antwoord:
Een vpt kan worden ingezet in het huis waar de cliënt al jarenlang woont. Er is geen centrale registratie van het aantal ouderen dat een vpt ontvangt in het huis waar men al jarenlang woont. Ik beschik daardoor niet over de gevraagde informatie.

Vraag 144
Hoe vaak wordt een vpt aangevraagd in een geclusterde setting?

Antwoord:
Er is geen centrale registratie van de aanvragen voor een vpt in een geclusterde setting. Er wordt ook geen uniforme definitie gehanteerd van een «geclusterde setting». Ik beschik daardoor niet over de gevraagde informatie.

Vraag 145
Welk percentage van de vpt's wordt gebruikt op locaties die feitelijk een onofficiële instelling zijn?

Antwoord:
Een vpt kan worden ingezet in diverse situaties. Een cliënt kan een vpt ontvangen in het huis waar hij al jarenlang woont. Ook is het mogelijk dat zorg via een vpt wordt verleend in een complex met geclusterde woonvoorzieningen. Er is geen centrale registratie van de locaties waarop cliënten een vpt ontvangen. Ik beschik daardoor niet over de gevraagde informatie.

Vraag 146
Hoeveel budget wordt besteed aan vpt's?

Antwoord:
De verwachte kosten voor Wlz-cliënten met de leveringsvorm volledig pakket thuis (vpt) staat in tabel 8 van het Financieel Beeld Zorg weergegeven. De Wlz-uitgaven aan vpt's bedragen ruim € 0,5 miljard per jaar.

Vraag 147
Hoeveel personen hebben een modulair pakket thuis (mpt)?

Antwoord:
Volgens de uitvoeringsinformatie van het Zorginstituut hebben 30.552 personen een Modulair Pakket Thuis (mpt) op 1 juli 2020. Dit zijn de meest recente cijfers.

Vraag 148
Hoe vaak wordt een mpt ingezet in het huis waar een oudere al jarenlang woont?

Antwoord:
Een mpt kan worden ingezet in het huis waar de cliënt al jarenlang woont. Er is geen centrale registratie van het aantal ouderen dat een mpt ontvangt in het huis waar men al jarenlang woont. Ik beschik daardoor niet over de gevraagde informatie.

Vraag 149
Hoe vaak wordt een mpt aangevraagd in een geclusterde setting?

Antwoord:
Er is geen centrale registratie van de aanvragen voor een mpt in een geclusterde setting. Er wordt ook geen uniforme definitie gehanteerd van een «geclusterde setting». Ik beschik daardoor niet over de gevraagde informatie.

Vraag 150
Welk percentage van de mpt's wordt gebruikt op locaties die feitelijk een onofficiële instelling zijn?

Antwoord:
Een mpt kan worden ingezet in diverse situaties. Een cliënt kan een mpt ontvangen in het huis waar hij al jarenlang woont. Ook is het mogelijk dat zorg via een mpt wordt verleend in een complex met geclusterde woonvoorzieningen. Er is geen centrale registratie van de locaties waarop cliënten een mpt ontvangen. Ik beschik daardoor niet over de gevraagde informatie.

Vraag 151
Hoeveel budget wordt besteed aan mpt's?

Antwoord:
De verwachte kosten voor Wlz-cliënten met de leveringsvorm modulair pakket thuis (mpt) staat in tabel 8 van het Financieel Beeld Zorg weergegeven onder «Extramurale zorg». De verwachte kosten voor mpt's bedragen in 2020 dus € 668 miljoen en voor 2021 € 677 miljoen.

Vraag 152
Kunt u een overzicht geven van de vermogensontwikkeling van verpleeghuizen, verzorgingshuizen, gehandicapteninstellingen, thuiszorgorganisaties en ziekenhuizen vanaf 2010 tot en met heden?

Antwoord:
Het CBS rapporteert over de vermogens van zorginstellingen over de periode 2015–2018. In onderstaande tabellen zijn het gemiddelde weerstandsvermogen (eigen vermogen/bedrijfsopbrengsten) en het eigen vermogen per sector weergegeven. Over de periode 2010–2014 zijn deze gegevens volgens deze indeling niet beschikbaar.

Weerstandsvermogen (%)	2015	2016	2017	2018[1]
Universitair medisch centra	25	26	28	31
Algemene ziekenhuizen	21	22	23	24
Categorale ziekenhuizen	27	29	30	28
GGZ met overnachting	24	24	24	24
Gehandicaptenzorg	29	29	31	31
Jeugdzorg met overnachting	18	20	23	22
Maatschappelijke opvang (24-uurs)	17	13	18	21
Ambulante jeugdzorg	9	9	8	10
Verpleeg-, verzorgingshuizen, thuiszorg	27	26	27	28

[1] Voorlopige cijfers.

Bron: CBS

Eigen vermogen (x € 1 miljoen)	2015	2016	2017	2018[1]
Universitair medisch centra	2.072	2.228	2.479	2.785
Algemene ziekenhuizen	3.707	3.930	4.149	4.506
Categorale ziekenhuizen	341	373	381	404
GGZ met overnachting	1.299	1.341	1.385	1.421
Gehandicaptenzorg	2.516	2.690	2.921	3.080
Jeugdzorg met overnachting	251	267	321	337
Maatschappelijke opvang (24-uurs)	281	271	322	350
Ambulante jeugdzorg	54	63	61	69
Verpleeg-, verzorgingshuizen, thuiszorg	4.530	4.462	4.696	5.109

[1] Voorlopige cijfers.

Bron: CBS

Vraag 153
Hoeveel faillissementen hebben het afgelopen jaar plaatsgevonden, uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord:
Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal gefailleerde bedrijven en instellingen per zorgsector in 2019 en in de periode januari-augustus 2020. Dit is exclusief natuurlijke personen. Voor juli en augustus 2020 gaat het om voorlopige cijfers.

Aantal faillissementen	2019	Januari–augustus 2020
Ziekenhuizen en ggz aanbieders	8	0
Medische praktijken	19	6
Overige ambulante gezondheidszorg	34	14
Verpleeghuizen	1	0
Huizen verstandelijk gehandicapten	5	1
Huizen lichamelijk gehandicapten	4	1
Welzijnszorg met overnachting	6	0
Welzijnswerk ouderen, gehandicapten	39	19
Kinderopvang, jeugd- en welzijnswerk	23	16

Bron: CBS.

Vraag 154
Wat is een alleenstaande in de bijstand kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:
Onderstaande tabel laat voor 2021 zien, wat verschillende huishoudtypen en inkomensklassen gemiddeld aan zorgkosten betalen. Hierin is onderscheid gemaakt naar de inkomensafhankelijke bijdrage, ingeschatte (gemiddelde) nominale premie Zvw, het gemiddeld eigen risico, de

zorgtoeslag, de Wlz-premie minus het aandeel algemene heffingskorting en de bijdrage aan het deel van de zorguitgaven dat via directe en indirecte belastingen wordt betaald.

Zorgkosten per huishouden in 2021

	Alleenstaande zonder kinderen					Alleenverdiener (paar) met kinderen				
	Bijstand	WML	1x modaal	2x modaal	3x modaal	Bijstand	WML	1x modaal	2x modaal	3x modaal
Bruto inkomen	15.878	21.905	36.500	73.000	109.500		21.905	36.500	73.000	109.500
Inkomensafhankelijke bijdrage	1.111	1.494	2.446	4.082	4.082		1.494	2.446	4.082	4.082
Nominale premie	1.473	1.473	1.473	1.473	1.473	zie Twee-verdie-ners met kinderen	2.946	2.946	2.946	2.946
Gemiddeld eigen risico	227	227	227	227	227		455	455	455	455
Zorgtoeslag	– 1.288	– 1.288	0	0	0		– 2.484	– 705	0	0
Netto premie	412	412	1.700	1.700	1.700		917	2.696	3.401	3.401
Premie Wlz	1.532	2.060	3.372	3.390	3.390		2.060	3.372	3.390	3.390
Aandeel heffingskorting	– 738	– 1.695	– 1.611	– 574	-44		– 1.695	– 1.611	– 574	– 44
Netto premie Wlz	794	365	1.761	2.816	3.346		365	1.761	2.816	3.346
Directe belasting	320	431	705	1.390	2.076		431	705	1.390	2.076
Indirecte belasting	436	710	710	558	355		836	1.063	1.575	2.100
Totaal	3.074	3.411	7.321	10.546	11.559		4.043	8.670	13.263	15.004
Als percentage bruto inkomen	19%	16%	20%	14%	11%		18%	24%	18%	14%

	Tweeverdieners zonder kinderen					Tweeverdieners met kinderen				
	Bijstand	WML	1x modaal	2x modaal	3x modaal	Bijstand	WML	1x modaal	2x modaal	3x modaal
Bruto inkomen	20.210	21.905	36.500	73.000	109.500	20.210	21.905	36.500	73.000	109.500
Inkomensafhankelijke bijdrage	1.415	1.494	2.490	4.891	7.271	1.415	1.494	2.485	4.865	6.763
Nominale premie	2.946	2.946	2.946	2.946	2.946	2.946	2.946	2.946	2.946	2.946
Gemiddeld eigen risico	455	455	455	455	455	455	455	455	455	455
Zorgtoeslag	– 2.484	– 2.484	– 619	0	0	– 2.484	– 2.484	– 627	0	0
Netto premie	917	917	2.782	3.401	3.401	917	917	2.773	3.401	3.401
Premie Wlz	1.950	2.060	3.432	6.743	6.780	1.950	2.060	3.426	5.872	6.780
Aandeel heffingskorting	– 1.476	– 1.802	– 2.866	– 3.222	– 2.194	– 1.476	– 2.022	– 3.043	– 3.654	– 2.938
Netto premie Wlz	474	258	566	3.521	4.586	474	38	383	2.218	3.842
Directe belasting	408	431	717	1.409	2.095	408	431	716	1.402	2.087
Indirecte belasting	613	682	1.075	1.859	2.471	769	847	1.245	1.990	2.640
Totaal	3.827	3.782	7.630	15.082	19.823	3.982	3.726	7.604	13.876	18.733
Als percentage bruto inkomen	19%	17%	21%	21%	18%	20%	17%	21%	19%	17%

Vraag 155
Wat is een alleenstaande met een minimuminkomen kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 154.

Vraag 156
Wat is een alleenstaande met een modaal inkomen kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 154.

Vraag 157
Wat is een alleenstaande met een twee keer modaal inkomen kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 154.

Vraag 158
Wat is een alleenstaande met een drie keer modaal inkomen kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 154.

Vraag 159
Wat is een alleenverdiener (paar) met kinderen in de bijstand kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 154.

Vraag 160
Wat is een alleenverdiener (paar) met kinderen met een minimuminkomen kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 154.

Vraag 161
Wat is een alleenverdiener (paar) met kinderen met een modaal inkomen kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 154.

Vraag 162
Wat is een alleenverdiener (paar) met kinderen met een twee keer modaal inkomen kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 154.

Vraag 163
Wat is een alleenverdiener (paar) met kinderen met een drie keer modaal inkomen kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 154.

Vraag 164
Hoeveel mensen zijn een eigen bv gestart om de eigen bijdrage met betrekking tot de vermogensinkomensbijtelling te omzeilen?

Antwoord:
Voor de uitoefening van zijn taken heeft het CAK alleen het verzamelinkomen, de verschuldigde belasting en het vermogen in Box 3 nodig. Het is

dus niet bekend of en in hoeverre bijdrageplichtigen via een eigen bv de vermogensinkomensbijtelling omzeilen.

Vraag 165
Wat zijn tweeverdieners met kinderen in de bijstand kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 154.

Vraag 166
Hoeveel mensen maken gebruik van de tegemoetkoming specifieke zorgkosten?

Antwoord:
Voor de jaren 2011 tot en met 2017 maakten gemiddeld ruim 158.000 mensen gebruik van de Tegemoetkoming Specifieke Zorgkosten (TSZ). De toekenning voor 2018 is nog niet afgerond maar naar verwachting hebben voor dat jaar circa 200.000 mensen gebruik gemaakt van de TSZ. Een versneld tempo van de Belastingdienst in het verwerken van aanvragen en de verruiming van de Ouderenkorting hebben bijgedragen aan de stijging van het gebruik.

Vraag 167
Kunt u een overzicht per jaar geven van de kostenontwikkeling van verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg van 2000 tot 2005 en van 2006 tot en met 2020 en kunt u deze cijfers voorzien van uw duiding?

Antwoord:
Ja. Bij de beantwoording van de schriftelijke vragen bij de ontwerpbegroting 2016 (TK2015–2016, 34 300 XVI, nr. 12, antwoord 230) heeft mijn ambtsvoorganger het gevraagde overzicht verstrekt tot en met 2013 en van mijn duiding voorzien. Dat is gedaan via een tabel over de totale ouderenzorg uit de «Zorgrekeningen» van het CBS over de periode 2000–2013. De cijfers uit de «Zorgrekeningen» zijn niet gewijzigd en dat geldt ook voor de duiding.

Hieronder treft u de tabel over de intramurale ouderenzorg voor de periode 2014 tot en met 2020. De cijfers tot en met 2019 zijn gebaseerd op het jaarverslag van VWS. Voor 2020 betreft het cijfers uit de ontwerpbegroting 2021. Dit cijfer wordt bij het jaarverslag geactualiseerd. Naar verwachting stijgen de uitgaven in 2020 ten opzichte van 2019 met circa € 1,1 miljard tot € 12,8 miljard. Daarbij is rekening gehouden met de extra middelen die beschikbaar zijn gesteld voor verbetering van de kwaliteit in verpleeghuizen (van € 1,2 miljard in 2019 naar € 1,7 miljard in 2020), de groei van het aantal cliënten, de loon- en prijsontwikkelingen en technische verschuivingen.

bedragen in miljarden euro	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Intramurale ouderenzorg	8,6	8,5	8,8	9,2	10,1	11,7	12,8

Vraag 168
Wat zijn tweeverdieners met kinderen met een minimuminkomen kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 154.

Vraag 169
Wat zijn tweeverdieners met kinderen met een modaal inkomen kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 154.

Vraag 170
Kunt u een overzicht geven van alle geschrapte regels in de zorg?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 136.

Vraag 171
Wat zijn tweeverdieners met kinderen met een twee keer modaal inkomen kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 154.

Vraag 172
Kunt u een overzicht geven hoeveel commerciële aanbieders die verpleeghuiszorg aanbieden, via een bv-constructie winst uitkeren?

Antwoord:
Op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) geldt dat winstuitkering binnen de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg is verboden voor intramurale zorg. Zoals ik u in antwoord op een vraag bij de VWS-begroting 2020 heb laten weten komt uit onderzoek van SiRM en Finance Ideas naar voren dat mogelijk wel indirect dividend wordt uitgekeerd door BV's aan wie het leveren van zorg is uitbesteed. De onderzoekers merken op dat specifieke data daarover niet beschikbaar zijn. Wel noemen zij dat uitbesteding van zorgverlening relatief weinig voorkomt. Uitbesteding van zorgverlening lijkt met name, maar niet alleen, plaats te vinden bij zelfstandige behandelcentra.

Zie over de uitkomsten van dit onderzoek en de maatregelen die worden genomen de brief aan uw Kamer van 9 juli 2019.[7]

Vraag 173
Kunt u een overzicht geven van zorgaanbieders die winst uitkeren?

Antwoord:
Op 9 juli 2019 is uw Kamer geïnformeerd over onderzoeken naar winstuitkering in de zorg, waaronder een analyse van de huidige praktijk en de effecten van dividenduitkering in de Nederlandse gezondheidszorg door onderzoeksbureaus SiRM en Finance Ideas.[8] De onderzoekers schatten in dat op dit moment over maximaal 7% van de zorguitgaven mogelijk rechtstreeks dividend wordt uitgekeerd.[9] Daarbij wijzen de onderzoekers erop dat mogelijk ook dividend wordt uitgekeerd door BV's aan wie de zorgverlening is uitbesteed, maar dat daarover geen informatie beschikbaar is. Overigens noemen de onderzoekers dat uitbe-

[7] Kamerstukken II 2018/19, 35 000 XVI, nr. 133.
[8] Kamerstukken II 2018/19, 35 000 XVI, nr. 133.
[9] De berekening is als volgt gemaakt. De onderzoekers merken op dat winstoogmerk is toegestaan in sectoren die circa 24% van de totale zorgomzet innemen. Binnen die sectoren waar winstoogmerk is toegestaan, wordt ongeveer 30% van de zorg verleend door organisaties met als rechtspersoon een BV (die dividend kan uitkeren). Zorgaanbieders die dividend kunnen uitkeren, leveren dus ongeveer 7% (24%*30%) van de zorg.

steding van zorgverlening relatief weinig voorkomt. Uitbesteding van zorgverlening lijkt met name, maar niet alleen, plaats te vinden bij zelfstandige behandelcentra.
Er is slechts beperkte data beschikbaarheid over zorgaanbieders die winst uitkeren: niet elke zorgaanbieder hoeft zich financieel te verantwoorden. Met de inwerkingtreding van de Aanpassingswet Wet toetreding zorgaanbieders wordt deze verplichting via het Jaarverslag Maatschappelijke Verantwoording verbreed.

Vraag 174
Wat zijn tweeverdieners met kinderen met een drie keer modaal inkomen kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 154.

Vraag 175
Kunt u een overzicht geven van buitenlandse zorgaanbieders die in Nederland zorgorganisaties hebben opgericht dan wel opgekocht?

Antwoord:
Ik heb geen uitputtend overzicht van buitenlandse zorgaanbieders die in Nederland zorgorganisaties hebben opgericht dan wel opgekocht. De NZa heeft alle besluiten met betrekking tot de zorgspecifieke fusietoets van januari 2018 tot juli 2019 geanalyseerd. De NZa gaf in totaal 285 keer groen licht voor een concentratie in de zorg. Bij 118 aanvragen was er sprake van betrokkenheid van een buitenlandse partij. De NZa hanteert de volgende definitie voor buitenlandse partij: Een organisatie waar één of meer naar buitenlands recht opgerichte rechtspersonen zeggenschap uitoefenen over het concern. Bij veel van deze aanvragen zijn partijen betrokken die al langer op de Nederlandse markt actief zijn. Verreweg de meeste concentraties met een buitenlandse partij hadden betrekking op de mondzorg (86). Dat er in de mondzorgsector het vaakst sprake is van betrokkenheid van een buitenlandse partij is volgens de NZa goed te verklaren door het feit dat vrijwel alle mondzorgketens een zetel hebben in het buitenland. Andere sectoren betroffen de farmacie (14 concentraties), de medisch-specialistische zorg (9), langdurige zorg (7) en paramedische zorg (2).

Vraag 176
Wat zijn tweeverdieners in de bijstand kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 154.

Vraag 177
Wat zijn tweeverdieners met een minimuminkomen kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 154.

Vraag 178
Wat zijn tweeverdieners met een modaal inkomen kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 154.

Vraag 179
Wat zijn tweeverdieners met een twee keer modaal inkomen kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 154.

Vraag 180
Wat zijn tweeverdieners met een drie keer modaal inkomen kwijt aan zorgkosten?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 154.

Vraag 181
Kunt u aangeven wat het gemiddelde bedrag is dat een alleenstaande met een bijstandsinkomen, respectievelijk een minimuminkomen, modaal inkomen, twee keer modaal inkomen en drie keer modaal inkomen uitgeeft aan zorg (inkomensafhankelijke bijdrage, premie Zvw gemiddelde eigen risico en zorgtoeslag, de Wlz-premie onder aftrek van het aandeel van de heffingskorting dat betrekking heeft op de Wlz) alsook de bijdrage aan het deel van de zorguitgaven dat via de directe en indirecte belastingen wordt betaald en hoe dit zich vertaalt naar het percentage van het bruto inkomen? Kunt u deze cijfers geven voor 2010 tot en met heden en kunt u de verschillen duiden in ontwikkelingen in de percentages?
Antwoord:
Onderstaande tabel laat voor de jaren 2010 tot en met 2021 zien wat een alleenstaande gemiddeld betaalt aan zorg in euro's en als percentage van het brutoinkomen. De cijfers zijn berekend voor verschillende inkomensklasses.
De zorgkosten zijn het totaal van:
De inkomensafhankelijke bijdrage.
De nominale premie Zvw en het gemiddeld eigen risico minus de zorgtoeslag.
De AWBZ/Wlz-premie onder aftrek van het aandeel heffingskortingen dat betrekking heeft op de AWBZ/Wlz.
Het deel van de zorguitgaven dat uit belastingen betaald wordt (de rijksbijdragen Zvw en AWBZ, de BIKK, de zorgtoeslag, de WMO, de jeugdzorg en het begrotingsgefinancierde deel van het UPZ). Verondersteld is dat deze kosten worden gefinancierd uit directe (circa 60%) en indirecte belastingen (circa 40%). Hierbij wordt gerekend met een vast percentage van het brutoinkomen, waardoor er nog geen rekening wordt gehouden met de progressie van het belastingstelsel.

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

Ontwikkeling totale zorgkosten voor alleenstaanden in euro's per jaar en als percentage van het brutoinkomen voor 2010–2021:

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017-I	2017-II	2018	2019	2020	2021
Bijstand	3.598	3.809	3.749	3.695	3.491	3.366	3.211	3.164	2.964	2.951	2.980	3.020	3.074
	23%	24%	24%	23%	22%	21%	20%	20%	19%	19%	19%	19%	19%
Wml	3.879	4.173	4.140	4.174	3.674	3.726	3.384	3.329	3.030	3.086	3.187	3.341	3.411
	21%	23%	22%	22%	19%	19%	17%	16%	15%	15%	15%	15%	16%
Modaal	7.381	7.860	7.760	7.985	7.364	7.091	6.870	6.925	6.552	6.722	6.980	7.179	7.321
	23%	24%	24%	25%	22%	21%	21%	20%	19%	19%	20%	20%	20%
2x modaal	7.934	8.540	9.577	10.224	9.871	9.488	9.559	9.616	9.104	9.319	9.898	10.273	10.546
	12%	13%	15%	16%	15%	14%	14%	14%	13%	14%	14%	14%	14%
3x modaal	8.277	8.914	9.926	10.582	10.473	10.269	10.321	10.399	9.762	9.969	10.648	11.252	11.559
	8%	9%	10%	11%	11%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	11%

Het aandeel van het inkomen dat aan zorg wordt betaald is door de jaren heen vrij stabiel. Veranderingen die optreden komen voort uit veranderingen bij de heffingskortingen (daarvan heeft niet iedereen in gelijke mate voordeel) en bij de zorgtoeslag (daarop is eerst bezuinigd, terwijl de laatste jaren de zorgtoeslag juist is verhoogd). Verder is van invloed dat de inkomens in bepaalde jaren meer en in andere jaren minder groeien dan de zorguitgaven. Tot slot laat de tabel zien dat de lagere inkomens een kleiner deel van het brutoinkomen aan zorg zijn gaan betalen en de hogere inkomens een groter deel.

Vraag 182
Kunt u aangeven wat het gemiddelde bedrag is dat een alleenverdiener (paar) met kinderen met een bijstandsinkomen, respectievelijk een minimuminkomen, modaal inkomen, twee keer modaal inkomen en drie keer modaal inkomen uitgeeft aan zorg (inkomensafhankelijke bijdrage, premie Zvw gemiddelde eigen risico en zorgtoeslag, de Wlz-premie onder aftrek van het aandeel van de heffingskorting dat betrekking heeft op de Wlz) alsook de bijdrage aan het deel van de zorguitgaven dat via de directe en indirecte belastingen wordt betaald en hoe dit zich vertaalt naar percentage van het bruto inkomen? Kunt u deze cijfers geven voor 2010 tot en met heden en kunt u de verschillen duiden in ontwikkelingen in de percentages?

Antwoord:
Zie de algemene opmerkingen bij het antwoord op vraag 181.

Ontwikkeling totale zorgkosten voor alleenverdieners met kinderen in euro's per jaar en als percentage van het brutoinkomen voor 2010–2021:

Alleenverdieners met kinderen		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017-I	2017-II	2018	2019	2020	2021
bijstand	€	zie Tweeverdieners met kinderen												
	%													
Wml	€	4.198	4.504	4.566	4.523	4.206	4.325	3.960	3.925	3.611	3.693	3.741	3.940	4.043
	%	23%	24%	24%	24%	22%	22%	20%	19%	18%	18%	18%	18%	18%
modaal	€	7.899	8.379	8.408	8.689	8.323	8.570	8.303	8.319	7.888	8.035	8.257	8.505	8.670
	%	24%	25%	25%	27%	25%	26%	25%	24%	23%	23%	23%	24%	24%
2x modaal	€	9.870	10.686	11.793	12.252	11.859	11.873	11.946	11.985	11.236	11.505	12.243	12.848	13.263
	%	15%	16%	18%	19%	18%	18%	18%	18%	16%	17%	17%	18%	18%
3x modaal	€	10.860	11.790	12.878	13.219	13.000	13.404	13.462	13.444	12.381	12.664	13.550	14.515	15.004
	%	11%	12%	13%	14%	13%	14%	13%	13%	12%	12%	13%	13%	14%

Vraag 183

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

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

Antwoord:
Zie de algemene opmerkingen bij het antwoord op vraag 181.

Ontwikkeling totale zorgkosten voor tweeverdieners in euro's per jaar en als percentage van het brutoinkomen voor 2010–2021:

Tweeverdieners		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017-I	2017-II	2018	2019	2020	2021
bijstand	€	4.465	4.733	4.709	4.805	4.439	4.463	4.171	4.068	3.802	3.802	3.726	3.775	3.827
	%	22%	23%	23%	24%	22%	22%	21%	20%	19%	19%	18%	19%	19%
Wml	€	3.694	3.993	4.053	4.068	3.887	4.003	3.804	3.813	3.546	3.626	3.637	3.745	3.782
	%	20%	22%	22%	21%	20%	21%	19%	19%	18%	18%	17%	17%	17%
modaal	€	7.162	7.681	7.605	7.821	7.378	7.873	7.429	7.420	6.977	7.127	7.284	7.501	7.630
	%	22%	23%	23%	24%	22%	24%	22%	22%	20%	21%	21%	21%	21%
2x modaal	€	14.780	15.904	15.656	15.883	14.835	14.334	13.977	14.077	13.267	13.629	14.217	14.722	15.082
	%	23%	24%	24%	24%	22%	22%	21%	21%	19%	20%	20%	20%	21%
3x modaal	€	16.138	17.398	19.094	19.470	18.876	18.378	18.307	18.295	17.154	17.590	18.522	19.269	19.823
	%	17%	18%	19%	20%	19%	19%	18%	18%	17%	17%	17%	18%	18%

Vraag 184

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

Antwoord:
Zie de algemene opmerkingen bij het antwoord op vraag 181.

Ontwikkeling totale zorgkosten voor tweeverdieners met kinderen in euro's per jaar en als percentage van het brutoinkomen voor 2010–2021:

Tweeverdieners met kinderen		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017-I	2017-II	2018	2019	2020	2021
bijstand	€	4.564	4.849	4.824	4.906	4.533	4.604	4.314	4.200	3.897	3.904	3.843	3.918	3.982
	%	23%	24%	24%	24%	22%	23%	21%	21%	19%	19%	19%	19%	20%
Wml	€	3.421	3.730	3.696	3.741	3.497	3.780	3.532	3.517	3.206	3.291	3.547	3.682	3.726
	%	19%	20%	20%	20%	18%	19%	18%	17%	16%	16%	17%	17%	17%
modaal	€	6.903	7.382	7.248	7.607	7.079	7.700	7.236	7.216	6.736	6.887	7.219	7.482	7.604
	%	21%	22%	22%	23%	21%	23%	22%	21%	20%	20%	20%	21%	21%
2x modaal	€	12.892	13.915	14.011	14.251	13.429	13.345	12.893	12.918	12.076	12.402	12.973	13.515	13.876
	%	20%	21%	21%	22%	20%	20%	19%	19%	18%	18%	18%	19%	19%
3x modaal	€	15.528	16.781	17.708	18.273	17.672	17.496	17.207	17.174	15.992	16.409	17.334	18.161	18.733
	%	16%	17%	18%	19%	18%	18%	17%	17%	16%	16%	16%	17%	17%

Vraag 185

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

Antwoord:
Eind 2017 is door de OECD een rapport uitgebracht waarin zij de hoogte en verdeling van uitgaven aan preventie vergelijken in OECD-landen. Onder preventie uitgaven vallen volgens de OECD-definitie uitgaven aan

campagnes; vaccinaties; screeningen; epidemiologische surveillance; en gezondheidschecks bij bijvoorbeeld zwangere vrouwen, in de jeugdgezondheidszorg, of tandartscontrole. Hieruit blijkt dat bijna alle OECD-landen tussen de 2% en 4% van hun totale zorguitgaven aan preventie besteden. Zie https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/how-much-do-oecd-countries-spend-on-prevention_f19e803c-en. De statistieken uit dit rapport zijn sindsdien bijgewerkt. De volgende tabel geeft de meest recente cijfers weer.

Preventie uitgaven Europese OECD-landen in voor koopkracht gecorrigeerde euro's, per hoofd van de bevolking (2018).

United Kingdom	184,6
Germany	168,5
Switzerland	162,1
Sweden	150,5
Netherlands	150,2
Finland	145,0
Norway	130,5
Italy	130,0
Denmark	109,5
Ireland	108,3
Iceland	100,3
Austria	98,7
Luxembourg	96,1
Slovenia	80,7
France	78,5
Belgium	71,4
Czech Republic	71,2
Estonia	66,2
Spain	62,0
Hungary	55,3
Portugal	44,2
Lithuania	43,8
Poland	40,9
Latvia	40,5
Greece	24,3
Slovak Republic	13,9

Bron: stats.OECD.org.

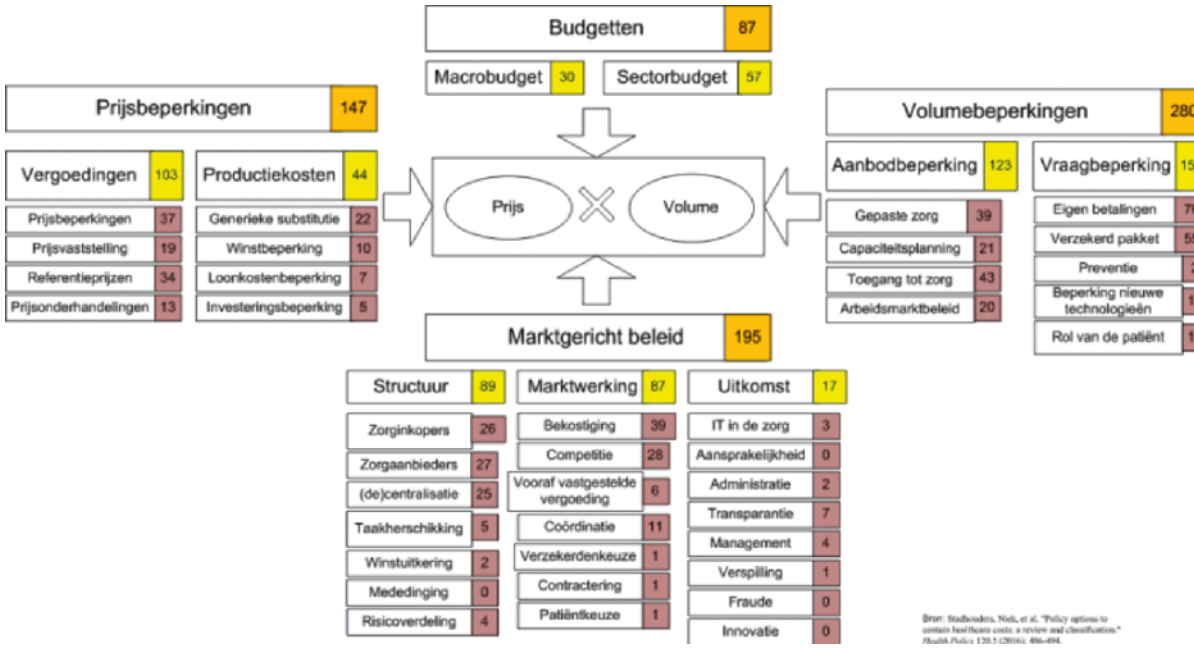
Vraag 186
Wat geven Europese landen uit specifiek aan het voorkomen van beginnen met roken, ondersteunen bij het stoppen met roken, het voorkomen van overmatig alcoholgebruik, depressie- en suïcidepreventie, het voorkomen van overgewicht en het ondersteunen bij het komen tot een gezond gewicht? Kunt u hiervan een overzicht sturen?

Antwoord:
Betrouwbare internationaal vergelijkbare cijfers over deze specifieke preventie uitgaven zijn niet beschikbaar. Zie vraag 185 voor de definitie van preventie uitgaven waarbij internationale vergelijking wel mogelijk is.

Vraag 187
Kunt u aangeven waarop andere Europese landen bezuinigen betreffende zorg? Kunt u hiervan een overzicht met uw duiding erbij sturen?

Antwoord:
Uit een analyse van meer dan 700 kostenbeheersingsmaatregelen die 19 Europese OESO-lidstaten sinds 1970 hebben genomen, blijkt dat de meeste maatregelen zich richten op het bedwingen van het volume van zorg. Ongeveer een derde van de maatregelen is gericht op aanpassingen

in de werking van de zorgmarkt, een vijfde grijpt in op de prijs van zorg en de minste maatregelen betreffen budgettering. Dit komt overeen met de verhoudingen van ingezette maatregelen die zijn beschreven voor Nederland (https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018306341).



Veel Europese landen hebben naar aanleiding van de financiële crisismaatregelen genomen om de zorgkosten te bedwingen. De meest voorkomende maatregelen zijn volgens Van Gool en Pearson (https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-austerity-and-economic-crisis_5jxx71lt1zg6-en):

- Het aanpassen van de financiering, bijvoorbeeld door hogere belastingen of Btw-tarieven;
- Het aanpassen van het verzekerd pakket;
- Het verhogen van eigen betalingen;
- Het verlagen van de prijs van zorg, zoals lonen en prijzen van geneesmiddelen;
- Het beperken van zorgaanbod, bijvoorbeeld het aantal artsen;
- Structurele hervormingen.

Vraag 188
Kunt u een overzicht geven van EU-richtlijnen en -verordeningen, binnen het domein van VWS, die nog niet zijn aangenomen?

Antwoord:
Bijgaand treft u een overzicht van lopende EU-wetgevingsonderhandelingen aan.
Een eerstvolgende reguliere rapportage zal Uw Kamer voor de Europese Gezondheidsraad van 2 december a.s. ontvangen.

Titel	Document	Korte beschrijving	Stand van Zaken
Voorstel voor Verordening Health Technology Assessment	COM (2018) 51	Het voorstel gaat over de gezamenlijke (klinische) beoordeling van de meerwaarde van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen ten opzichte van bestaande behandelingen via een HTA-assessment	Er is geen overeenstemming bereikt onder het Kroatisch voorzitterschap. Het Duits voorzitterschap heeft de onderhandelingen in de Raad wederom ter hand genomen.
Voorstel voor de financiering en regulering van het Europees parlement en de Raad inzake het Europees Solidariteitscorps voor de periode 2021–2027	COM (2018) 230	Financiering voor het Europees Solidariteitscorps in het kader van het MFK	Er vinden technische bijeenkomsten plaats tussen Raad, Commissie en Europees parlement, ter voorbereiding van de triloog die onder Duits voorzitterschap weer wordt opgestart.
Voorstel voor verordening tot vaststelling van een actieprogramma voor de Unie op het gebied van gezondheid voor de periode 2021–2027	COM (2020) 405	Zogenaamde EU4Health-programma; eigenstandig gezondheidsprogramma dat zowel kijkt naar herstel na COVID-19 als structurele samenwerking	Voorstel 28 mei 2020 gepubliceerd, onderhandelingen in Raad zijn in juli gestart zijn nog gaande. Triloog wordt verwacht in november/december

Vraag 189
Hoeveel mensen ontvangen zorgtoeslag?

Antwoord:
In 2019 ontvangen 4,6 miljoen mensen zorgtoeslag. Tot nu hebben in 2020 4,5 miljoen mensen zorgtoeslag ontvangen. Dit betreft de stand van zaken september 2020, dit aantal zal naar verwachting de komende maanden nog stijgen.

Vraag 190
Wat zijn de afbouwgrenzen van de zorgtoeslag vanaf 2006 tot en met 2020?

Antwoord:
In onderstaande tabel staat aangegeven vanaf welk inkomen de afbouw van de zorgtoeslag begint. Deze afbouwgrens is gelijk aan het wettelijk minimumloon.

Jaar	afbouw grens
2006	17.494
2007	17.905
2008	18.496
2009	19.135
2010	19.528
2011	19.890
2012	20.079
2013	19.043
2014	19.253
2015	19.463
2016	19.758
2017	20.109
2018	20.451
2019	20.941
2020	21.431

Vraag 191
Waar liggen de grenzen van de zorgtoeslag en vanaf welke percentages geldt de toeslag niet meer? Wilt u dit aangeven voor de verschillende inkomenscategorieën?

Antwoord:
De hoogte van de zorgtoeslag is afhankelijk van de norm- en afbouwpercentages en van de hoogte van de standaardpremie (de gemiddelde

nominale premie plus het gemiddeld eigen risico). De hoogte van de gemiddelde nominale premie voor het jaar 2021 is nog niet bekend. Uiterlijk 12 november maken de verzekeraars hun premie bekend. Daarna is dus pas bekend hoe hoog de standaardpremie wordt en dus ook tot welk inkomen er recht is op zorgtoeslag.
Op basis van de actuele raming van de nominale premie en het gemiddeld eigen risico (€ 1.473 resp. € 227) heeft een eenpersoonshuishouden recht op zorgtoeslag tot een inkomen van € 31.149. Een meerpersoonshuishouden heeft recht op zorgtoeslag tot een inkomen van € 39.953.
Als verzekeraars de premie bijvoorbeeld gemiddeld € 25 hoger vaststellen dan geraamd in de begroting, dan stijgt inkomen tot waar recht bestaat op zorgtoeslag (tot € 31.333 bij alleenstaanden en op € 40.321 voor tweepersoonshuishoudens). Als verzekeraars de premie gemiddeld € 25 lager vaststellen dan geraamd in de begroting, dan inkomen tot waar recht bestaat op zorgtoeslag lager uit (op € 30.965 bij alleenstaanden en op € 39.585 voor tweepersoonshuishoudens).

Vraag 192
Kunt u de Kamer voorrekenen hoe hoog de zorgtoeslag voor de verschillende inkomensgroepen wordt in 2021?

Antwoord:
De hoogte van de zorgtoeslag is afhankelijk van de norm- en afbouwpercentages en van de hoogte van de standaardpremie (de gemiddelde nominale premie plus het gemiddeld eigen risico). De hoogte van de gemiddelde nominale premie voor het jaar 2020 is nog onbekend. Uiterlijk 12 november maken de zorgverzekeraars hun premie bekend. Daarna is dus pas bekend hoe hoog de standaardpremie wordt en dus ook hoe hoog de zorgtoeslag wordt.
In onderstaande tabel staat de hoogte van de zorgtoeslag bij bepaalde inkomens op basis van de raming van de nominale premie en het gemiddelde eigen risico (€ 1.473, resp. € 227).

Belastbaar inkomen	15.000	20.000	25.000	30.000	35.000	40.000
Eenpersoonshuishouden	€ 1.288	€ 1.288	€ 858	€ 179	€ 0	€ 0
Meerpersoonshuishouden	€ 2.484	€ 2.484	€ 2.054	€ 1.375	€ 696	€ 0

Vraag 193
Hoeveel mensen hebben in 2020 hun gehele eigen risico opgemaakt? Kan dit percentage gegeven worden voor de jaren 2010 tot en met 2020?

Antwoord:
In onderstaande tabel vindt u de schattingen van het percentage volwassenen dat het eigen risico volmaakt voor de periode 2010–2020:

Jaar	Volwassenen die het eigen risico volmaken (in % van het totaal aantal volwassenen)
2010	60%
2011	60%
2012	59%
2013	54%
2014	51%
2015	49%
2016	47%
2017	47%
2018	48%
2019	48%
2020	48%

Vraag 194
Hoeveel mensen hebben in 2020 hun gehele eigen risico in de eerste maand van het jaar opgemaakt?

Antwoord:
Hierover zijn geen gegevens beschikbaar.

Vraag 195
Hoeveel chronisch zieken en mensen met een beperking hebben in 2020 hun gehele eigen risico opgemaakt?

Antwoord:
Er bestaat geen eenduidige definitie voor chronisch ziek. Daarom wordt aangesloten bij de definitie die gehanteerd wordt in het kader van de risicoverevening. Iemand wordt hierbij als chronisch ziek beschouwd indien hij/zij in een Diagnosekostengroep (DKG), Farmaciekostengroep (FKG), Hulpmiddelenkostengroep (HKG), Fysiotherapiediagnosegroep (FDG), in een Meerjarig hoge kosten (MHK) klasse groter dan 1 of in een Meerjarig hoge kosten verpleging en verzorging (MVV) klasse groter dan 0 valt. Voor specifiek mensen met een beperking zijn geen gegevens beschikbaar.

In onderzoek rondom de risicoverevening is aandacht besteed aan de vraag in hoeverre chronisch zieken en niet-chronisch zieken kosten onder het verplicht eigen risico maken. Hieruit komt naar voren dat 86 procent van de chronisch zieken het eigen risico volmaakt. Dit percentage is een schatting voor 2019, gebaseerd op data uit 2017. De cijfers voor 2020 zijn nog niet bekend.

Vraag 196
Hoeveel chronisch zieken en mensen met een beperking hebben in 2020 hun gehele eigen risico in de eerste maand van het jaar opgemaakt?

Antwoord:
Hierover zijn geen gegevens beschikbaar.

Vraag 197
Hoeveel mensen konden in 2020 hun eigen risico niet meer betalen? Wat zijn hiervan de laatste cijfers?

Antwoord:
Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal mensen dat specifiek het eigen risico niet kan betalen. Wel heeft een inventarisatie uitgewezen dat circa 1,1 miljoen verzekerden gebruik maken van de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen. Dit hoeft overigens niet te duiden op financiële problemen. Ook voor mensen met een hoog inkomen kan dit

een prettige service zijn. Daarnaast ontvangen huishoudens met een laag inkomen zorgtoeslag ter compensatie van een deel van de premie en het eigen risico. In 2019 hebben 4,65 miljoen mensen zorgtoeslag ontvangen.

Vraag 198
Kunt u in een overzicht weergeven hoeveel mensen respectievelijk 100%, 75%, 50%, 25% en 0% van het verplicht eigen risico kwijt waren?

Antwoord:
De hoogte van het eigen risico kan in 6 klassen worden onderscheiden:
- 23% van de volwassenen heeft € 0 tot € 24 aan kosten;
- 12% van de volwassenen heeft € 25 tot € 100 aan kosten;
- 8% van de volwassenen heeft € 100 tot € 200 aan kosten;
- 6% van de volwassenen heeft € 200 tot € 300 aan kosten;
- 3% van de volwassenen heeft € 300 tot € 384 aan kosten;
- 48% van de volwassenen maakt het verplicht eigen risico vol.

Deze cijfers betreffen schattingen voor 2020 op basis van onderzoeken ten behoeve van de risicoverevening (gebaseerd op data uit 2017).

Vraag 199
Hoeveel mensen hebben het eigen risico vrijwillig verhoogd tot respectievelijk 485 euro, 585 euro, 685 euro, 785 euro en 885 euro?

Antwoord:
De Zorgthermometer van Vektis laat zien dat in 2020 in totaal 13,3 procent van de verzekerden voor een vrijwillig eigen risico heeft gekozen. Van de mensen met een vrijwillig eigen risico heeft:
9,4% een vrijwillig eigen risico van € 100 (waarmee het totale eigen risico uitkomt op € 485 euro);
9,2% een vrijwillig eigen risico van € 200 (waarmee het totale eigen risico uitkomt op € 585 euro);
4,6% een vrijwillig eigen risico van € 300 (waarmee het totale eigen risico uitkomt op € 685 euro);
1,3% een vrijwillig eigen risico van € 400 (waarmee het totale eigen risico uitkomt op € 785 euro);
75,5% een vrijwillig eigen risico van € 500 (waarmee het totale eigen risico uitkomt op € 885 euro).

Vraag 200
Welke groep binnen de bevolking maakt gebruik van een vrijwillig eigen risico? Hoeveel wanbetalers waren er in 2020?

Antwoord:
Uit onderzoek van het Centraal Planbureau (zie Kamerstuk 29 689, nummer 783) blijkt dat over het algemeen meer mannen dan vrouwen, meer jongeren dan ouderen, meer mensen met een hoog inkomen dan met een laag inkomen, meer hoogopgeleiden dan laagopgeleiden en meer mensen met lage zorgkosten dan hoge zorgkosten voor een vrijwillig eigen risico kiezen.

Het aantal wanbetalers aan wie een bestuursrechtelijke premie werd opgelegd is gedaald van 325.810 eind 2014 naar 190.641 op 1 oktober 2020.

Vraag 201
Hoeveel mensen moeten op dit moment een bestuursrechtelijke premie betalen omdat zij een betalingsachterstand van meer dan zes maanden hebben op hun zorgverzekeringspremie?

Antwoord:
Het aantal wanbetalers aan wie een bestuursrechtelijke premie werd opgelegd is gedaald van 325.810 eind 2014 naar 190.641 op 1 oktober 2020.

Vraag 202
Kunt u een trendmatig overzicht geven over hoeveel mensen sinds 2010 een bestuursrechtelijke premie moesten betalen? Kunt u een overzicht geven per jaar?

Antwoord:
In de onderstaande tabel treft u per jaar sinds 2010 de aantallen wanbetalers aan wie een bestuursrechtelijke premie werd opgelegd. De cijfers zijn afkomstig van het CAK. De tabel laat zien dat het aantal wanbetalers sinds 2014 sterk is gedaald. De daling wordt met name veroorzaakt doordat zorgverzekeraars op grote schaal actief en op maat betalingsregelingen zijn gaan aanbieden. Dankzij de Wet vereenvoudiging wanbetalersmaatregelen[10] betalen verzekerden bij het afspreken van een betalingsregeling direct weer de nominale premie. Ook wordt er steeds meer ingezet op vroegsignalering.

Per ultimo	aantal
2010	266.306
2011	303.528
2012	297.954
2013	314.138
2014	325.810
2015	312.037
2016	277.023
2017	249.044
2018	223.714
2019	202.702
Okt 2020	190.641

Vraag 203
Hoeveel mensen hebben een betaalregeling getroffen voor de zorgpremie en kunt u een overzicht geven per jaar sinds 2010?

Antwoord:
In de onderstaande tabel is het aantal lopende betalingsregelingen (intern of extern bij een incassopartner) en het aantal stabilisatieovereenkomsten[11] opgenomen dat per jaar open stond. Het betreft hier regelingen en overeenkomsten waar ten minste de premieschuld in zit. Betalingsregelingen bij de externe incassopartner hebben zowel betrekking op de buitengerechtelijke als de gerechtelijke fase. Er zijn geen aantallen bekend voor de jaren voorafgaand aan 2014.

[10] Stb. 2015, 33.683
[11] Met een stabilisatieovereenkomst wordt de incasso van een betalingsachterstand door een zorgverzekeraar onder voorwaarden opgeschort gedurende maximaal 8 maanden. De stabilisatieovereenkomst dient ter voorbereiding op een minnelijke schuldregeling. Gedurende de stabilisatieperiode betaalt de verzekerde weer de nominale premie.

	Intern	Extern	Stabilisatie
2014	152.985	119.110	6.852
2015	137.468	93.515	7.978
2016	156.109	95.305	8.812
2017	161.509	95.726	8.544
2018	165.173	88.758	7.292
2019	176.236	89.775	6.204

Vraag 204
Kan kwantitatief en kwalitatief worden aangegeven in hoeverre het eigen risico in 2018 heeft geleid tot het minder gebruik maken van zorg en of dit heeft geresulteerd in gezondheidsschade?

Antwoord:
Er is geen inzicht in eventuele effecten op de gezondheid. Op de website van de Staat van Volksgezondheid en Zorg is te zien dat het percentage van de mensen dat aangeeft de afgelopen twaalf maanden te hebben afgezien van zorg vanwege de kosten (niet specifiek het eigen risico) is afgenomen van 16% in 2016 naar 9% in 2019. De cijfers zijn ook terug te vinden in de VWS-monitor, die twee keer per jaar als bijlage bij de begroting en het jaarverslag van VWS wordt meegestuurd naar de Tweede Kamer (zie bijvoorbeeld Kamerstuk 35 570 XVI, nr. 7).

Vraag 205
Kunt u een overzicht sturen welke zaken aan het basispakket zijn toegevoegd of eruit gehaald vanaf 2005 tot en met 2020?

Antwoord:
Bij de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet (Zvw) per 1 januari 2006 is besloten dat het verzekerde pakket van de Ziekenfondswet zoals dat eind 2005 gold, bepalend was voor de aard, inhoud en omvang van het basispakket van de Zvw. Het basispakket 2006 was dan ook gelijk aan het ziekenfondspakket van ultimo 2005. Per 1 januari 2006 zijn er geen wijzigingen in het pakket aangebracht; geen uitbreidingen en ook geen beperkingen.

De te verzekeren prestaties van het basispakket zijn zo omschreven dat de medisch-inhoudelijke en maatschappelijke ontwikkelingen worden gevolgd. Hierdoor stromen nieuwe interventies en zorgvormen die voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk «automatisch» het basispakket in. Daar tegenover staat dat verouderde interventies en zorgvormen die in de medische praktijk niet meer worden toegepast «automatisch» uit het basispakket verdwijnen, omdat deze niet langer voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. Deze open in- en uitstroom is met name van belang ten aanzien van wijzigingen in de medisch-specialistische zorg. Omdat deze «automatische» in- en uitstroom in veel gevallen niet plaatsvindt op basis van uitspraken van het Zorginstituut, is het niet mogelijk hiervan een volledig beeld te geven. Wél zijn er in de medische wetenschap in brede zin de afgelopen 10 jaar veel ontwikkelingen geweest die ook impact hebben op het verzekerde pakket, zoals nieuwe dure geneesmiddelen en medische technologie.

Behalve de hiervoor genoemde automatische in- en uitstroom, vinden ook wijzigingen in het basispakket plaats op basis van politieke besluitvorming. In bijgaande drie tabellen is een overzicht hiervan opgenomen. De tabellen 1 en 2 geven een overzicht van respectievelijk de uitbreidingen en beperkingen in het basispakket. Tabel 3 betreft de voorwaardelijk toegelaten behandelingen.

Tabel 1: Overzicht politiek besloten uitbreidingen basispakket 2007–2020

Jaar	Uitbreiding
2007	uitbreiding aantal zittingen psychotherapie
2008	jeugdtandzorg t/m 21 jaar
2009	dyslexiezorg aan kinderen t/m 12 jaar
2010	geen uitbreidingen basispakket
2011	– bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie – stoppen met roken
2012	geen uitbreidingen basispakket
2013	– brillenglazen voor kinderen met medische indicatie – vervallen minimum leeftijdsgrens van 6 jaar bij fluorideapplicatie blijvende gebitselementen – geriatrische revalidatie (overheveling uit AWBZ) – bruikleen hulpmiddelen (overheveling uit AWBZ)
2014	geen uitbreidingen basispakket
2015	– niet-invasieve prenatale test (NIPT) – zintuiglijk gehandicaptenzorg (overheveling uit AWBZ) – verpleging en verzorging zonder verblijf (overheveling uit AWBZ) – tweede en derde jaar intramurale geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (overheveling uit AWBZ)
2016	geen uitbreidingen basispakket
2017	– fysiotherapie bij claudicatio intermittens (etalagebenen) – plastische chirurgie bij het uitvoeren van een bovenooglidcorrectie – borstvergroting bij agenesie of aplasie van de borst – circumcisie om medische redenen – (uitgestelde) fronttandvervanging bij verzekerden tot hun drieëntwintigste levensjaar – bijzondere tandheelkunde, implantaatgedragen gebitsprothesen voor verzekerden die voor eigen rekening implantaten heeft laten plaatsen
2018	– fysiotherapie bij artrose aan heup- en kniegewrichten – verleggen van de afbakening tussen het basispakket en de Jeugdwet als het gaat om verzorging bij verzekerden jonger dan achttien jaar – wijzigen van de prestatie zittend ziekenvervoer bij oncologische behandelingen waar het gaat om immuuntherapie met geneesmiddelen
2019	– fysiotherapie bij Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) – Uitbreiding aanspraak ziekenvervoer naar consulten, (na)controles en (bloed)onderzoek die nodig zijn voor de oncologische behandelingen, nierdialyses en vergelijkbare situaties die onder de hardheidsclausule vallen.
2020	– Geneeskundige zorg van de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten is overgeheveld vanuit de «Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling» naar de Zvw. – Verruiming in de vergoeding van apotheekbereidingen van geneesmiddelen. – De geriatrische revalidatiezorg is formeel (als categorie) aan de aanspraak voor ziekenvervoer toegevoegd. – In situaties waarop normaalgesproken vervoer wordt vergoed, en dit vervoer op tenminste drie achtereenvolgende dagen nodig is, kan de zorgverzekeraar een vergoeding voor de kosten van logeren verstrekken die gedeeltelijk in de plaats komt van een vergoeding voor vervoerskosten.

Tabel 2: Overzicht politiek besloten beperkingen basispakket 2007–2020

Jaar	Beperking
2007	geen beperkingen basispakket
2008	geen beperkingen basispakket
2009	– slaapmiddelen – cholesterolverlagers – hulpmiddelen
2010 2011	acetylcysteïne – antidepressiva – jeugd tandzorg boven 18 jaar – extracties – anticonceptie – fysiotherapie 9 naar 12 behandelingen voor eigen rekening
2012	– fysiotherapie 12 naar 20 behandelingen voor eigen rekening – fysiotherapie, beperking chronische lijst – maagzuurremmers, met uitzondering van chronisch gebruik – stoppen met roken – dieetadvisering – eerstelijns psychologische zorg, van 8 naar 5 behandelingen – aanpassingsstoornissen
2013	– eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen – redressiehelm – beperking aantal terug te plaatsen embryo's bij ivf – vruchtbaarheidsbehandelingen voor vrouwen van 43 jaar of ouder – paracetamol/codeïne
2014	geen beperkingen basispakket
2015	– jeugd-ggz, inclusief dyslexiezorg voor kinderen naar Jeugdwet – combinatietest voor zwangere vrouwen vanaf 36 jaar
2016	geen beperkingen basispakket
2017	geen beperkingen basispakket
2018	geen beperkingen basispakket
2019	vitaminen, mineralen en paracetamol waarvoor een gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig alternatief bestaat in de vrije verkoop
2020	Geen beperkingen basispakket

Tabel 3: Overzicht voorwaardelijk toegelaten behandelingen 2012–2020

Jaar	Voorwaardelijk toegelaten behandelingen
2012	anesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken bij patiënten met chronische aspecifieke lage rugpijn
2013	– renale denervatie bij patiënten met therapieresistentie – behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolyse
2014	– het endoscopisch in plaats van chirurgisch behandelen van abcessen bij patiënten met geïnfecteerde pancreasnecrose – autologe stamceltransplantaties bij therapierefractaire patiënten (patiënten die niet voldoende reageren op medicamenteuze behandeling met o.a. TNF-alfablokkers) met de ziekte van Crohn
2015	– het geneesmiddel Belimumab (Benlysta®) bij een deel van de volwassen patiënten met Systemische Lupus erythematosus (SLE) – tumor infiltrerende lymfocyten (TIL) bij patiënten met uitgezaaid melanoom in de laatste stadia – een bepaald type chemotherapie (HIPEC) ter preventie van uitzaaiingen in de buik bij bepaalde patiënten met darmkanker – borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie

Jaar	Voorwaardelijk toegelaten behandelingen
2016	– percutane transforaminale endoscopische discectomie (PTED) bij lumbosacraal radiculair syndroom en lumbale hernia – behandeling van medicamenteus onbehandelbare chronische clusterhoofdpijn met occipitale zenuwstimulatie – het geneesmiddel fampridine (Fampyra®) bij multiple sclerosis (MS) – dendritische celvaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie – sacrale neuromodulatie bij therapieresistente functionele obstipatie met vertraagde darmpassage
2017	– geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met autologe stamceltransplantatie voor behandeling van stadium III BRCA1-like borstkanker – combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC) bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht
2018	– geen nieuwe voorwaardelijke toelatingen tot het basispakket – verlenging van de periode van voorwaardelijke toelating van percutane transforaminale endoscopische discectomie (PTED) bij lumbosacraal radiculair syndroom en lumbale hernia tot 1 december 2020 – verlenging van de periode van voorwaardelijke toelating van borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie tot 1 oktober 2022
2019	– CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronischhartfalen New York Heart Association (NYHA) klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen – De behandeling met Binamed medische zilverkleding of Dermacura antibacterieel verbandkleding van kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem – Langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen; – Langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen. – Verlenging van de periode van voorwaardelijke toelatingen van de behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV tot 1 juli 2022, – Verlenging van de periode van voorwaardelijke toelatingen van de behandeling met dendritische cel vaccinaties van patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie tot 1 augustus 2022, en – Verlenging van de periode van voorwaardelijke toelatingen van de behandeling met sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmpassage tot 1 januari 2022
2020	– Nusinersen (Spinraza®) bij patiënten met 5q spinale spieratrofie (SMA) die 9,5 jaar en ouder zijn; – Hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC) toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom.

Vraag 206
Hoe was de verdeling naar inkomensgroep van mensen die de bestuursrechtelijke premie betalen? Hoe was dat in vorige jaren?

Antwoord:
In de onderstaande tabel (bron CBS) is de groep wanbetalers verdeeld over de verschillende inkomensgroepen. Hierbij is uitgegaan van het jaarlijks gestandaardiseerd besteedbaar huishoudensinkomen. Het gestandaardiseerd besteedbaar huishoudensinkomen is gecorrigeerd voor verschillen in grootte en samenstelling van het huishouden. Omdat het CBS niet van iedere wanbetaler de inkomensgegevens beschikbaar heeft wijken de aantallen af van het werkelijke aantal wanbetalers per jaar. De cijfers over 2018 en 2019 zijn nog niet beschikbaar.

Inkomensgroep	2015	2016	2017
Totaal	282.190	249.930	229.870
< € 10.000	29.820	26.340	22.200
€ 10.000 tot € 20.000	149.860	126.210	109.890
€ 20.000 tot € 30.000	68.260	64.640	63.040
€ 30.000 tot € 40.000	21.140	20.510	22.240
€ 40.000 tot € 50.000	4.410	4.490	5.170
> € 50.000	1.660	1.570	1.950
Onbekend	7.040	6.180	5.380

Vraag 207
Hoeveel gemeenten bieden een collectieve ziektekostenverzekering aan voor minima?

Antwoord:
Zorgweb heeft onderzoek gedaan naar de feiten rondom de collectieve ziektekostenverzekering voor minima («de gemeentepolis»). Dit onderzoek, dat uw Kamer vóór de begrotingsbehandeling ontvangt, laat zien dat in 2020 339 van de 355 gemeenten een gemeentepolis aanbieden.

Vraag 208
Hoeveel gemeenten zijn de afgelopen twee jaar gestopt met het aanbieden van een collectieve ziektekostenverzekering voor minima?

Antwoord:
In 2019 zijn er geen gemeenten gestopt met het aanbieden van een gemeentepolis. Er zijn mij zeven gemeenten bekend die per 1 januari 2020 niet langer een gemeentepolis aanboden.[12] De motie van de leden Geleijnse (50PLUS) en Van den Berg (CDA) (zie Kamerstuk 29 689, nummer 971) verzocht mij inzicht te geven in de maatregelen die de gemeenten hebben genomen die vanaf 2020 niet langer een gemeentepolis aanbieden. Een aantal van deze gemeenten zijn meegenomen in het onderzoek van Zorgweb (zie ook het antwoord op vraag 213). Daarnaast heb ik zelf een analyse bij de andere gemeenten uitgevoerd om na te gaan wat voor maatregelen zij hebben genomen om minima tegemoet te komen. Deze analyse laat zien dat alle zeven gemeenten ten minste individuele bijzondere bijstand aanbieden. Daarnaast verstrekken zij een tegemoetkoming ten aanzien van het eigen risico of de aanvullende verzekering, bieden zij keuzehulpen zoals de VoorziengenWijzer of de Poliswijzer aan, hoeven cliënten met een laag inkomen geen eigen bijdrage voor de Wmo te betalen of verstrekken zij een tegemoetkoming voor chronisch zieken en mensen met een beperking.

Vraag 209
Hoeveel mensen maken gebruik van een collectieve ziektekostenverzekering voor minima?

Antwoord:
Het onderzoek van Zorgweb laat zien dat in 2020 ongeveer 685.000 verzekerden gebruik maken van een gemeentepolis. In 2019 waren dit 700.000 verzekerden.

Vraag 210
In hoeverre zijn deze gemeentelijke verzekeringen gunstiger dan een lage polis bij een verzekeraar?

[12] https://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/nieuws/gemeentepolis-verdwijnt-in-zeven-gemeenten.11614557.lynkx

Antwoord:
Deelname aan een gemeentepolis kan voor een verzekerde met een minimuminkomen gunstiger zijn dan een andere polis bij een verzekeraar. Maar het kan ook ongunstiger zijn. De gemeentelijke polissen voor minima bevatten vaak uitgebreide aanvullende verzekeringen. Gemeenten proberen eigen betalingen door minima zo veel mogelijk te voorkomen en laten dit afdekken via de aanvullende verzekering. Extra dekking voor het afkopen van bijvoorbeeld het wettelijk verplicht eigen risico of de gedeeltelijke eigen bijdragen bij een bril leidt tot een hogere premie voor zo'n aanvullende verzekering. Of de polis (te) duur is, hangt natuurlijk ook af van de compensatie in de premie die de gemeente verstrekt.

Het onderzoek van Zorgweb laat zien dat de premies van de aanvullende verzekeringen behorende bij de gemeentepolis aanzienlijk hoger liggen dan de premies van de onderliggende aanvullende verzekeringen.[13] Met name de gemeentelijke bijdrage en in mindere mate de korting van de zorgverzekeraar zorgen ervoor dat de uiteindelijke premie voor gemeentepolishouders iets lager is dan voor een onderliggende reguliere polis. Desalniettemin bedraagt de totale premie bij de variant waar een verzekerde kiest voor de uitgebreide aanvullende verzekering gemiddeld circa 150 euro per maand.[14]

De gemeentepolis is één van de instrumenten die gemeenten kunnen inzetten om tot financieel maatwerk voor hun ingezetenen te komen. Het is echter niet per definitie de beste oplossing voor iedereen. Vóór de begrotingsbehandeling ontvangt uw Kamer het onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut waarin aandacht wordt besteed aan andere – en wellicht minder bekende – maatregelen die gemeenten en zorgverzekeraars kunnen nemen.

Vraag 211
Hoeveel mensen hebben in 2020 een naturapolis en zijn hierin verschillen te zien per zorgverzekeraar?

Antwoord:
In 2020 zijn er 55 verschillende polissen op de markt: 34 hiervan zijn naturapolissen, 17 restitutiepolissen en 4 combinatiepolissen. In 2019 waren 34 van de 59 polissen naturapolissen. In 2018 waren 31 van de 55 polissen naturapolissen. Driekwart van de verzekerden heeft in 2020 een naturapolis[15]. Dit beeld is al sinds 2017 vrijwel gelijk.
Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal verzekerden met een naturapolis per verzekeraar. Wel over het aantal naturapolissen per verzekeraar in 2020: Achmea heeft 14 naturapolissen, ASR 0, CZ 3, DSW 0, ENO 1, EUCARE 1, iptiQ 1, Menzis 3, ONVZ 0, VGZ 9 en Zorg en Zekerheid 2.

Vraag 212
Hoeveel mensen hebben in 2020 een budgetpolis en zijn hierin verschillen te zien per zorgverzekeraar?

---

[13] Dit zijn de reguliere aanvullende verzekeringen die zorgverzekeraars aanbieden, waar de gemeentepolis op gebaseerd is. Ten opzichte van deze onderliggende reguliere aanvullende verzekeringen worden voor de gemeentepolis dekkingen toegevoegd. Als deze extra dekkingen worden uitgedrukt in een gemiddeld dekkingsbedrag, dan blijkt de uitgebreide aanvullende verzekering van de gemeentepolis in 2020 236 euro meer te dekken dan de reguliere aanvullende verzekering. In 2012 ging het nog om 89 euro.

[14] Ter vergelijking: cijfers van Vektis (Verzekerden in beeld 2020) laten zien dat de gemiddelde maandelijkse premie voor de basisverzekering in 2020 120 euro bedroeg. De gemiddelde premie voor de aanvullende verzekering bedroeg in 2018 circa 26 euro.

[15] NZa, Monitor Zorgverzekeringen 2020

Antwoord:
Een budgetpolis is een naturapolis, maar dan met meer beperkende voorwaarden dan een gemiddelde naturapolis. Zo kunnen er minder zorgaanbieders gecontracteerd zijn en/of is de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg lager dan 75%. Daar staat tegenover dat de premie voor een budgetpolis vaak lager is dan voor een gemiddelde naturapolis.
In 2020 zijn er in totaal 34 naturapolissen. De NZa-monitor zorgverzekeringen 2020[16] laat zien dat het aantal polissen met beperkende voorwaarden is afgenomen van 14 polissen in 2019 naar 10 polissen in 2020. Ook het aantal mensen dat een polis heeft met beperkende voorwaarden is afgenomen van 14,1% (2019) naar 13,1% (2020).
De meeste verzekeraars bieden een polis met beperkende voorwaarden aan. Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden per verzekeraar. Wel over het aantal polissen met beperkende voorwaarden per verzekeraar in 2020: Achmea 3, ASR 0, CZ 3, DSW 0, ENO 0, EUCARE 0, iptiQ 1, Menzis 2, ONVZ 0, VGZ 1 en Zorg en Zekerheid 0.
Om meer inzicht te krijgen in de feitelijke ervaringen van de verzekerden met polissen met beperkende voorwaarden, laat ik een onderzoek doen naar de beleving van verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden. Zodra dit onderzoek is afgerond zal ik u uitgebreider informeren over dit onderwerp.

Vraag 213
Hoeveel mensen hebben in 2020 een restitutiepolis en zijn hierin verschillen te zien per zorgverzekeraar?

Antwoord:
In 2020 zijn er 55 verschillende polissen op de markt: 34 hiervan zijn naturapolissen, 17 restitutiepolissen en 4 combinatiepolissen. In 2019 waren 21 van de 59 polissen restitutiepolissen en 4 combinatiepolissen. Ruim 18% van de verzekerden heeft in 2020 een restitutiepolis en 6% een combinatiepolis[17]. Dit beeld is al sinds 2017 vrijwel gelijk.
Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal verzekerden met een restitutiepolis per verzekeraar. Wel over het aantal restitutiepolissen per verzekeraar in 2020: Achmea heeft 5 restitutiepolissen, ASR 1, CZ 4, DSW 1, ENO 1, EUCARE 1, iptiQ 0, Menzis 1, ONVZ 1, VGZ 5 en Zorg en Zekerheid 1.

Vraag 214
Hoeveel mensen hebben in 2020 een aanvullende polis afgesloten en zijn hierin verschillen te zien per zorgverzekeraar?

Antwoord:
Dat zijn 83,2% van de ruim 17,3 miljoen verzekerden, ofwel 14,4 miljoen mensen. Dit is iets lager ten opzichte van de 83,7% in 2019. Deze cijfers volgen uit de Vektis «Zorgthermometer: Verzekerden in beeld 2020». Er zijn bij VWS geen gegevens bekend over het aantal afgesloten aanvullende verzekeringen per zorgverzekeraar.

Vraag 215
Hoeveel winst maakten zorgverzekeraars op collectieve zorgverzekeringen die in samenwerking met gemeenten aangeboden werd? Hoe hoog was die winst in 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2019 en 2020?

---

[16] Tweede Kamer 2020–2021, 29 689 nr. 1080
[17] NZa, Monitor Zorgverzekeringen 2020

Antwoord:
Zorgverzekeraars publiceren hun resultaten niet per polis (modelovereenkomst) en evenmin per (soort) collectiviteit. Ook de gemeentelijke bijdrage per collectief is niet inzichtelijk.

Vraag 216
Hoeveel winst is door welke verzekeraars uitgekeerd?

Antwoord:
Geen, sinds de invoering van het Zvw-stelsel in 2006 is er nog nooit winst uitgekeerd aan aandeelhouders.

Vraag 217
Hoeveel van hun reserves hebben zorgverzekeraars ingezet voor het betalen van de extra coronagerelateerde kosten?

Antwoord:
Reserves verschillen per verzekeraar en iedere verzekeraar maakt voor de inzet van reserves ter demping van de totale premiestijging haar eigen afweging. VWS maakt hier in de begroting een inschatting van. In de begroting heeft VWS voor 2021 een inzet van € 450 mln. aan reserves geraamd. Hoeveel reserves de zorgverzekeraars daadwerkelijk inzetten blijkt pas bij de bekendmaking van de verschillende premies voor 2021.

Vraag 218
Kunt u per zorgverzekeraar de solvabiliteit noemen? Hoe groot is voor elk van deze verzekeraars het bedrag aan reserves bovenop de door de Nederlandsche Bank (DNB) vereiste solvabiliteit? Wat is het totaal aan reserves van zorgverzekeraars bovenop de door

Antwoord:
Voor 2019 (meest recente cijfers) vindt u hieronder de aanwezige en vereiste solvabiliteit basisverzekering en de solvabiliteitsratio's 2014–2019. Cijfers op basis van Solvency II zijn voor oudere jaren niet beschikbaar aangezien Solvency II pas per 1 januari 2016 van kracht is. Sinds de jaarcijfers 2014 presenteren zorgverzekeraars zelf wel al cijfers op basis van Solvency II voor de basisverzekering op hun website. De aanwezige reserves basisverzekering van zorgverzekeraars tezamen bedragen ultimo 2019 ruim € 9,6 mld. Hiervan is bijna € 6,6 mld. wettelijk vereist. De solvabiliteitsratio bedraagt gemiddeld 146%.

Solvabiliteit basisverzekering 2014–2019, Solvency II (voor 2019 x € 1 mln.)

Concern	Aanwezig 2019	Vereist 2019	2019	2018	2017	2016	2015	2014
ASR	144	100	144%	140%	138%	144%	146%	151%
CZ	2.219	1.443	154%	157%	149%	173%	169%	163%
DSW-SH	337	258	130%	134%	147%	141%	157%	154%
Eno	95	61	155%	166%	159%	160%	108%	114%
Menzis	1.299	898	145%	138%	129%	123%	124%	129%
ONVZ[1]	199	160	124%	132%	121%	142%	166%	157%
VGZ[1]	–	–	143%	141%	141%	149%	155%	137%
Zilveren Kruis[2]	2.699	1.849	146%	141%	137%	167%	174%	162%
Z&Z	365	218	168%	165%	151%	157%	188%	172%

[1] Conform het transparantieoverzicht jaarcijfers 2015 van VGZ en ONVZ betreffen de solvabiliteitsratio's van VGZ en ONVZ de basis- en aanvullende verzekering en ontbreken de onderliggende cijfers voor VGZ; voor 2016, 2017, 2018, 2019 geldt dit alleen voor VGZ. Daardoor kunnen de cijfers niet opgeteld worden tot de getallen uit het bovenstaande antwoord.
[2] Betreft een optelling door VWS van de solvabiliteitcijfers van de risicodragers van Zilveren Kruis.

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

Vraag 219
Als de volledige reserve zou worden ingezet voor premieverlaging, hoeveel zouden de premies dan dalen?

Antwoord:
Verzekeraars hadden ultimo 2019 € 9,6 miljard aan reserves, maar daarvan is circa € 6,6 miljard op basis van Solvency II verplicht. In de raming van de nominale premie 2021 in de VWS-begroting 2021 is geraamd dat de verzekeraars een deel van hun reserves zullen afbouwen, namelijk € 450 miljoen. Indien verzekeraars hun niet-verplichte reserves volledig zouden afbouwen (€ 3 miljard), dan zou dit een eenmalig premie-dempend effect van € 94 per verzekerde hebben. Echter, om continu te kunnen voldoen aan de solvabiliteitseis houden zorgverzekeraars zelf een door hen veilig geachte marge boven het wettelijk vereiste minimum aan. Bovendien bepalen ze zelf hoeveel reserves zij daadwerkelijk inzetten en iedere zorgverzekeraar maakt daarin een eigen keuze. Zorgverzekeraars zetten in op een stabiele premieontwikkeling en dus op een geleidelijke inzet van reserves. Reserves kunnen namelijk maar één keer worden ingezet. Indien verzekeraars in één keer alle niet-verplichte reserves afbouwen, leidt dit in het daaropvolgende jaar tot een forse premiestijging doordat verzekeraars niet langer de reserves kunnen inzetten om de premiestijging te dempen. Uiterlijk 12 november maken zorgverzekeraars hun premie voor het volgende jaar bekend. Dan is duidelijk hoeveel zij totaal zullen inzetten aan reserves.

Vraag 220
Kunt u een overzicht sturen wat de winsten van alle zorgverzekeraars in totaal en afzonderlijk waren vanaf 2006 tot en met 2020?

Antwoord:
De Nederlandsche Bank (DNB) publiceerde jaarlijks – op basis van de verslagstaten van DNB – een landelijk overzicht van het resultaat technische rekening zorgverzekeraars voor de basisverzekering. Deze overzichten zijn beschikbaar van 2007 t/m 2015.

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

Bron: DNB

Deze resultaten werden gepresenteerd op basis van Solvency I-cijfers en kunnen daardoor niet aangevuld worden met de cijfers na 2015. Bij het resultaat «technische rekening» (2007–2015) blijft het resultaat van de «niet-technische» rekening buiten beeld. Het gaat hier voornamelijk om de opbrengsten uit beleggingen voor zover niet toegerekend aan de «technische rekening».

Op basis van de transparantieoverzichten van zorgverzekeraars bedraagt het resultaat over 2016 ruim € 300 miljoen negatief; voor 2017 ruim € 550 miljoen negatief; voor 2018 ruim € 260 miljoen positief en voor 2019 € 300 miljoen positief. Dit bedrag is inclusief beleggingsopbrengsten en na inzet van het resultaat voor lagere premies in het komende jaar van

zorgverzekeraars op de basisverzekering. De cijfers 2016, 2017, 2018 en 2019 betreffen de resultaten conform de systematiek van de jaarrekeningen.

Onderstaande tabel geeft de resultaten en de bestemming van de resultaten per verzekeraar over 2019. Deze resultaten zijn voor aftrek van de teruggave in de premie 2020. Het resultaat over 2020 is nog niet bekend.

Resultaat en bestemming resultaat basisverzekering ultimo 2019 (in € mln)

	Resultaat 2019	Bestemming lagere premie 2020	Bestemming toevoeging reserves
ASR	5	0	4
CZ	268	145	123
DSW-SH	35	15	20
Eno	20	13	8
Menzis	193	94	99
ONVZ	5	0	5
VGZ	52	25	28
Zilveren Kruis	– 9	17	– 25
Z&Z	42	12	30
Totaal	611	321	290

Bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2019, zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op de website. Totaal kan door afrondingsverschillen afwijken.

Vraag 221
Wat waren de reserves uitgesplitst naar zorgverzekeraars in 2019? Welke reserves waren wettelijk verplicht? Hoe hoog waren die bedragen in 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 en 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 en 2020?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 218.

Vraag 222
Hoe hebben de reserves van de verzekeraars zich jaarlijks ontwikkeld? Kunt u een overzicht hiervan geven van de verzekeraars in totaliteit en de afzonderlijke verzekeraars vanaf 2004?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 218.

Vraag 223
Hoe hoog is het bedrag dat zorgverzekeraars uitgeven aan reclame? Hoe hoog waren die bedragen in 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 en 2020?

Antwoord:
In de transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering, die sinds de jaarcijfers 2014 door individuele zorgverzekeraars worden gepubliceerd, worden de uitgaven aan reclame vermeld. Op basis daarvan is onderstaande tabel opgesteld. Voor de jaren daarvoor zijn geen cijfers beschikbaar.

Ontwikkeling reclamekosten 2014, 2015 en 2016, 2017, 2018, 2019 concernniveau (x € 1.000), basisverzekering

Concern	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ASR	90	878	150	74	162	321
CZ	5.751	6.589	4.449	4.975	4.464	2.984
De Friesland	2.517	2.649	2.555	[1]	[1]	[1]
DSW	559	465	671	709	853	807
Eno	1.031	686	767	918	900	883
Menzis	4.835	4.408	3.900	3.900	3.710	3.545
ONVZ	886	977	1.404	869	882	693
Stad Holland	110	19	121	127	[1]	[1]
VGZ	6.286	4.581	5.962	5.962	4.877	4.950
Zilveren Kruis	10.808	10.808	13.598	11.093	12.326	8.307
Z&Z	1.269	1.277	1.288	1.455	1.511	1.254
Totaal	39.736	35.469	33.992	30.082	29.685	23.744
Gemiddeld per premiebetaler (in €)	3,0	2,6	2,5	2,2	2,2	1,7

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

Bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 en 2019 zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op de website.

Vraag 224
Kunt u aangeven wat sinds de inwerkingtreding van de zorgverzekeringswet in 2006 de jaarlijks verschuiving van collectief gefinancierde zorg naar eigen betalingen is geweest?

Antwoord:
In onderstaande tabel staat welk aandeel van de (verwachte) Zvw-uitgaven sinds 2006 is gedekt uit het eigen risico en de no-claimteruggaveregeling (bedragen x € miljard).

	Zvw-uitgaven	Eigen risico /no-claim	Aandeel
2006	25,3	2,1	8%
2007	26,1	2,0	8%
2008	31,5	1,3	4%
2009	33,8	1,4	4%
2010	35,6	1,5	4%
2011	36,0	1,5	4%
2012	36,7	1,9	5%
2013	39,2	2,7	7%
2014	39,2	3,1	8%
2015	41,8	3,2	8%
2016	43,8	3,2	7%
2017	45,1	3,2	7%
2018	46,6	3,2	7%
2019	49,3	3,1	6%
2020	50,6	3,2	6%
2021	50,9	3,2	6%

Vraag 225
Hoeveel geeft elke zorgverzekeraar uit aan bedrijfskosten? Kunt u dit per zorgverzekeraar aangeven?

Antwoord:
Conform de transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2019, zoals gepubliceerd door individuele zorgverzekeraars, bedragen de bedrijfskosten (ook wel beheerskosten of uitvoeringskosten genoemd) van zorgverzekeraars over 2019 totaal circa € 1,2 miljard. De jaarcijfers 2020 komen uiterlijk 1 juni 2021 beschikbaar.

Onderstaande tabel geeft de bedrijfskosten per zorgverzekeraar op concernniveau weer voor de jaren 2014–2019, in euro's en als percentage van de zorgkosten (basisverzekering).

	Bedrijfskosten in % zorgkosten	Bedrijfs kosten in % zorgkosten	Bedrijfskosten in % zorgkosten	Bedrijfskosten in % zorgkosten	Bedrijfskosten in % zorgkosten	Bedrijfskosten	Bedrijfskosten in % zorgkosten
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2019
ASR	5,90	5,70	6,30	5,90	5,70	32.140	5,30
CZ	2,50	2,30	2,60	2,80	2,60	215.970	2,40
De Friesland	4,20	3,90	3,70	[1]	[1]	[1]	[1]
DSW	3,50	3,70	3,10	2,70	2,70	45.242	2,70
Eno	6,10	7,70	7,40	8,40	8,10	28.478	8,00
Menzis	3,00	2,90	2,60	2,80	2,70	151.846	2,60
ONVZ	4,50	5,00	4,70	4,70	4,10	37.560	3,70
Stad Holland	5,00	5,40	4,30	4,00	[1]	[1]	[1]
VGZ	3,80	3,60	3,20	2,80	2,80	287.258	2,80
Zilveren Kruis	4,70	4,00	3,50	3,30	3,20	377.652	3,00
Z&Z	3,40	3,20	3,70	3,70	3,50	37.160	3,00
Totaal	3,70	3,50	3,20	3,10	3,00	1.213.306	2,80

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

Bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 en 2019 zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op de website.

Vraag 226
Hoeveel premiegeld verdwijnt in het eigen vermogen van de zorgverzekeraars? Hoeveel was dit in voorgaande jaren?

Antwoord:
In 2019 hebben zorgverzekeraars een gedeelte van het resultaat, namelijk € 21 per premiebetaler, toegevoegd aan de reserves. Ieder jaar stijgt de vereiste solvabiliteit van verzekeraars vanwege de stijging van de zorgkosten. Het overige deel van het resultaat over 2019, € 23 per premiebetaler, hebben zorgverzekeraars teruggegeven aan de verzekerden door de premie lager vast te stellen dan kostendekkend. In 2017 en 2018 hebben zorgverzekeraars reserves afgebouwd door bij de vaststelling van de premie uit te gaan van een premie onder kostendekkend niveau. Op deze wijze hebben verzekeraars in 2017 € 42 per premiebetaler teruggegeven en in 2018 € 17 per premiebetaler.

Vraag 227
Hoeveel mensen stapten de afgelopen 10 jaar meer dan een keer over naar een andere zorgverzekeraar?

Antwoord:
In de «Zorgthermometer: Verzekerden in beeld 2020» van Vektis zijn deze cijfers over de afgelopen 6 jaar in kaart gebracht. Daaruit blijkt, dat vanaf 2014 10% van de Nederlanders twee keer of vaker is overgestapt.

Vraag 228
Hoeveel zorgverleners zijn in 2020 contractvrij gaan werken? Kunt u dit uitsplitsen per sector?

Antwoord:
Voor het jaar 2020 zijn helaas geen cijfers beschikbaar.

Vraag 229
Hoeveel premiegeld geven zorgverzekeraars uit om te controleren of patiënten recht hebben op een vergoeding?

Antwoord:
Uit de transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering blijkt dat de totale schadebehandelingskosten voor de basisverzekering in 2019 ca. € 179 mln bedragen, oftewel ca. € 13 per premiebetaler. De schadebehandelingskosten omvatten alle kosten die verband houden met de afwikkeling of uitkering van zorgkosten. Welk deel hiervan wordt besteed aan het controleren of verzekerden recht hebben op een vergoeding, is niet bekend.

Vraag 230
Hoeveel premiegeld geven zorgverzekeraars uit om zorgaanbieders te controleren?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 229.

Vraag 231
Hoeveel premiegeld is er naast reclame- en acquisitiekosten gemoeid met het jaarlijkse overstapcircus van de zorgverzekeraars?

Antwoord:
Welk gedeelte van de reclamekosten tijdens het overstapseizoen worden gemaakt, is niet bekend. Zie voor de totale reclamekosten per verzekeraar het antwoord op vraag 223.

Vraag 232
Hoeveel medicatie (in bedragen en aantal medicijnen) wordt jaarlijks vernietigd na inlevering? Hoe is de ontwikkeling ten opzichte van eerdere jaren?

Antwoord:
In een onderzoek door RTL Nieuws in 2012 werd de hoeveelheid vernietigde medicatie geschat op circa 150.000 kilogram. Dit betreft de geneesmiddelen die zijn ingeleverd bij apotheken en die vervolgens worden vernietigd.
De waarde van deze geneesmiddelen werd in dat onderzoek geschat op circa € 100 miljoen. In het onderzoek in 2018 van de Sint Maartenskliniek samen met het Universitair Medisch Centrum Utrecht[18] wordt ook gesproken van circa € 100 miljoen. Hierbij teken ik aan dat dit deels geneesmiddelen betreft die de houdbaarheidsdatum zijn gepasseerd. Er is mij geen andere informatie bekend.

Vraag 233
Hoeveel apothekers zijn er?

Antwoord:
Volgens apothekersorganisatie KNMP waren er 5328 actieve apothekers op 30 september 2019. Op moment van beantwoording beschik ik nog niet over meer recente cijfers.

Vraag 234
Hoeveel apotheekhoudende huisartsen zijn er?

Antwoord:
Er zijn bij het CIBG 476 apotheekhoudende huisartsen ingeschreven (hoofdvergunninghouders inclusief associées).

---

[18] Proefschrift van Charlotte Bekker over de Duurzaamheid van geneesmiddelen, samen met de Sint Maartenskliniek en Universitair Medisch Centrum Utrecht, november 2018.

Vraag 235
Bij welke medicijnen waren er afgelopen jaar tekorten en kon dit niet geleverd worden?

Antwoord:
Het Meldpunt geneesmiddelentekorten en -defecten geeft aan dat er het afgelopen jaar voor ieder geneesmiddel met leveringsproblemen een alternatief beschikbaar was. Bijvoorbeeld door het betrekken van een alternatief geneesmiddel uit het buitenland. Desondanks is het niet uit te sluiten dat dit in de praktijk in concrete gevallen tot vervelende situaties heeft geleid.

Vraag 236
Hoeveel patiënten moesten vanwege de tekorten in het afgelopen jaar overstappen op een ander medicijn?

Antwoord:
Het is niet bekend hoeveel patiënten het afgelopen jaar moesten overstappen wegens tekorten. Uit een eerdere kwantitatieve analyse van Vektis blijkt dat het aantal wisselingen als gevolg van een tekort 1,7% is van het totaalaantal wisselingen. Dit betrof in de periode 2015–2018 434.000 patiënten. Op dit moment wordt gewerkt aan een actualisatie van dezelfde analyse voor de periode 2019 t/m februari 2020.

Vraag 237
Hoeveel patiënten moesten vanwege andere redenen dan tekorten overstappen op een ander medicijn?

Antwoord:
Uit een analyse van Vektis (juni 2019) blijkt dat over de periode oktober 2015 tot en met september 2018 jaarlijks gemiddeld 1.8 miljoen patiënten om andere redenen dan tekorten zijn overgezet op een ander geneesmiddel.

Vraag 238
Wat zou het kosten en opleveren als cruciale geneesmiddelen voortaan in Europa worden gemaakt?

Antwoord:
De kosten zullen waarschijnlijk stijgen in verband met te verwachten duurdere productie. Het levert mogelijk wel meer leveringszekerheid op, maar er zijn ook alternatieve maatregelen mogelijk om de leveringszekerheid te vergroten zoals bijvoorbeeld diversificatie van productie- en toeleveringsketens of het aanleggen van (ijzeren) voorraden. Het is aannemelijk dat de kosten voor Nederland bij productie in Europa lager zijn dan als de productie volledig in Nederland zou plaatsvinden. Het is van belang om niet alleen naar de productie van eindproductie te kijken, maar ook naar de benodigde grondstoffen, werkzame bestanddelen, hulpstoffen en halffabricaten. Zie ook antwoord 245 en 302.

Vraag 239
Wat zou het kosten en opleveren als cruciale geneesmiddelen voortaan in Nederland worden gemaakt?

Antwoord:
De kosten zullen waarschijnlijk stijgen in verband met te verwachten duurdere productie. Het levert mogelijk wel meer leveringszekerheid op. Hierbij is het van belang om niet alleen naar de productie van eindproducten te kijken, maar ook naar de benodigde grondstoffen, werkzame bestanddelen, hulpstoffen en halffabricaten. Het versterken van de

leveringszekerheid van geneesmiddelen is het meest effectief in Europees verband. (Zie ook antwoord vraag 244 en 302).

Vraag 240
Wat bedroeg in het afgelopen jaar het marketingbudget van de farmaceutische industrie in Nederland?

Antwoord:
Ik heb geen integraal overzicht van de uitgaven die bedrijven in Nederland aan marketing doen. Landspecifieke verschillen en de beperkte gegevens die hierover beschikbaar zijn, maken het moeilijk om uit internationale studies duidelijke conclusies te trekken. Eerdere internationale schattingen laten echter wel zien dat gemiddeld genomen de uitgaven van farmaceutische bedrijven aan marketing van geneesmiddelen groter zijn dan hetgeen wordt besteed aan ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen.

Vraag 241
Hoeveel apothekers bereiden zelf medicijnen?

Antwoord:
Het is lastig te bepalen hoeveel van de actieve apothekers zelf bereiden. Wel kan ik zeggen dat apothekersorganisatie KNMP aangeeft dat van de 2.080 apotheken ongeveer 300 apotheken zelf medicijnen bereiden. In een bereidende apotheek kunnen meerdere apothekers in dienst zijn.

Vraag 242
Hoeveel logopedisten zijn de afgelopen vijf jaar gestopt met hun praktijk?

Antwoord:
Hoeveel logopedisten in de afgelopen vijf jaar zijn gestopt met hun praktijk is niet bekend. In de NZa monitor Paramedische Zorg – overzicht van de ontwikkelingen 2012–2018 (TK 2018–2019, 33 578, nr. 62) (p. 73) staat dat zowel het aantal declarerende behandelaren als het aantal praktijken in de logopedie in 2017 ten opzichte van 2012 met 6% gedaald is. Het aantal solopraktijken is in die periode gedaald met 33%. Het aantal declarerende logopedisten in 2017 was 3.184, zoals wordt aangegeven in de NZa-monitor.

Vraag 243
Hoe heeft het tarief voor logopedisten per behandeling zich de afgelopen 10 jaar ontwikkeld?

Antwoord:
In de NZa monitor Paramedische Zorg – overzicht van de ontwikkelingen 2012–2018 (TK 2018–2019, 33 578, nr. 62) (p. 51) staat een tabel met de tariefontwikkeling in de logopedie. Het gemiddeld tarief reguliere prestatie logopedie heeft zich van 2012–2018 ontwikkeld van 29,16 euro naar 31,69 euro per zitting. Het gemiddeld tarief van de specifieke prestaties logopedie heeft zich tussen 2012 en 2018 ontwikkeld van 63,96 naar 68,80 euro. Gegevens over 2019 en 2020 zijn niet bekend.

Vraag 244
Hoe lang is de gemiddelde wachttijd voor een logopedie behandeling?

Antwoord:
De gemiddelde wachttijd voor logopedie is onbekend. De NZa monitor Paramedische Zorg – overzicht van de ontwikkelingen 2012–2018 (TK 2018–2019, 33 578, nr. 62) gaat in op wachtlijsten (p. 80). Voor de logopedie heeft ongeveer de helft van de respondenten aan de NZa aangegeven dat een patiënt binnen één week terecht kan voor de eerste

afspraak. Van de respondenten antwoordde 18% dat een nieuwe patiënt langer dan één maand moet wachten voordat hij terecht kan voor de eerste afspraak. Dit betekent echter niet dat niet aan de afgesproken norm van maximaal aanvaardbare wachttijden wordt voldaan. Patiënten kunnen namelijk wellicht wel bij een andere zorgaanbieder terecht, zo geeft de NZa aan.

Vraag 245
Hoeveel fysiotherapeuten zijn de afgelopen vijf jaar gestopt met hun praktijk?

Antwoord:
Hoeveel fysiotherapeuten in de afgelopen vijf jaar zijn gestopt met hun praktijk is niet bekend. In de NZa monitor Paramedische Zorg – overzicht van de ontwikkelingen 2012–2018 (TK 2018–2019, 33 578, nr. 62) staat de ontwikkeling van het aantal declarerende behandelaren en praktijken van 2017 ten opzichte van 2012 (p. 73). Voor de fysiotherapie is het aantal declarerende behandelaren in die periode gedaald met 4%. Het aantal praktijken is gedaald met 11%. Het aantal solopraktijken is gedaald met 32%. In 2017 was het aantal declarerende fysiotherapeuten 25.229, zo geeft de NZa in de monitor aan.

Vraag 246
Hoe heeft het tarief voor fysiotherapeuten per behandeling zich de afgelopen 10 jaar ontwikkeld?

Antwoord:
In de NZa monitor Paramedische Zorg – overzicht van de ontwikkelingen 2012–2018 (TK 2018–2019, 33 578, nr. 62) (p. 50) staat een tabel met de tariefontwikkeling in de fysiotherapie. Het gemiddeld tarief reguliere prestatie fysiotherapie heeft zich van 2012–2018 ontwikkeld van 28,00 euro naar 29,78 euro per zitting. Het gemiddeld tarief van de gespecialiseerde prestaties fysiotherapie heeft zich tussen 2012 en 2018 ontwikkeld van 38,83 euro naar 39,49 euro. Gegevens over 2019 en 2020 zijn niet bekend.

Vraag 247
Hoeveel openstaande vacatures zijn er voor huisartsen in Nederland?

Antwoord:
Er zijn ons geen eenduidige en betrouwbare gegevens bekend over het aantal openstaande vacatures voor huisartsen.

Vraag 248
In welke steden kunnen mensen geen huisarts krijgen en om hoeveel mensen gaat dit ongeveer?

Antwoord:
De toegankelijkheid van huisartsenzorg is niet alleen in steden een aandachtspunt. De locaties, duur en omvang van tekorten aan huisartsen lopen uiteen. VWS heeft geen cijfers om hoeveel mensen het gaat, het gaat hierbij om individuele gevallen. Het is aan de zorgverzekeraar om patiënten te bemiddelen naar een huisarts. Samen met de Landelijke Huisartsen Vereniging ondersteunen wij de 8–10 meest urgente regio's met de toegankelijkheid van huisartsenzorg.

Vraag 249
Kunt u aangeven hoe lang het al duurt dat mensen in bepaalde steden geen huisarts kunnen krijgen? Is dat een ontwikkeling van het laatste jaar, of speelt dit probleem al langer?

Antwoord:
VWS heeft geen gemiddelde wachttijd beschikbaar over hoe lang het duurt voordat mensen bij een huisarts kunnen worden ingeschreven. Uit onderzoek door het Nivel/Prismant in december 2018 blijkt dat er in de komende vijf jaar in veel regio's een tekort aan huisartsen dreigt te ontstaan[19]. Het is aan de zorgverzekeraars om patiënten te bemiddelen naar een huisarts. Daarbij geven zorgverzekeraars aan dat patiënten altijd bij spoed als passant bij een huisarts terecht kunnen. Samen met de Landelijke Huisartsen Vereniging ondersteunen wij de 8–10 meest urgente regio's met de toegankelijkheid van huisartsenzorg.

Vraag 250
Hoeveel extra huisartsen moeten nieuw worden opgeleid om het grote tekort in de perifere regio's op te vullen?

Antwoord:
Het Capaciteitsorgaan raamt de landelijke opleidingsbehoefte van huisartsen. Zij heeft in december 2019 een nieuw integraal Capaciteitsplan met instroomadviezen voor de periode 2021–2024 gepubliceerd en in april 2020 is een aangepast advies uitgebracht voor de periode 2021–2024. Ik verwacht u in het najaar mijn standpunt op deze adviezen te kunnen geven en aan te geven hoeveel opleidingsplekken er voor huisartsen beschikbaar worden gesteld.

Vraag 251
Hoeveel extra huisartsen zijn nodig als het consult bij de huisarts wordt verlengd naar 15 minuten en de praktijknorm omlaag gaat naar plusminus 1800? Welke kosten zijn gemoeid met deze praktijkverkleining, enerzijds aan opleidingskosten, anderzijds aan extra uitgaven van zorgverzekeraars aan huisartsenzorg?
Antwoord:
Het is lastig te bepalen hoeveel huisartsen er nodig zijn als het consult bij de huisarts wordt verlengd en de praktijknorm neerwaarts wordt bijgesteld. Het aantal benodigde huisartsen is afhankelijk van de organisatie van de huisartsenpraktijk en de kenmerken van de ingeschreven patiëntenpopulatie. Het is overigens voor huisartsen al mogelijk om een consult langer dan 10 minuten te declareren. De huisartsenbekostiging kent namelijk ook een prestatie voor een consult van langer dan 20 minuten. Daarnaast kunnen er aanvullende afspraken met de zorgverzekeraar worden gemaakt over onder andere meer tijd voor de patiënt.

Vraag 252
Hoe haalbaar wordt de maximale volumegroei in de verschillende hoofdlijnenakkoorden geschat in het kader van de COVID-19 crisis?

Antwoord:
De uitgaven in 2020 zijn vanwege COVID-19 lastig te vergelijken met andere jaren en de afgesproken kaders in de HLA's. In alle HLA-sectoren zijn compensatieregelingen getroffen voor zowel extra kosten vanwege COVID-19 als voor gederfde inkomsten vanwege COVID-19. Voor deze beide zijn prestaties vastgesteld die niet relevant zijn voor de mbi-kaders in deze sectoren. Wat het effect van COVID-19 is op de uitgaven in 2021 en 2022 in de HLA-sectoren is lastig in te schatten. De afspraken in de hoofdlijnenakkoorden en daarbij behorende financiële groeiruimte blijven wel het uitgangspunt.

[19] https://www.nivel.nl/nl/publicatie/balans-vraag-en-aanbod-huisartsenzorg

Vraag 253
Kunt u aangeven wat de stand van zaken is per hoofdlijnenakkoord en of de beoogde effecten zijn gerealiseerd?

Antwoord:
Op 29 juni jongstleden heb ik u een brief gestuurd met daarin de stand van zaken per hoofdlijnenakkoord (Kamerstuk 31 765, nr. 510). Ik wil u graag naar deze brief verwijzen voor het antwoord. In deze brief geef ik ook aan dat ik met partijen bezie wat de betekenis is van de COVID-19-crisis voor de akkoorden. Zodra ik hier meer duidelijkheid over heb, zal ik uw Kamer nader informeren.

Vraag 254
Kunt u aangeven wat de feitelijke ontwikkelingen in percentages en absolute bedragen van de zorguitgaven zijn geweest zoals geraamd door het Centraal Planbureau (CPB) over de periode 2018–2021 en hoe de praktijk zich heeft ontwikkeld tot nu toe ten opzichte van de prognoses van het CPB betreffende de uitgaven voor de Zorgverzekeringwet, Wet langdurige zorg, Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en de Jeugdzorg? Kunt u het waarom van de verschillen toelichten en verklaren?

Antwoord:
In het CPB-achtergronddocument «Een raming van de zorguitgaven 2018–2021» uit maart 2016 is een raming opgenomen van de zorguitgaven voor de periode 2018–2021.
Het CPB heeft de cijfers daarna nog geactualiseerd. De groei uit de geactualiseerde CPB-cijfers uit september 2017 is overgenomen door het kabinet. Het belangrijkste verschil tussen de CPB-raming van maart 2016 en de actualisatie van september 2017 betreft de verwerking van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, waardoor de groei van de Wlz fors hoger uitkwam.

In onderstaande tabel wordt voor Zvw en Wlz een vergelijking gemaakt tussen de geactualiseerde CPB-raming uit september 2017 (rij 2) en de actuele cijfers (rij 3). Het verschil daartussen (rij 4) kan in belangrijke mate verklaard worden door vier zaken.

1. In de geactualiseerde raming was nog geen rekening gehouden met de maatregelen uit het regeerakkoord uit oktober 2017. De effecten daarvan staan in rij 5.
2. Sinds het regeerakkoord is besloten om bepaalde zorg te verschuiven tussen de Zvw, Wlz, begroting en Wmo. Het effect daarvan staat in rij 6.
3. De Zvw-uitgaven 2021 zijn incidenteel met € 1,2 miljard gedrukt door het besluit om de bekostiging van de ggz aan te passen. Dit staat in rij 7.
4. Sinds 2017 zijn de loon- en prijsontwikkelingen anders. Het effect daarvan staat in rij 8.

Het niet uit een van de hiervoor genoemde zaken verklaarde deel van het verschil staat in de rij 9.

Tabel: Groei zorguitgaven 2017–2021 in miljarden euro

		Zvw	Wlz	Totaal
Groei CPB maart 2016	(1)	9	3	12
Groei CPB september 2017	(2)	9,6	6,6	16,2
Actuele VWS raming	(3)	5,7	7,1	12,8
Verschil	(4)=(3)–(2)	– 3,9	+ 0,5	– 3,4
w.v. Regeerakkoord	(5)	– 1,5	– 0,2	– 1,7
w.v. Overhevelingen	(6)	– 0,8	+ 0,8	0,0
w.v. DBC-dip ggz	(7)	– 1,2	0,0	0,0
w.v. Loon/prijs	(8)	– 0,5	+ 0,2	– 0,3
w.v. Overig	9 = 4–5–6–7–8	+ 0,1	– 0,3	– 0,2

Vraag 255
In hoeverre kunnen zorgverzekeraars verplicht worden de reserves in te zetten voor premieverlaging?

Antwoord:
Zorgverzekeraars staat het vrij om zelf te bepalen hoeveel van de eigen reserves ingezet worden om een premieverlaging te bewerkstelligen. Zorgverzekeraars zijn private partijen en kunnen niet verplicht worden tot een bepaalde mate van reserve-inzet. Zorgverzekeraars zetten in op een stabiele premieontwikkeling en dus op een geleidelijke inzet van reserves. Reserves kunnen namelijk maar één keer worden ingezet. Indien verzekeraars in één keer alle niet-verplichte reserves afbouwen, kunnen er in het daarop volgende jaar geen reserves ingezet worden om een premiestijging te dempen. Uiterlijk 12 november maken zorgverzekeraars hun premie voor het volgende jaar bekend. Dan is duidelijk hoeveel zij totaal zullen inzetten aan reserves. Het inzetten van reserves in een jaar heeft een eenmalig effect op de premie.

Vraag 256
Hoe hoog waren de transitiekosten bij de overgang in 2006 naar het huidige zorgstelsel, de Zorgverzekeringswet? Als u dat niet weet, is dat niet een aanwijzing dat deze niet substantieel zijn geweest? Kunt u dit toelichten? Kunt en wilt u dit nader onderzoeken?

Antwoord:
De hoogte van de transitiekosten bij de overgang naar het huidige stelstel zijn mij niet bekend.
Ik ben niet voornemens om de transitiekosten uit het verleden nader te onderzoeken.
Bij Zorgkeuzes in Kaart (ZiK) 2020[20] is een verdiepend onderzoek naar transitiekosten in de zorg uitgevoerd. Het onderzoek levert een empirische onderbouwing voor de hoogte van transitiekosten en de transitieduur en toont aan dat de algemene rekenregel[21] uit ZiK 2015 gehandhaafd kan worden.

Vraag 257
Is het noodzakelijk om de huidige zorgverzekeraars uit te kopen bij een eventuele overgang naar een publiek stelsel, ervan uitgaande dat de zorgverzekeraars worden omgevormd naar een nationale zorgverzekering?

[20] Tweede Kamer 2019–2020, 29 689 nr. 1075

[21] De algemene rekenregel, gebaseerd op een aantal uitgevoerde voorbeeldberekeningen, gaat uit van de veronderstelling dat gedurende de transitie de kosten per jaar 1,5% van de budgettaire grondslag zijn. Onderscheid wordt gemaakt tussen kleine, middelgrote en grote stelselwijzigingen. Bij kleine transities wordt uitgegaan van een transitie van twee jaar, bij middelgrote van vijf jaar en bij grote stelselwijzigingen van acht jaar.

Antwoord:
Een fundamentele stelselherziening waarbij wordt overgegaan naar een publiek stelsel staat op gespannen voet met het eigendomsrecht van de zorgverzekeraars en de bescherming van dat recht. De zorgverzekeraars zijn private organisaties die bescherming genieten onder het Europese Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) en het vrij verkeer van kapitaal volgens het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU). De toets die hierbij hoort is dat de Staat de dwingende redenen van algemeen belang aantoont en het doel van de stelselwijziging en de gevolgen voor het eigendomsrecht en vrij verkeer van kapitaal in voldoende evenwicht zijn.

Overgang naar een publiek stelsel kan derhalve financiële compensatie vereisen. De juridische toetsing zal per zorgverzekeraar moeten plaatsvinden. De financiële compensatie per zorgverzekeraar is mede afhankelijk van de aard van de stelselherziening en het beoogde tijdpad. Gelet op deze factoren is het niet mogelijk op voorhand een compensatiebedrag te ramen. Zorgkeuzes in Kaart 2020 (CPB, 2020) gaat uit van een forse bandbreedte: van nihil tot € 4,5 miljard (op basis van de bedrijfsresultaten van verzekeraars).

Voor wat betreft de bestaande reserves van zorgverzekeraars geldt dat de reserves die post-2006 zijn gevormd privaat eigendom zijn, en dat de reserves die vanuit het pre-2006 stelsel zijn ingebracht, inmiddels niet meer beklemd zijn en daarmee ook privaat eigendom zijn (Zorgkeuzes in Kaart 2020 (CPB, 2020)). Bij ontbinding van een zorgverzekeraar bepalen de statuten de aanwending van het resterende vermogen. Bij het overgrote deel van de zorgverzekeraars schrijven de statuten aanwending ten bate van de volksgezondheid voor.

Vraag 258
Hoe kan worden voorkomen dat zorgverzekeraars uitgekocht zouden moeten worden? Als sprake is van het uitkopen van zorgverzekeraars, om welke bedragen gaat het dan? Zouden dan alle zorgverzekeraars moeten worden uitgekocht of zitten daar nog verschillen tussen?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 257.

Vraag 259
Vallen zorgverzekeraars onder het publiek recht of het privaatrecht?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 257.

Vraag 260
Als de zorgverzekeraars niet meer verantwoordelijk worden voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet, aan wie behoren dan de met premiegelden opgebrachte reserves? Komen deze dan weer ten goede aan het Zorgverzekeringsfonds?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 257.

Vraag 261
Hoeveel geld is begroot voor de duizenden mensen met gezondheidsproblemen in het gaswinningsgebied van Groningen? Hoe wordt dit ingezet? Wie betaalt dit?

Antwoord:
Regio en Rijk geven gezamenlijk prioriteit aan het organiseren van sociale en emotionele ondersteuning. De aardbevingsgemeenten hebben middelen gekregen om extra capaciteit in te zetten voor de sociale en emotionele ondersteuning van inwoners. De kosten, € 5,4 miljoen euro voor een periode van twee jaar, zijn 50/50 verdeeld tussen het Nationaal Programma Groningen en het Rijk. Hiervan zijn bijvoorbeeld aardbevingscoaches aangesteld in sommige gemeenten. Ook zijn de informatievoorziening en aanpak welzijn op recept versterkt. Daarnaast wordt er een aanbod voor professionals ontwikkeld hoe inwoners te ondersteunen en de eigen veerkracht te verhogen. Sinds 2019 zijn er, naast de reguliere zorg, geestelijk verzorgers beschikbaar in het aardbevingsgebied om mensen thuis op te zoeken. Geestelijk verzorgers luisteren naar de verhalen van mensen en zijn geschoold om hen te begeleiden en te ondersteunen bij gevoelens van onmacht, stress, levensvragen etc.

Vraag 262
Kan in een overzicht worden weergegeven welke gezondheidsproblemen (in Groningen) in welke mate voorkomen?

Antwoord:
Op de website van de GGD Groningen (bijvoorbeeld de gezondheidsmonitor) en van het RIVM (bijvoorbeeld de gemeentelijke gezondheidsprofielen) zijn verschillende rapporten beschikbaar over de gezondheid van Groningers. Ook op de website van Gronings Perspectief zijn verschillende rapporten beschikbaar, waaronder rapporten die specifiek over de sociale impact van de aardbevingen gaan. Het rapport «Ervaren veiligheid, gezondheid en toekomstperspectief»» geeft aan dat inwoners uit aardbevingsgebied te maken hebben met stressgerelateerde gezondheidsklachten zoals slapenloosheid, depressie, concentratieproblemen, hartklachten, etc. Het rapport «Een veilig huis, een veilig thuis?» beschrijft de gezondheidsproblemen van kinderen van 6 tot 12 jaar.
Deze rapporten zijn helaas niet allemaal samen te vatten in een overzicht.

Vraag 263
Welke maatregelen worden getroffen om deze gezondheidsproblemen te doen verdwijnen?

Antwoord:
Regio en Rijk geven gezamenlijk prioriteit aan het organiseren van sociale en emotionele ondersteuning. De aardbevingsgemeenten hebben middelen gekregen om extra capaciteit in te zetten voor de sociale en emotionele ondersteuning van inwoners. Gemeenten mogen zelf bepalen hoe zij de middelen inzetten. Een voorbeeld daarvan zijn de aardbevingscoaches en geestelijk verzorgers die worden ingezet. Ook zijn de informatievoorziening en aanpak welzijn op recept versterkt. Daarnaast wordt er een aanbod voor professionals ontwikkeld hoe inwoners te ondersteunen en de eigen veerkracht te verhogen. Andere specifieke maatregelen die worden ingezet, zal ik meenemen in de voortgangsrapportage over het uitvoeringsplan van de GGD. Ik stuur u deze voortgangsbrief einde najaar (uiterlijk in december), zoals toegezegd in mijn beantwoording van de vragen van lid Beckerman (SP) over de nieuwe vertragingen van de versterking (ingezonden 30 juli 2020, kenmerk 2020Z14425).

Vraag 264
Hoe verhoudt het Plan van Aanpak Aardbevingen van de GGD Groningen zich tot deze cijfers? Hoe wordt dit plan ruim anderhalf jaar na publicatie tot uitvoering gebracht?

Antwoord:
Beantwoording van deze vraag zal ik meenemen in de voortgangsbrief over het uitvoeringsplan van de GGD, die ik u einde najaar (uiterlijk in december) zal toesturen, zoals toegezegd in mijn beantwoording van de vragen van lid Beckerman (SP) over de nieuwe vertragingen van de versterking (ingezonden 30 juli 2020, kenmerk 2020Z14425).

Vraag 265
Hebben de coaches die de aardbevingsgemeenten hebben aangenomen een rol in de oplossing van de gezondheidsproblemen? Zo ja, welke? Zo ja, welke achtergrond hebben de coaches?

Antwoord:
Ja, coaches hebben hierin een rol. Aardbevingscoaches vormen een vast aanspreekpunt voor bewoners waar zij terecht kunnen met hun problemen voorkomend uit aardbeving(procedures). Ze bieden een luisterend oor of staan inwoners bij in contacten met de verschillende instanties die over bevingsschade gaan. Samen met de inwoners gaan ze op zoek naar de gewenste ondersteuning. Ze schakelen indien nodig andere instanties in, zoals de huisarts of een psycholoog. De coaches hebben verschillende achtergronden, bijvoorbeeld als maatschappelijk werker.

Vraag 266
Hoeveel extra tandartsen moeten jaarlijks extra worden opgeleid om te voldoen aan het meest recente advies van het Capaciteitsorgaan? Hoeveel kost het extra opleiden van tandartsen uitgaande van het advies van het Capaciteitsorgaan?

Antwoord:
Jaarlijks moeten er 100 extra tandartsen worden opgeleid om te voldoen aan het meest recente advies van het Capaciteitsorgaan. Het opvolgen van het advies van het Capaciteitsorgaan over de ophoging van de instroom van de opleiding tandheelkunde met 100 plaatsen kost structureel 28 miljoen euro per jaar.

Vraag 267
Vanaf wanneer kan de extra capaciteit voor het opleiden van tandartsen worden gerealiseerd?

Antwoord:
De extra capaciteit voor het opleiden van tandartsen kan op zijn vroegst pas in studiejaar 2022–2023 worden gerealiseerd. Het betreft hier een initiële opleiding die valt onder de verantwoordelijkheid van de Minister van OCW. Het is de Minister van OCW die hier een beslissing over moet nemen.

Vraag 268
Vorig jaar werd in de feitelijke vragen over de begroting van VWS 2020 geantwoord dat: «Er geen arbeidsovereenkomsten, dan wel mondelinge overeenkomsten bekend zijn, met mensen over het niet willen meewerken aan bepaalde (initiatief)wetten of onderwerpen op medisch ethisch vlak vanwege gewetensbezwaren»; betekent dit dat het bestaan van dergelijke afspraken uitgesloten wordt?

Antwoord:
Dit betekent inderdaad dat er geen arbeidsovereenkomsten, dan wel mondelinge overeenkomsten bestaan, met mensen over het niet willen meewerken aan bepaalde (initiatief)wetten of onderwerpen vanwege gewetensbezwaren.

Vraag 269
Hoeveel bedroegen de onderschrijdingen in de zorg in de periode 2010–2019 en welke sectoren hadden de grootste onderschrijdingen?

Antwoord:
In de onderstaande tabel is een overzicht opgenomen van de over- en onderschrijding van het Uitgavenplafond Zorg in de afgelopen 10 jaar.

Over- en onderschrijdingen van het Uitgavenplafond Zorg 2010–2020 (bedragen x 1 miljard)

+ is overschrijding/ – is onderschrijding	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Over- en onderschrijding	+ 1,6	+ 2,0	+ 0,9	– 1,1	– 2,0	– 0,6	– 1,8	– 2,6	– 1,9	– 1,4

Bron: VWS-jaarverslagen, Financieel Beeld Zorg 2010 t/m 2019

De over- en onderschrijding van het Uitgavenplafond Zorg wordt enerzijds veroorzaakt door de bijstelling van het Uitgavenplafond en anderzijds door de bijstelling van de netto zorguitgaven. Met uitzondering van het jaar 2012 vinden de over- en onderschrijding hun oorsprong in de hogere en lagere Zwv uitgaven. In het jaar 2012 wordt de overschrijding voornamelijk veroorzaakt door hogere uitgaven bij de zorg in natura in de AWBZ/Wlz. Er kan niet exact voor alle jaren worden aangegeven welke specifieke sectoren de grootste onderschrijdingen hadden. Dit omdat het deel van de over- dan wel onderschrijding dat betrekking heeft op de bijstelling van het Uitgavenplafond niet uitgesplitst wordt. De bijstellingen van de netto zorguitgaven zijn wel uitgesplitst opgenomen in de VWS-jaarverslagen 2010 tot en met 2019.

Uit de bovenstaande tabel valt op te merken dat in de jaren 2010 t/m 2012 er sprake is van een overschrijding van het Uitgavenplafond Zorg en vanaf het jaar 2013 t/m 2019 er sprake is van een onderschrijding. De totale zorguitgaven zijn in de periode 2010–2019, ondanks de onderschrijdingen, elk jaar gestegen.

Vraag 270
Hoe hoog waren de winsten en reserves van zorgverzekeraars in de periode 2010–2019?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 224 en 226.

Vraag 271
Hoeveel SEH (spoedeisende hulp)-posten waren er in de periode 2010–2019?

Antwoord:
Het aantal SEH's wordt door het RIVM in kaart gebracht in de zogenaamde «analyses gevoelige ziekenhuizen»; sinds 2015 gebeurt dit jaarlijks. In de analyse uit 2017 is een tabel opgenomen (TK 2017–2018, 29 247, nr. 246, p. 25) waaruit de volgende informatie valt af te leiden:

Jaar	2003	2006	2008	2011	2013	2015	2016
Aantal ziekenhuislocaties met 24/7-uurs SEH	107	104	104	99	94	91	89

Op het moment van de inventarisatie door het RIVM in 2017 waren er 94 ziekenhuislocaties met een SEH, waarvan 89 met een 24/7-uurs openstelling. Ten tijde van de inventarisatie in 2018 waren er 89 SEH's, waarvan 86 met een 24/7-uurs openstelling (TK 2017–2018, 29 247, nr. 260). Ten tijde van de inventarisatie in 2019 waren er 87 ziekenhuislo-

caties met een SEH, waarvan 83 met een 24/7-uurs openstelling (TK 2019–2020, 29 247, nr. 296).

Vraag 272
Hoeveel opnamestops waren er in 2010 en 2019 wegens overvolle SEH-posten?

Antwoord:
Informatie over het aantal SEH-stops in de jaren 2010 en 2019 is niet beschikbaar.
De informatie die beschikbaar is over aantal en duur van de SEH-stops vóór 2018 staat in de NZa-monitor acute zorg, die ik u in januari 2019 heb toegezonden (TK 2018–2019, 29 247, nr. 267).
Naar aanleiding van de motie-Van den Berg (TK 2018–2019, 29 247, nr. 271) en verschillende andere vragen uit uw Kamer heb ik de NZa gevraagd nader onderzoek te doen naar het aantal SEH-stops sinds 1 januari 2018. De uitkomsten van dit onderzoek (naar de SEH-stops in 2018 en het eerste kwartaal van 2019) staan in de Kamerbrief over de toegankelijkheid van de acute zorg, die u in oktober 2019 heeft ontvangen (TK 2019–2020, 29 247, nr. 291). In deze brief staat dat de NZa onder meer heeft geconcludeerd dat de SEH's in de 4 regio's die consequent stops registreren gemiddeld in 97% van de tijd beschikbaar zijn (geen stops hebben), en dat de acute zorg voldoende toegankelijk is.
In de nieuwe NZa-monitor acute zorg, die begin 2021 zal worden gepubliceerd, zal de NZa wederom aandacht besteden aan de SEH-stops.

Vraag 273
Hoeveel huisartsenposten waren er in de periode 2010–2019?

Antwoord:
Uit de Benchmark Huisartsenposten van InEen[22], de vereniging voor huisartsenposten, komen de volgende cijfers naar voren:

Benchmark 2010: 125 huisartsenposten
Benchmark 2011: 123 huisartsenposten
Benchmark 2012: 124 huisartsenposten
Benchmark 2013: 121 huisartsenposten
Benchmark 2014: 121 huisartsenposten
Benchmark 2015: 119 huisartsenposten
Benchmark 2016: 120 huisartsenposten
Benchmark 2017: 118 huisartsenposten
Benchmark 2018: 118 huisartsenposten

De Benchmark 2019 is nog niet beschikbaar. Het RIVM heeft voor 2019 de gegevens van de benchmark aangevuld tot en met september 2019 en zichtbaar gemaakt op de website www.volksgezondheidenzorg.info. In 2019 zijn er in totaal 118 huisartsenposten[23].

Vraag 274
Hoeveel ambulanceposten en aantal ambulances waren er in de periode 2010–2019?

[22] https://ineen.nl/benchmarks/huisartsenposten/
[23] https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/eerstelijnszorg/regionaal-internationaal/huisartsenzorg#node-locaties-huisartsenposten-en-sehs

Antwoord:

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ambulance- standplaatsen	202	207	207	215	231	228	235	234	238	241
Ambulances	697	711	725	744	755	752	780	802	813	832

Deze cijfers komen uit het Sectorkompas Ambulancezorg 2019 van Ambulancezorg Nederland.

Vraag 275
Wat was de GGD-capaciteit in de periode 2010–2019?

Antwoord:
De gemeenten in Nederland zijn verantwoordelijk voor de GGD'en. Ik heb geen informatie beschikbaar over de capaciteit die beschikbaar is en was bij de GGD'en.

Vraag 276
Hoeveel geld ging in respectievelijk 2010 en 2019 naar de publieke gezondheid?

Antwoord:
In 2010 bedroegen de uitgaven voor de publieke gezondheid op de VWS-begroting ca. € 744,7 miljoen en in 2019 ca. € 557,2 miljoen.

Deze getallen laten zich moeilijk vergelijken. Zo zijn in het budget van 2010 de uitgaven voor de Brede doeluitkering Jeugd en Gezin opgenomen. Deze middelen ad € 210,6 mln. zijn inmiddels overgeheveld naar het Gemeentefonds. Verder speelde in 2010 de Mexicaanse griep. De incidentele uitgaven hiervoor waren € 150 miljoen.

In de tussentijd zijn er middelen toegevoegd. Bijvoorbeeld voor de Darmkankerscreening (€ 28,8 miljoen) en de NIPT (€ 15,6 miljoen).

Vraag 277
Hoeveel intensive care (IC)-bedden waren er in de periode tussen 2010–2019?

Antwoord:
In onderstaande tabel wordt het gemiddeld aantal ic-bedden voor de jaren 2016–2019 weergegeven.

Jaartal	Gemiddeld aantal IC-bedden
2016	Ca. 1.150
2017	Ca. 1.070
2018	Ca. 1.040
2019	Ca. 1.040

Deze gegevens zijn afkomstig van Stichting NICE. Het gemiddelde aantal ic-bedden per jaar is tot stand gekomen op basis van op ziekenhuisniveau aangeleverde gegevens. Daar waar een ziekenhuis in een bepaald jaar geen gegevens heeft aangeleverd, heeft NICE de aantallen van het jaar voorafgaand of daarna geïmputeerd om het totaalaantal bedden te berekenen. Een overzicht van het gemiddeld aantal ic-bedden in de jaren 2010–2015 heb ik niet tot mijn beschikking.

Vraag 278
Wat kost een operationeel IC-bed?

Antwoord:
De NZa heeft met kostprijsgegevens uit 2018 (met een update in 2020) becijferd dat een ic-bed jaarlijks € 881.000 kost.

Vraag 279
Wat is de gemiddelde bezetting van een IC-afdeling?

Antwoord:
Onderstaande tabel van stichting NICE geeft de gemiddelde bedbezetting op een ic-afdeling aan voor de jaren 2010 tot en met 2019.

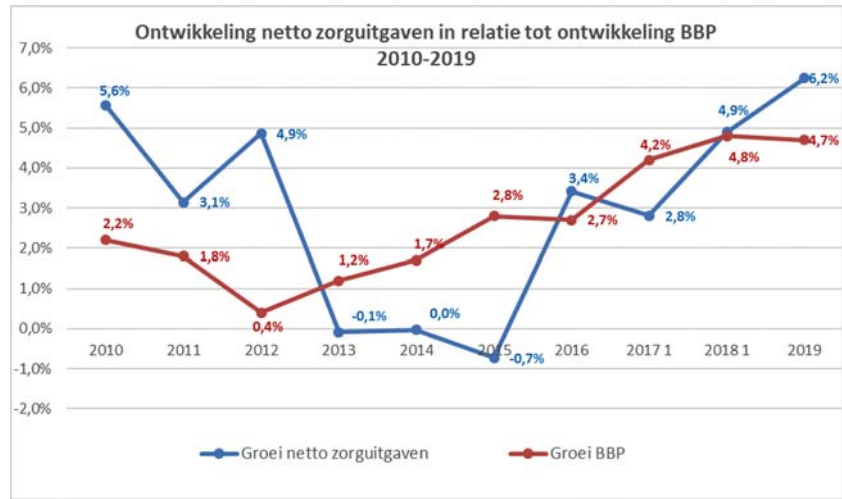
Jaartal	Gemiddelde bedbezetting (%)
2010	82
2011	79
2012	81
2013	74
2014	72
2015	76
2016	74
2017	70
2018	72
2019	80

Vraag 280
Klopt het dat in 2006 na onderzoek werd vastgesteld dat er te weinig ic-bedden waren (toen 1.065) en dat er binnen 10 jaar 29% (300 ic-bedden) bij moest? Zo ja, waarom is die opschaling niet bereikt? Wie heeft (wanneer) besloten dat aantal naar beneden bij te stellen op basis waarvan?

Antwoord:
Het Nivel-onderzoek waarnaar verwezen wordt is destijds opgesteld op verzoek van het Capaciteitsorgaan. Het doel van het onderzoek was het beantwoorden van de vraag hoe groot de instroom in de opleiding voor intensivisten en voor Intensive Care verpleegkundigen zou moeten zijn om op termijn voldoende menskracht te hebben om te voldoen aan de gewenste formatie voor Intensive Care afdelingen (ic-afdelingen) voor volwassenen in Nederland. Voor het maken van die inschatting als rekeneenheid was ook relevant hoe het aantal ic-bedden zich op de lange termijn zou ontwikkelen. Daartoe is een analyse uitgevoerd die gebaseerd werd op een demografische extrapolatie van de patiëntenpopulatie die destijds op de ic was opgenomen en anticipeerde op de vergrijzing. De conclusie in het rapport ten aanzien van opleidingen was dat er voldoende instroom aan intensivisten mogelijk zou zijn vanuit de basisspecialismen. Het rapport had niet als doel de benodigde hoeveelheid ic-bedden te bepalen.
Met de kennis van nu zijn de destijds gemaakte aannames overigens in een ander daglicht komen te staan. De opvattingen over nut en noodzaak van intensieve zorg bij ouderen zijn namelijk sterk aan het veranderen waarbij veel explicieter dan voorheen rekening gehouden met realistische behandeldoelen, mede in de context van «samen beslissen». Zo wordt er bij het inzetten van diagnostiek of behandelingen de afweging gemaakt of dit de kwaliteit van leven kan verbeteren of het leidt tot gezondheidswinst.

Vraag 281
Wat is de ontwikkeling van de zorgkosten geweest in relatie tot de ontwikkeling van het bruto binnenlands product (bbp) in de periode 2010–2019?

Antwoord:
In onderstaande tabel staat de jaarlijkse totale groei van de uitgaven onder het BKZ/UPZ) en de groei van het BBP. Omdat de groei van de zorguitgaven een volume- en prijscomponent bevat is voor het BBP ook de totale groei (volume plus prijs) genomen.
De gemiddelde groei van de netto zorguitgaven onder het UPZ in de afgelopen 10 jaar bedraagt 3,0%, terwijl de groei van het BBP 2,7% bedraagt.



1 Dit betreft de netto zorguitgaven exclusief de rijksbijdrage Wmo (met uitzondering van beschermd wonen) en jeugd in 2017 en 2018. Omdat deze vanaf 2019 geen onderdeel meer uitmaken van de netto zorguitgaven is deze correctie nodig om vergelijkbare cijfers te presenteren in de huidige kabinetsperiode 2017–2021.
Bron: VWS-cijfers en MEV 2021

Vraag 282

Wat was de onbedoelde schade en potentieel vermijdbare sterfte in de periode van 2010–2019?

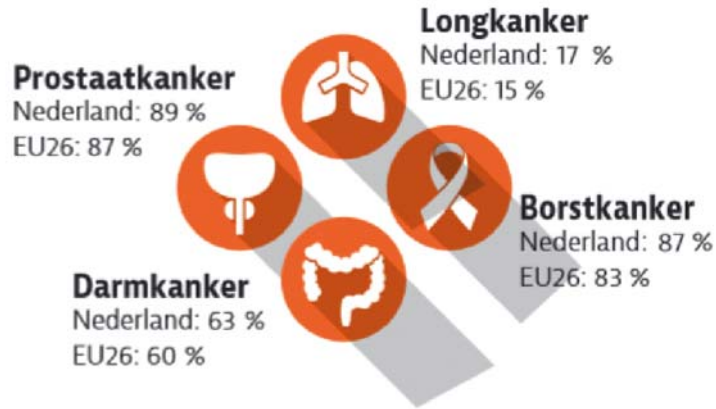
Antwoord:
Op basis van metingen naar potentieel vermijdbare schade en sterfte in Nederlandse ziekenhuizen door Nivel en EMGO+ instituut kan ik hierover het volgende melden. De resultaten van de derde meting uit november 2013 lieten zien dat de veiligheid in ziekenhuizen aantoonbaar was verbeterd. Van alle in 2011/2012 opgenomen patiënten had 1,6% te maken gekregen met potentieel vermijdbare schade. Van alle in 2011/2012 in het ziekenhuis overleden patiënten was bij ongeveer 2,6% het overlijden (zeer) waarschijnlijk gerelateerd aan potentieel vermijdbare schade tijdens de opname. De potentieel vermijdbare sterfte daalde met 37% ten opzichte van de eerste meting in 2004 (was 4,1%) en met 53% ten opzichte van de meting in 2008 (was 5,5%).
Op 28 november 2017 is de vierde monitor[24] uitgekomen. Hieruit bleek dat de potentieel vermijdbare sterfte in ziekenhuizen niet verder was gedaald. Tussen 1 april 2015 tot en met 31 maart 2016 overleden circa 1.035 patiënten door zorggerelateerde schade die waarschijnlijk voorkomen had kunnen worden.
De vijfde monitor Zorggerelateerde Schade 2019–2022 komt eind 2021 uit.

[24] https://nivel.nl/nl/publicatie/monitor-zorggerelateerde-schade-20152016-dossieronderzoek-bij-overleden-patienten.

Vraag 283
Hoe scoort Nederland in vergelijking tot andere Europese landen bij de overlevingskansen bij kanker?

Antwoord:
Volgens het landenprofiel gezondheid van Nederland (https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/b941695b-nl.pdf?expires=1601896464&id=id&accname=ocid49027884&checksum=0B6692E6FA1248CE4FA7DE4E5CB7885E) is de vijfjaarsoverleving voor de vier soorten kanker met bevolkingsonderzoeken de laatste 10 jaar verbeterd, en ligt deze inmiddels boven het EU gemiddelde. Zie hiervoor onderstaande figuur.

Figuur 14. Nederland presteert beter dan het EU-gemiddelde voor de vijfjaarsoverleving voor prostaat-, long-, borst- en darmkanker



Opmerking: de gegevens hebben betrekking op mensen die tussen 2010 en 2014 een diagnose hebben gekregen.
Bron: CONCORD-programma, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Zie voor landen specifieke cijfers over deze vier kankersoorten alsook maagkanker en leukemie bij kinderen hoofdstuk 6 van het OECD Health at a Glance 2019 rapport (https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1601896970&id=id&accname=ocid49027884&checksum=EA8C00EF705F34EF00E006399484146B). Uit deze cijfers valt in algemene zin op te maken dat Europese landen niet veel van elkaar verschillen in vijfjaarsoverleving van deze vormen van kanker.

Vraag 284
Hoeveel «Terugblik Vlogs» voor de Minister van VWS zijn in totaal gemaakt sinds het aantreden van het huidige kabinet? Hoeveel weergaves en/of unieke kijkers hadden deze vlogs gemiddeld? Hoeveel weergaves en/of unieke kijkers had de «Terugblik Vlog» met de meeste kijkers en/of weergaves en de minste kijkers en/of weergaves? Hoeveel fte, zowel intern als extern ingehuurd (uitgesplitst), werken gemiddeld aan een «Terugblik Vlog»? Kan een schatting gemaakt worden van de gemiddelde kosten per «Terugblik Vlog»?

Antwoord:
Sinds het aantreden van het huidige kabinet zijn er in totaal 106 terugblik-vlogs gemaakt voor de Minister van VWS. Over de afgelopen 36 vlogs had

de terugblikvlog gemiddeld 21.778 weergaven. De terugblikvlog met de meeste weergaven had 85.830 weergaven, de terugblikvlog met de minste weergaven had 6.912 weergaven.
Het maken van de terugblikvlog was voor de medewerkers van de directie Communicatie een onderdeel van hun dagelijkse werk, omdat de vlog verdere uitleg bood bij het VWS-beleid en de totstandkoming hiervan. De woordvoerders maakten met hun telefoons video-opnames tijdens werkbezoeken. De directie Communicatie was ook verantwoordelijk voor de montage, alleen bij onvoldoende capaciteit is een externe aanbieder ingezet. De totstandkoming van de terugblikvlog is dus onderdeel van het dagelijkse werk van de directie Communicatie, hiervoor is dan ook geen aparte fte-telling bijgehouden. Omdat deze productiemethode zowel voor de Minister als de communicatiemedewerkers tijdens de coronacrisis te arbeidsintensief is, is er in het kader van prioritering voor gekozen om de productie van de terugblikvlog niet verder voort te zetten.
Omdat het maken van de vlog voor de medewerkers van de directie Communicatie onderdeel was van hun dagelijkse werk, is hiervoor geen apart budget vrijgemaakt.

Vraag 285
Wat was het budget voor infectiepreventie in de periode van 2010–2019?

Antwoord:
Hieronder vindt u de budgetten voor infectiepreventie in de periode van 2010–2019 die via de VWS-begroting zijn uitgegeven:

Budget Infectiepreventie (bedragen * € 1,0 mln.)

Jaar	Totaal
2010	401,6
2011	269,0
2012	259,1
2013	243,7
2014	246,7
2015	255,7
2016	251,6
2017	250,9
2018	262,8
2019	321,6

Hierbij merk ik op dat in 2010 de Mexicaanse Griep speelde. De incidentele uitgaven hiervoor waren € 150 miljoen.

Vraag 286
Kunt u aangeven welke stappen al gezet zijn voor de implementatie en/of verspreiding van een coronavaccin? Welke partijen zijn daarbij betrokken?

Antwoord:
Ik heb u op 23 september jl. per brief geïnformeerd over de stappen die we zetten in het kader van de implementatie van het COVID-19-vaccin[25]. Samen met het RIVM voer ik gesprekken met verschillende mogelijke uitvoeringsorganisaties, die een rol kunnen krijgen bij het vaccineren van specifieke doelgroepen, zoals GGD'en en huisartsen. Ik reken op de betrokkenheid en inzet van diverse partijen om de uiteindelijke vaccinatie-campagne in goede banen te leiden. Besluitvorming met betrekking tot de prioritering van de verschillende doelgroepen vindt plaats na advisering van de Gezondheidsraad (welke begin november 2020 wordt verwacht). Ik zal uw Kamer hier te zijner tijd over informeren.

[25] Tweede Kamer 2020–2021, Kamerstuk 25 295, nr. 565.

Vraag 287
Kan nader worden toegelicht hoe de uitvoering (vooralsnog) is verlopen van het amendement Raemakers/Veldman over onder andere de zorg voor kankerpatiënten verder te verbeteren? Klopt het dat de uitvoering veelvuldig heeft stilgelegen door problemen bij de aanvraag?

Antwoord:
Naar aanleiding van het amendement Raemakers/Veldman (TK, 35 300, nr. 16) is door de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) eind maart 2020 een subsidie aangevraagd inzake transparante oncologische netwerkzorg 2020–2022. De subsidie is op 8 september 2020 verleend voor activiteiten die zijn of worden uitgevoerd in de periode 1/4/2020–31/12/2022.

Het proces van subsidieverlening is zorgvuldig doorlopen. Zo zijn na de aanvraag aanvullende vragen gesteld aan de NFK. Medio juni is de aanvraag door de NFK voor het laatst aangevuld. Daarna heeft een toets plaatsgevonden op de inhoud en op staatssteunregels. Bij deze toets is (in overleg met en bekend bij de NFK) door de drukte vanwege de COVID-19-crisis enige vertraging opgetreden.

Vraag 288
Kan nader worden toegelicht wat de status is van de uitvoering van de motie Raemakers/Bergkamp over vergoeding van zorg die buiten het basispakket valt vanwege het ontbreken van de vereiste medische indicatie? Wanneer in het najaar zult u de Kamer conform het dictum nader over de uitkomst van het onderzoek informeren?

Antwoord:
Het onderzoek naar de vergoeding van zorg die buiten het basispakket valt, heeft vertraging opgelopen als gevolg van de COVID-19 pandemie en is nog niet afgerond. Naar verwachting zal de Tweede Kamer aan het einde van het jaar over het onderzoek geïnformeerd worden.

Vraag 289
Kan nader worden toegelicht wat de status is van de uitvoering van het gewijzigde amendement Raemakers/Ploumen over hersteloperaties bij vrouwelijke genitale verminking? Is het bedrag dat met dit amendement is vrijgemaakt (reeds) besteed aan het helpen opzetten van een expertise-centrum, en voor welk deel? Zo niet, wordt dit geld overgeheveld naar 2021?

Antwoord:
Naar aanleiding van het amendement loopt op dit moment een verkenning met veld- en uitvoeringspartijen naar hoe het expertise-centrum vorm kan krijgen. Het Zorginstituut Nederland voert daarover onder andere overleg met de NVOG. Binnen dit expertisecentrum moet kennis, ervaring en een multidisciplinaire aanpak worden geborgd en wordt tevens gezorgd voor goed prospectief follow-up onderzoek en evaluatie van de zorg. Gegevens over indicatie, interventie en behandel-uitkomsten worden vastgelegd en geëvalueerd. Dit bevordert de kwaliteit van zorg en maakt nieuwe wetenschappelijke inzichten voor de behandeling van vrouwen met vrouwelijke genitale verminking mogelijk.
Het ligt daarom voor de hand dat dit nader op te richten expertisecentrum een richtinggevende rol krijgt bij het bepalen welk type onderzoek(en) nodig is om de effectiviteit en veiligheid van hersteloperaties verder te onderzoeken. Zo nodig wordt ook gebruik gemaakt van de ervaring van ZonMw met het opzetten, uitzetten en begeleiden van onderzoek. ZonMw wordt derhalve betrokken bij deze verkenning. De verwachting is dat zodra het expertisecentrum van start is gegaan, er door partijen samen

met ZonMw kan worden nagedacht over hoe het benodigde veiligheids- en effectiviteitsonderzoek zo snel en goed mogelijk op te zetten. Over het algemeen genomen neemt de gemiddelde duur van een effectiviteitsonderzoek vijf jaar in beslag. Ook is er voorbereidingstijd nodig om tot een goed en breed gedragen onderzoeksvoorstel te komen.
Om deze redenen is het niet waarschijnlijk dat het middels genoemd amendement vrijgemaakte bedrag dit jaar wordt besteed. Zonodig zal een deel van de hiermee gemoeide uitgaven in 2021 plaatsvinden.

Vraag 290
Komt er een vervolg op het advies van het Zorginstituut Nederland over de vergoeding uit het basispakket voor vrouwen die om psychische redenen een hersteloperatie willen en/of nodig hebben?

Antwoord:
Het Zorginstituut heeft in het advies over hersteloperaties uit 2019 aangegeven onder welke voorwaarden (bij welke medische indicaties) reconstructieve behandelingen na vrouwelijke genitale verminking deel uitmaken van het verzekerde basispakket. Dekking uit het verzekerde pakket voor puur vormherstel is enkel mogelijk indien de verminking het gevolg is van ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting. Indien een verzekerde puur vormherstel wil laten uitvoeren en geen somatische klachten heeft, dan valt dit niet onder de dekking van het verzekerde pakket. Ook professionals en patiëntvertegenwoordigers raden hersteloperaties bij vrouwen zonder somatische klachten af. Het is dus raadzaam eerst onderzoek te doen ter verbetering van de medisch-wetenschappelijke kennis over de effectiviteit en veiligheid van hersteloperaties bij vrouwen met somatische klachten alvorens te overwegen het effect van deze interventies te onderzoeken wanneer het niet gaat om de behandeling van somatische klachten, maar puur om vormherstel.
Bij positieve bevindingen kan dan als nog worden afgewogen of deze uitkomsten kunnen leiden tot vergoeding uit het basispakket. Daarvoor is ook aanpassing van de regelgeving rond vormherstel nodig.

Vraag 291
Kan worden toegelicht waarom ter dekking van de problematiek op de rijksbegroting «vooruitlopend op de jaarlijkse onderuitputting» al een korting wordt verwerkt op diverse beleidsartikelen voor maar liefst 133,4 miljoen euro?

Antwoord:
Met betrekking tot onder- of overuitputting geldt in zijn algemeenheid dat pas wanneer het uitvoeringsjaar vergevorderd is, duidelijk wordt op welke plaatsen binnen de begroting dat zich daadwerkelijk voordoet. Het is over het algemeen niet meer mogelijk om de ruimte die dan is ontstaan in de resterende maanden van het kalenderjaar doelmatig en doeltreffend in te zetten voor een ander bestedingsdoel. Evenwel is gebleken in 2019 dat de onderuitputting aan het eind van het jaar ruimte biedt om op artikelniveau beleidsmatig wenselijke intensiveringen mogelijk te maken door elders een korting te verwerken. Dit is afgelopen voorjaar gedaan met als doel het budget op de VWS-begroting zo goed mogelijk te alloceren en onderuitputting aan het eind van het jaar te beperken. Er is gekozen voor maatwerk per artikel. Uw Kamer wordt in de reguliere begrotingsstukken bij Najaarsnota en Financieel Jaarverslag Rijk over de uitputting van de begroting geïnformeerd.

Vraag 292
Waarom wordt een deel van de nog niet bestemde onderzoeksprogramma's van het Zorginstituut naar verwachting niet uitgegeven dit jaar? Is dit in eerdere jaren ook reeds voorgekomen?

Antwoord:
Het Zorginstituut voert onderzoeken uit voor zijn wettelijke taken, bijvoorbeeld voor pakketadviezen. De onderzoeken zijn meestal meerjarig, maar de precieze doorlooptijd is op voorhand slecht te bepalen. Dat komt onder andere omdat het Zorginstituut in de uitvoering van de onderzoeken afhankelijk is van medewerking door veldpartijen of fabrikanten. Wel wordt bij aanvang van een onderzoek een meerjarige verplichting aangegaan met een onderzoeksinstelling. Het Zorginstituut spreekt daarom elk jaar met VWS een bedrag af waarvoor het Zorginstituut meerjarige contractuele verplichtingen met onderzoeksbureaus aangaat. Afhankelijk van de voortgang van een meerjarig onderzoek, wordt het Zorginstituut hierop bevoorschot.

In 2020 wordt naar verwachting € 5,1 miljoen aan onderzoekscontracten afgesloten, dat is een kleine bijstelling ten opzichte van het oorspronkelijk begrote verplichtingenbudget voor onderzoeken (€ 5,4 miljoen). De schatting voor de benodigde liquiditeit in 2020 bedraagt € 3,6 miljoen. In 2019 lag het bedrag voor verplichtingen op € 5,4 miljoen en de verstrekte liquiditeit op € 3,5 miljoen.

Vraag 293
Hoe komt het dat het beroep op de subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg voor onverzekerden zo is onderschat?

Antwoord:
De subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden is per 1 maart 2018 versoepeld voor niet-spoedeisende (maar wel medisch noodzakelijke) zorg en in maart 2019 is de regeling met terugwerkende kracht tot 1 maart 2018 nog verder versoepeld en opengesteld voor alle onverzekerde (dus ook niet-verzekeringsplichtige) personen.
Hoewel in de loop van 2018 al duidelijker werd dat het aantal declaraties steeg, was inderdaad niet voorzien dat zo vaak een beroep op de regeling zou worden gedaan. Dat heeft een aantal oorzaken: het (geringe) gebruik van de regeling tot medio 2018 en de daarop gebaseerde verwachting, het groeiende aantal dak- en thuislozen, het grote aantal buitenlanders dat zorg krijgt omdat ze niet of onvoldoende verzekerd zijn (op dit moment betreft de gedeclareerde zorg voor ruim 50% zorg aan buitenlanders), de onmogelijkheid om de kosten van Europese onderdanen te verhalen op de buitenlandse organen (uit onderzoek door het CAK is gebleken dat nog geen 2% verhaald kan worden) en het feit dat gaandeweg de zorgaanbieders de regeling vanwege toenemende bekendheid vaker gebruiken.

Vraag 294
Kan nader worden toegelicht hoe het begrote budget voor de kortdurende opleidingstrajecten op maat zal worden ingezet?

Antwoord:
Het werken in de zorg vraagt om gedegen training en opleiding. Dit kan een kwalificerende opleiding zijn, maar kan ook gaan om een gerichte training om een bepaalde handeling te kunnen doen. Een opleiding vraagt een flinke investering, zowel in tijd als geld. Dit geldt zowel voor mensen die in de zorg aan de slag willen, als mensen die zich oriënteren op een vervolgstap.

Met de subsidie SectorplanPlus (2017–2021) kunnen zorgaanbieders hiervoor een subsidiebijdrage aanvragen. Scholingstrajecten kunnen in dit verband variëren van standaard BBL/Duale trajecten tot aan modulaire, innovatieve vormen van scholing gericht op competenties en vaardigheden.

Zorgorganisaties kunnen SectorplanPlus ook gebruiken voor scholingsactiviteiten gericht op behoud, zowel van de nieuwe instroom als van het zittend personeel.

Het kabinet zorgt met de extra investering dat deze stimulans voor zorgaanbieders om via scholing te werken aan behoud van personeel ook in de toekomst blijft bestaan.

De afgelopen periode bleek er veel vraag te zijn naar deze regeling. Zorgaanbieders hebben voor bijna een half miljoen scholingstrajecten subsidie aangevraagd. Het kabinet stelt deze middelen beschikbaar om deze opleidingsimpuls ook na 2021 voort te kunnen zetten.

Vraag 295
Kan nader worden toegelicht hoe de financiële impuls voor de implementatie van de richtlijn Medicatieoverdracht zal worden ingezet?

Antwoord:
Op dit moment wordt gewerkt aan de uitwerking van de stimuleringsregeling VIPP Farmacie. Publicatie van de regeling is beoogd op 1 april 2021.
Belangrijk onderdeel van VIPP Farmacie is de implementatie van de richtlijn Medicatieoverdracht door de sector farmacie. Apotheken vervullen een belangrijke spilfunctie binnen het zorgveld voor medicatieoverdracht.
Daarnaast is aan Nictiz een subsidie verleend om de implementatie van de richtlijn te ondersteunen. Aan de betrokken sectoren is een subsidie verleend om de implementatie van de richtlijn voor te bereiden.

Vraag 296
Hoe staat het met de voortgang van de plannen van de Minister voor Medische Zorg om de meest essentiële genees- en hulpmiddelen zelf te produceren op Europees niveau en een stevige voorraad van andere middelen op te bouwen? Welke concrete stappen worden in dit verband gezet?

Antwoord:
Hierover ben ik momenteel op Europees niveau in gesprek met de Europese Commissie en andere EU landen om meer inzicht te krijgen in de mondiale productie- en toeleveringsketens en de opties om kwetsbaarheden daarin te verminderen. Immers om tot stappen te komen, is het eerst nodig inzicht te krijgen in relevante data zoals: welke stoffen zijn strategisch van belang, voor welke eindproducten zijn ze nodig en in welke fabrieken worden ze geproduceerd. Voor werkzame stoffen (Active Pharmaceutical Ingredients) verkennen we bijvoorbeeld op EU-niveau het bundelen van de krachten door mogelijk het opzetten van een vrijwillige industriële samenwerkingsvorm of alliantie met EU-overheden, fabrikanten en andere relevante stakeholders met als doel het versterken van de leveringszekerheid van geneesmiddelen. De leveringszekerheid van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, kan immers op verschillende manieren geborgd worden, bijvoorbeeld door lokale productie, bepaalde inkoop strategieën, het aanleggen van voorraden, goed supply chain management en andere maatregelen. Tot slot wijs ik op de oproep van de Europese Raad van 1 en 2 oktober 2020 aan de Europese Commissie om de strategische afhankelijkheden van o.a. de gezondheidszorg in kaart te brengen en om maatregelen voor te stellen die de afhankelijkheden kunnen verminderen. Dit sluit aan bij mijn standpunt en ik zal mij dan ook actief inzetten bij de verdere uitwerking van dit proces.

Vraag 297
Hoeveel mensen hebben in 2019 en 2020 gebruik gemaakt van de pilot psychosociale zorg na kanker, hoeveel budget is gebruikt en hoeveel niet? Hoeveel staat er voor 2021 (tot september) voor begroot?

Antwoord:
De behandeling van aanpassingsstoornissen is met ingang van 1 januari 2012 uitgesloten van zorg in het kader van de Zvw. In maart 2018 is een tweejarige pilot gestart om behandeling van aanpassingsstoornissen voor patiënten bij wie de behandelingen in het ziekenhuis al zijn afgerond, tijdelijk te vergoeden. Voor de pilot is een subsidie van € 8.000.000 van het Ministerie van VWS beschikbaar en een subsidie van € 600.000 van het KWF. Dit bedrag is gebaseerd op een verwachte instroom van 4500 patiënten per jaar. Door de zorgkosten tijdelijk te vergoeden en onderzoek te doen naar de (kosten)effectiviteit vormen de resultaten van deze pilot de input voor een finale beslissing over mogelijke heropname van de aanpassingsstoornis na kanker in het basispakket of een andere vorm van financiering.

Tot augustus 2020 zijn 816 patiënten opgenomen in de pilot en is € 2.500.000 besteed. De redenen dat het aantal aangemelde patiënten achterloopt op de verwachtingen ligt ten eerste in het gegeven dat er in het eerste half jaar van de pilot vertraging in de instroom is geweest, omdat de pilot nog moest worden opgestart. De logistiek moest worden georganiseerd, behandelaren moesten worden gecontracteerd en verwijzers moesten worden geïnformeerd. Een tweede reden voor het aantal lage aanmeldingen is dat het implementeren van zorg die zes jaar niet voorhanden is geweest meer tijd kost dan vooraf gedacht. Tot slot heeft ook de coronacrisis ervoor gezorgd dat er minder aanmeldingen zijn geweest.

Volgens de planning van het Integraal Kankercentrum Nederland zullen tot september 2021 in totaal 1650 patiënten geïncludeerd worden. Voor het voortzetten van het experiment tussen augustus 2020 en september 2021 is ongeveer € 2.000.000 nodig. Deze middelen zijn beschikbaar binnen de begroting van het project. Als blijkt dat afronding van het programma voor 31 augustus 2021 niet haalbaar is zal ik op een later moment een besluit moeten nemen over de afronding of een vervolg van het programma.

Vraag 298
Hoeveel geld ging in 2019 en 2020 landelijk naar stichting HartslagNu voor het uitvoeren van een burgerhulpverleningssysteem rondom reanimatie en hoeveel geld staat begroot voor 2021 en verder, of loopt subsidiëring via de gemeenten?

Antwoord:
Naar aanleiding van het amendement De Lange (VVD) (Vergaderjaar 2015–2016, 34 300 XVI, nr. 140) heeft VWS € 1 miljoen subsidie ter beschikking gesteld voor de samenvoeging van de twee oproepsystemen voor burgerhulpverlening met een AED. Deze samenvoeging is per september 2018 gerealiseerd. De werkzaamheden die met deze subsidie zijn verricht liepen door in het jaar 2019. In 2019 is het resterende bedrag van € 4.073 beschikbaar gesteld.
Alle RAV's, de Hartstichting en een aantal gemeenten dragen ook financieel bij aan het systeem.

De samenvoeging van de oproepsystemen heeft een toename van het aantal aangemelde AED's en een toename van het aantal burgerhulpverleners opgeleverd. Dit is een positieve ontwikkeling maar zorgt ook voor

extra kosten om het systeem te borgen. Omdat ik het van groot belang vind dat de burgerhulpverlening met een AED kan voortbestaan, stel ik voor 2020 € 600.000 en voor 2021 € 1,5 miljoen beschikbaar. Deze periode wordt gebruikt om de structurele bekostiging van het systeem nader uit te werken en daarover te besluiten.

Vraag 299
Welk bedrag ontvangen gemeenten samen voor jeugdhulp van het rijk, en hoeveel geven zij er samen aan uit?

Antwoord:
Hoeveel geld gemeenten uit het gemeentefonds krijgen, hangt af van de kenmerken en de belastingcapaciteit van de gemeenten. De belastingcapaciteit geeft aan hoeveel belasting een gemeente jaarlijks kan innen. De rijksoverheid kijkt bij de verdeling van het gemeentefonds over de gemeenten onder meer naar: aantal inwoners, aantal jongeren, aantal uitkeringsgerechtigden, oppervlakte van de gemeente, grootte van de watergebieden. Dit worden maatstaven genoemd. Er zijn ruim 60 maatstaven. Elke maatstaf heeft een bedrag «per eenheid». De gemeente krijgt dus geld voor iedere inwoner, iedere jongere, enzovoorts. Gemeenten krijgen uit het gemeentefonds dus niet specifiek geoormerkt geld voor jeugdhulp.

De medeoverheden zijn vrij in de besteding van de middelen die zij uit het gemeentefonds ontvangen. Verantwoording over de besteding van deze middelen wordt afgelegd middels de begroting en jaarrekening van gemeenten. Zij voeren hun begrotingscijfers en jaarrekeningcijfers in, in het IV3-systeem. Deze cijfers bieden inzicht in de uitgaven van gemeenten, maar doordat de indeling van IV3 op onderdelen een combinatie van Wmo 2015 en Jeugdwet betreft, zijn de uitgaven aan jeugdzorg niet goed uit te splitsen, zie ook vraag 18.

Vraag 300
Hoeveel en welke gemeenten hebben naar verwachting in 2020 een tekort op de balans met betrekking tot jeugdhulp?

Antwoord:
Gemeenten stellen hun eigen begroting op, rekening houdend met hun lokale situatie. Uiteraard geldt voor gemeenten wel de jeugdhulpplicht, evenals andere verplichtingen die uit de Jeugdwet voortvloeien.

Zoals bij vraag 299 aangegeven is geen directe link te leggen tussen de middelen die gemeenten uit het gemeentefonds ontvangen en hun uitgaven.

Vraag 301
Hoeveel en welke gemeenten hebben naar verwachting in 2021 een tekort op de balans met betrekking tot jeugdhulp?

Antwoord:
Gemeenten zijn op dit moment bezig met het opstellen en vaststellen van hun begroting voor 2021. Hierdoor zijn op dit moment nog geen gegevens beschikbaar over de inkomsten en uitgaven van gemeenten in 2021.

Vraag 302
Zal er naast de investering in het vakmanschap van jeugdprofessionals ook geïnfesteerd worden in de verlichting van administratieve lasten en het verhogen van het werkplezier?

Antwoord:
Het Ministerie van VWS heeft Rita Verdonk aangesteld als speciaal adviseur administratieve lasten in het sociaal domein. Op 11 juni 2020 heeft zij namens Minister Hugo de Jonge met de VNG, Jeugdzorg Nederland, de FNV en het CNV het convenant «stoppen met tijdschrijven in de jeugdzorg» ondertekend. In dit convenant spreken de partijen af dat in nieuwe contracten geen verplichting tot vermijdbaar tijdschrijven wordt opgenomen.
Intussen zijn de Ministeries van VWS en J&V, samen met VNG, Jeugdzorg Nederland en FNV/CNV gestart met een project om te komen tot een vermindering van het aantal productcodes in de jeugdzorg met bijbehorende tijdsnormering. Hiermee wordt de administratieve last in het veld verder teruggebracht.
Al deze activiteiten vinden in samenhang plaats met het programma (Ont)Regel de Zorg (ORDZ) om de administratieve lasten binnen de jeugdhulp te verlichten, en daarmee het werkplezier te verhogen.

Vraag 303
Kunt u aangeven hoeveel (kwetsbare) ouderen op dit moment thuis zorg ontvangen?

Antwoord:
De meest recente Vektis data laten zien dat 589.000 mensen wijkverpleging hebben gekregen in 2018. Het aantal ontvangers varieert per maand, gemiddeld zijn het er 304.000. 75% van de ontvangers is ouder dan 67 jaar.
Vektis leidt in juni 2020 uit declaratiedata af dat er in Nederland 547.000 kwetsbare ouderen thuis wonen.

Vraag 304
Kunt u aangeven wat de ontwikkelingen de komende vijf tot tien jaar zijn omtrent (kwetsbare) ouderen die thuis zorg ontvangen?

Antwoord:
De Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen heeft mij in juni 2020 geadviseerd over hoe de zorg voor thuiswonende ouderen tot aan 2030 op peil te houden. Dit advies is zonder beleidsreactie met Uw Kamer gedeeld (Tweede Kamer 2019–2020, 31 765, nr. 11). In dit advies is ook aangegeven hoe het aantal ouderen zich ontwikkelt en welke trends richting de toekomst relevant zijn. De eerder verschenen kennissynthese van het SCP «Zorg voor thuiswonende ouderen» gaat ook op deze ontwikkelingen. Op dit moment werk ik aan een visie op ouderenzorg van de toekomst. Die breed geconsulteerd zal worden, waarin ik verder zal ingaan op deze ontwikkelingen. Ik zal u daar voor de Kerst over informeren

Vraag 305
Wanneer is het «Handboek voor bewindspersonen» ingegaan? Was het huidige handboek bewindspersonen ook van kracht tijdens het vorige kabinet? Zo niet, op welke punten is het handboek gewijzigd?

Antwoord:
Het Handboek Bewindspersonen is een bundeling van praktische informatie die van belang is voor bewindspersonen, waaronder relevante wet- en regelgeving. Het handboek wordt iedere keer bij de formatie aan de kandidaat bewindspersonen overhandigd. Sinds het aantreden van het kabinet-Rutte in 2010 is het handboek beschikbaar op het internet. Op het moment dat regelingen wijzigen of nieuwe afspraken worden gemaakt die

voor alle bewindspersonen van belang zijn, wordt het handboek daarop aangepast. De laatste wijzigingen van het handboek dateren van april 2019.

Vraag 306
Kunt u aangeven wie de bewindspersonen controleert of zij zich aan de regels en/of voorschriften van het «Handboek voor bewindspersonen» houden, bijvoorbeeld aangaande sociale media en politiek assistenten?

Antwoord:
Iedere bewindspersoon is zelf verantwoordelijk voor het naleven van wet- en regelgeving en legt daarover verantwoording af aan de Tweede Kamer.

Vraag 307
Waarom geeft u, mede in het licht van de grote groep (kwetsbare) ouderen en de tweede golf COVID-19, zo weinig aandacht in de begroting aan ouderenzorg in de thuissituatie?

Antwoord:
Op meerdere plekken in de begroting wordt aandacht gegeven aan de (steeds groter wordende) groep ouderen. U ziet dit met name terug in hoofdstuk 4 van de beleidsagenda: «Naar een sterker sociaal domein». Op pagina 20 van de VWS-begroting is aangegeven dat het kabinet werkt aan een verdere invulling van een brede visie op ouderenzorg. Deze brede visie zal ook betrekking hebben op ouderenzorg in de thuissituatie.

Vraag 308
Kunt u een cijfermatig overzicht geven van het aantal gemeenten dat een collectieve ziektekostenverzekering voor minima heeft voor de periode 2012–2020?

Antwoord:
Onderstaande tabel, uit het eerder genoemde onderzoek van Zorgweb (zie het antwoord op vraag 213), laat het percentage gemeenten met een gemeentepolis in de periode 2012–2020 zien.

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
97%	97%	97%	98%	99%	99%	98%	98%	95%

Vraag 309
Hoeveel middelen zouden nodig zijn om de onregelmatigheidstoeslag voor alle zorgmedewerkers structureel met 5%, 10% of 20% te verhogen? Hoeveel zou nodig zijn om dat alleen te verhogen voor alle medewerkers die recht hebben op de coronabonus?

Antwoord:
Allereerst is goed om op te merken dat sociale partners in de zorg afspraken maken over arbeidsvoorwaarden. VWS zit niet aan de cao-tafel. Daarnaast moet opgemerkt worden dat het beschikbaar stellen van extra middelen voor het verhogen van de onregelmatigheidstoeslag een aantal stappen vergt. Er dienen in dat geval afspraken te worden gemaakt met de werkgevers over het ophogen van de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (OVA), vervolgens met zorginkopers over het doorgeven van de extra arbeidsvoorwaardenruimte aan werkgevers via hogere tarieven en tot slot met sociale partners over het aanpassen van de cao's in de zorg.
Er zullen dus op veel verschillende tafels afspraken moeten worden gemaakt. Daarbij geldt dat de complexiteit van deze afspraken groter is bij gerichte loonsverhogingen, zoals verhoging van de onregelmatigheids-

toeslag (ORT) dan bij een generieke loonsverhoging voor de hele zorg. Dan kan namelijk niet worden volstaan met een generieke verhoging van de OVA, de tarieven en is differentiatie binnen cao's nodig. De complexiteit wordt nog verder vergroot wanneer de verhoging van de ORT alleen zou moeten gelden voor medewerkers die recht hebben op de coronabonus.

Volgens gegevens van PFZW bedraagt de totale jaarlijkse onregelmatigheidstoeslag (ORT) 1,5 miljard euro. In deze cijfers ontbreken de umc's en een klein deel van de eerste lijn (die zijn niet aangesloten bij PFZW). Op basis van de PFZW-cijfers schatten we in dat de ORT voor de umc's en het ontbrekende deel van de eerste lijn in totaal ongeveer 300 miljoen euro bedraagt. De totale ORT komt dan uit op 1,8 miljard euro. 10% van 1,8 miljard euro is 180 miljoen euro.

Dat gezegd hebbende kan op basis van cijfers van Pensioenfonds Zorg & Welzijn (PFZW) een inschatting worden gemaakt hoeveel middelen nodig zouden zijn om de ORT voor zorgmedewerkers te verhogen:
– 5% verhoging kost circa € 90 miljoen structureel;
– 10% kost circa € 180 miljoen structureel;
– 20% kost circa € 360 miljoen structureel.

Bij de bonusregeling wordt er vanuit gegaan dat circa 2/3e van de medewerkers in aanmerking komt voor een bonus. Het overgrote deel van de medewerkers die ORT ontvangt, zal vermoedelijk ook tot de doelgroep van de bonusregeling behoren. Hoe groot dat deel exact is, valt echter niet met zekerheid te zeggen. Vermoedelijk zal het beperken van de verhoging van de ORT tot medewerkers die recht hebben op een bonus beperkt effect hebben op het budgettaire beslag van de verhoging van de ORT.

Vraag 310
Hoeveel ziekenhuislocaties waren er in 2010 en in 2019?

Antwoord:
In 2010 waren er 11 academische ziekenhuizen (waaronder 3 specialistische ziekenhuizen namelijk de kinderziekenhuizen UMCU, het Erasmus MC en de Daniel den Hoedt kliniek), 126 algemene ziekenhuizen en 83 buitenpoli.

In 2019 waren er 8 academische ziekenhuizen, 110 algemene ziekenhuizen, 129 buitenpoli en 7 kinderziekenhuizen.

Vraag 311
Hoeveel ziekenhuislocaties hadden in 2010 een beddenhuis? En in 2019?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag van 316, maar dan exclusief het aantal buitenpoli.
Dat betekent dat in 2010 er 137 ziekenhuislocaties waren en in 2019 125 locaties waar dag en nacht zieke mensen worden behandeld.

Vraag 312
Hoeveel ziekenhuisbedden waren er in 2010 en in 2019?

Antwoord:
In 2018, het meest recente jaar waarover cijfers beschikbaar zijn, was het totaalaantal bedden in ziekenhuizen 39.900 [bron: Staat van Volksgezondheid en Zorg]. In 2010 waren dat er 47.300.

Dit kerncijfer betreft het aantal bedden in universitaire ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, categorale ziekenhuizen en revalidatiecentra. Vanaf 2006 zijn de bedden op de afdelingen psychiatrie van universitaire en algemene ziekenhuizen (PAAZ/PUK) niet meegeteld. Bedden in Zelfstandige Behandel Centra, voor zover niet onderdeel van een ziekenhuisconcern, zijn ook niet meegeteld.

Vraag 313
Hoeveel IC-bedden waren er in 2010 en in 2019?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 283. Het gemiddeld aantal ic-bedden was in 2019 circa 1.040 ic-bedden. Cijfers over het gemiddeld aantal ic-bedden in 2010 heb ik niet tot mijn beschikking.

Vraag 314
Wat waren de netto zorguitgaven in 2010 en in 2019?

Antwoord:
De netto zorguitgaven waren in 2010 € 59,4 miljard en in 2019 € 69,8 miljard. Het betreft hier de zorguitgaven die vallen onder de definitie van het Uitgavenplafond Zorg (het UPZ), grotendeels de premiegefinancierde uitgaven AWBZ/Wlz en de Zvw.
Zie ook tabel 1 bij het antwoord op Kamervraag 9.

Vraag 315
Wat was in 2010 de prognose voor de netto zorguitgaven in 2020?

Antwoord:
In de VWS-begroting worden prognoses van de netto zorguitgaven gemaakt voor een periode van 5 jaar. In de ontwerpbegroting 2010 is een prognose van de netto zorguitgaven gemaakt voor de jaren 2010 t/m 2014 en was er derhalve nog geen prognose voor het jaar 2020 beschikbaar. Een eerste prognose van de netto zorguitgaven voor het jaar 2020 is terug te vinden in de VWS-begroting 2016 (TK 34 300 XVI, nr. 2) in tabel 4 op pagina 142. Daarin is een prognose voor de netto zorguitgaven van € 79 miljard voor het jaar 2020 opgenomen. Op dit moment is de raming van de netto zorguitgaven 2020 € 73,5 miljard.

Vraag 316
Hoeveel medisch specialisten (zowel in absolute aantallen als in fte's) waren er in 2010 en in 2019?

Antwoord:
De gevraagde aantallen zijn opgenomen in het Capaciteitsplan 2021–2024 van het Capaciteitsorgaan en zijn in de onderstaande tabel weergegeven.

	2010		2019	
	aantal	fte %	aantal	fte %
medisch specialisten[1]	17.350	0,9	24.076	0,89

[1] Exclusief klinisch technologische specialisten, inclusief profielarts SEH en ziekenhuisgeneeskunde.

Vraag 317
Hoeveel intramurale plekken voor langdurige zorg (AWBZ, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) waren er in 2010 en in 2019 (Wlz)?

Antwoord:
In 2010 waren er circa 257.000 intramurale plekken voor langdurige zorg op grond van de AWBZ. Dit aantal is afgeleid van de omvang van de productieafspraken (zorgzwaartepakketten) die zorgkantoren voor deze zorg in 2010 hebben gemaakt. In 2010 betroffen deze afspraken circa 94 miljoen dagen.
In 2019 zijn er circa 203.000 intramurale plekken voor langdurige zorg op grond van de Wlz. Dit aantal is afgeleid van de omvang van de declaraties (zorgzwaartepakketten) die zorgkantoren over 2019 bij Vektis hebben aangeleverd voor deze zorg. In 2019 betroffen deze declaraties circa 74 miljoen dagen (bron: CBS Monitor Langdurige Zorg).

De daling kan verklaard worden door een aantal trends en wijzigingen die zich in de periode 2010–2019 hebben voorgedaan. Al langere tijd blijkt dat ouderen steeds langer thuis blijven wonen, waardoor er minder vraag is naar verzorgingshuiszorg. In 2013 is de geriatrische revalidatiezorg overgeheveld vanuit de AWBZ naar de Zvw en is een aanvang genomen met de extramuralisering van enkele lage zzp's. In 2015 vond de hervorming langdurige zorg plaats waarbij het merendeel van de intramurale AWBZ-zorg werd ondergebracht onder de Wlz en een deel werd overgeheveld naar de Wmo (beschermd wonen), de jeugdwet (jeugd LVG) en de subsidieregeling Eerstelijns Verblijf. Ook in de ggz voortgezet verblijf heeft een verandering plaatsgevonden: cliënten die zijn aangewezen op verblijf in verband met behandeling, stromen voortaan pas na 3 jaar vanuit de Zvw door naar de Wlz in plaats van na 1 jaar (zoals gold onder de AWBZ). Het aantal plekken in de intramurale verpleeghuiszorg is, gecorrigeerd voor de genoemde overhevelingen, door de toenemende vraag gestegen.

Vraag 318
Hoeveel operaties werden in 2010 en in 2019 uitgevoerd?

Antwoord:
Gegevens over het aantal operaties zijn vanaf 2012 beschikbaar uit het dbc-informatie systeem (DIS) van de NZa en vanaf 2015 uit de declaratiedata (bron: Vektis). Beide cijfers zijn opgenomen in onderstaande tabel. De DIS-data vallen vermoedelijk lager uit omdat een deel van de zelfstandige behandelcentra (zbc's) ontbreekt. Verder is de registratie van 2019 in DIS is nog niet compleet en zal het uiteindelijke aantal operaties naar verwachting hoger uitvallen.

Jaar	Aantal operaties DIS (x 1.000)	Aantal operaties declaraties (x 1.000)
2012	2.951,2	
2013	2.908,5	
2014	2.852,6	
2015	2.551,7	2.974,2
2016	2.595,0	2.982,6
2017	2.604,4	2.971,3
2018	2.564,9	2.984,4
2019	2.358,0	3.041,6

Vraag 319
Hoeveel zorgmedewerkers waren er in 2010, respectievelijk op niveau 1 tot en met 7? En in 2019?

Antwoord:
Eind 2010 waren er 1.164.000 werknemers in zorg en welzijn, eind 2019 waren dat er 1.250.000 (seizoensgecorrigeerde cijfers; bron: CBS, AZW Statline). Dit betreft alle werknemers, dus zorgpersoneel en onder-

steunend personeel, maar is exclusief het personeel niet in loondienst (o.a. uitzendkrachten en zzp'ers). Er zijn geen cijfers naar opleidingsniveau beschikbaar.

Vraag 320
Hoeveel ligdagen waren er in 2010 en in 2019 in onze ziekenhuizen?

Antwoord:
Het gemiddelde aantal ligdagen in de ziekenhuizen (opnameduur per patiënt) was in 2010 5,6 en in 2018 5,2. (bron: Staat van Volksgezondheid en Zorg).

Vraag 321
Hoeveel spoedeisende hulpposten waren er in 2010 en in 2019?

Antwoord:
Het aantal spoedeisende hulpposten met 24/7-uurs openstelling was 91 in 2015 en 80 in maart 2020. Er zijn geen cijfers bekend van voor 2015.
Het aantal SEH's (incl dag/avond) was 99 in 2011 en 83 in maart 2020.

De criteria voor SEH zijn terug te vinden in de rapportage «Bereikbaarheidsanalyse SEH en acute verloskunde»:
https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/06/26/bereikbaarheidsanalyse-sehs-en-acute-verloskunde-2020-analyse-gevoelige-ziekenhuizen

Vraag 322
Hoeveel afdelingen acute verloskunde waren er in 2010 en in 2019?

Antwoord:
Aantal locaties Acute verloskunde was 84 in 2015 en 74 in maart 2020.

De criteria voor acute verloskunde zijn terug te vinden in de rapportage «Bereikbaarheidsanalyse SEH en acute verloskunde»
https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/06/26/bereikbaarheidsanalyse-sehs-en-acute-verloskunde-2020-analyse-gevoelige-ziekenhuizen

Voor eerdere jaren dan 2015 is door RIVM niet expliciet gevraagd naar het aanbod acute verloskunde volgens de huidige criteria. Destijds is gevraagd of de SEH van een ziekenhuis «8 poortspecialismen aanbiedt», acute verloskunde was 1 van die 8 poortspecialismen. Vanaf 2014 is de uitvraag specifieker, met uitvraag naar aanwezigheid en beschikbaarheid van professionals en team. Daarom zijn er geen vergelijkbare cijfers van voor 2015.

Vraag 323
Had Nederland op enig moment een voorraad beschermingsmiddelen in eigen beheer? Zo ja, wanneer is hiermee gestopt?

Antwoord:
Zorginstellingen zijn primair zelf verantwoordelijk voor de inkoop van hun beschermingsmiddelen en hun voorraadbeheer, nu en in het verleden. In het verleden hadden enkele ROAZ-regio's wel een beperkte regionale voorraad beschermingsmiddelen voor hun eigen regio. De rijksoverheid zelf had (behoudens wellicht defensie voor haar eigen taken) in het recente verleden tot aan de corona-uitbraak geen voorraden beschermingsmiddelen in beheer.

Vraag 324
Hoe is de salarisontwikkeling in de verschillende zorgsectoren tussen 2010 en 2019 geweest en hoe verhoudt zich dit tot de gemiddelde salarisontwikkeling in Nederland?

Antwoord:
Zoals aangegeven in de brief van 18 augustus jl. over lonen in de zorgsector[26] zijn de cao-lonen (inclusief bijzondere beloningen) in zorg en welzijn tussen 2010 en 2019 harder gegroeid dan de markt. Het gaat respectievelijk om een stijging van 16% versus een stijging van 14,5%. Ik beschik niet over registratiedata over de loonontwikkeling van alle individuele zorgsectoren.

Vraag 325
Hoeveel uren wijkverpleging en wijkziekenverzorging werden er in totaal in 2010 in ons land verzorgd? Hoeveel uren waren dat in 2019?

Antwoord:
Ik beschik niet over data uit 2010. Volgens Vektis ontvingen mensen gemiddeld 5 uur wijkverpleging per week in 2018. De variatie in uren is groot. Zo ontvangen terminale patiënten meer dan 20 uur zorg per week, terwijl de zorg voor mensen die uit het ziekenhuis komen gemiddeld 3 uur per week is. Over 2019 zijn hierover nog geen gegevens beschikbaar.

Vraag 326
Welke zaken die in 2010 nog werden vergoed uit het basispakket, werden in 2019 niet meer vergoed?

Antwoord:
Zie hieronder het schematische antwoord op deze vraag. Voor een totaaloverzicht van alle uitbreidingen en beperkingen vanaf 2007: zie vraag 211.

Tabel: Overzicht politiek besloten beperkingen basispakket 2011–2020

Jaar	Beperking
2011	– antidepressiva – jeugd tandzorg boven 18 jaar – extracties – anticonceptie – fysiotherapie 9 naar 12 behandelingen voor eigen rekening
2012	– fysiotherapie 12 naar 20 behandelingen voor eigen rekening – fysiotherapie, beperking chronische lijst – maagzuurremmers, met uitzondering van chronisch gebruik – stoppen met roken – dieetadvisering – eerstelijns psychologische zorg, van 8 naar 5 behandelingen – aanpassingsstoornissen
2013	– eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen – redressiehelm – beperking aantal terug te plaatsen embryo's bij ivf – vruchtbaarheidsbehandelingen voor vrouwen van 43 jaar of ouder – paracetamol/codeïne
2015	– jeugd-ggz, inclusief dyslexiezorg voor kinderen naar Jeugdwet – combinatietest voor zwangere vrouwen vanaf 36 jaar
2019	vitaminen, mineralen en paracetamol waarvoor een gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig alternatief bestaat in de vrije verkoop

[26] Tweede Kamer, 2019–2020, kamerdossier 25 295, nr. 503.

Jaar	Beperking
2020	Geen beperkingen basispakket

Vraag 327
Hoeveel thuishulpen werkten in 2010 en in 2019 in vaste dienst?

Antwoord:
In 2019 hadden 103.000 van de 128.000 werknemers in de thuiszorg een vaste arbeidsrelatie (een vaste baan met vaste uren), in 2010 waren dit er 86.000 van de 101.000 (bron: CBS, AZW StatLine). Ik beschik niet over aparte cijfers voor de thuishulpen.

Vraag 328
Hoeveel zorgmedewerkers in het verpleeghuis werkten in 2010 en in 2019 in vaste dienst?

Antwoord:
In 2019 hadden 195.000 van de 241.000 werknemers in de verpleging en verzorging een vaste arbeidsrelatie (een vaste baan met vaste uren), in 2010 waren dit er 150.000 van de 173.000 (bron: CBS, AZW StatLine). Dit zijn verpleeghuizen en verzorgingshuizen gezamenlijk.

Vraag 329
Wanneer zijn onderdelen van het vaccininstituut verkocht en wat was de reden daarvoor?

Antwoord:
Nadat was besloten het Nationaal Vaccin Instituut (NVI) te sluiten vanwege vergaande kwaliteitsproblemen en verlieslijdende activiteiten is in 2010 door de Minister van VWS besloten om de productiefaciliteiten van het NVI te verkopen en de overige taken van het NVI onder te brengen bij het RIVM. Op 1 januari 2011 is daartoe de projectdirectie Antonie van Leeuwenhoek terrein (PD ALt) opgericht en zijn de productiefaciliteiten en de dierfaciliteiten van het NVI bij PD Alt ondergebracht. De overige activiteiten van het NVI, te weten de afdeling Inkoop, Opslag en distributie; de afdeling Onderzoek en Ontwikkeling (van vaccins) en de overige activiteiten en ondersteuning zijn ondergebracht bij het RIVM.
Medio 2012 is door VWS op basis van het rapport Toekomst Taken Vaccins besloten de voormalige taken van de afdeling Onderzoek en Ontwikkeling van vaccins van het NVI te ontvlechten van het RIVM. De onafhankelijke advies- en informatietaken bleven bij het RIVM. De taken op het raakvlak met de industrie voor het ontwikkelen en verbeteren van vaccins en het bijdragen aan het op de markt brengen, werden per 1 januari 2013 in een aparte eenheid ondergebracht: Intravacc. Intravacc werd ook ondergebracht bij PD ALt met als doel dit onderdeel op termijn te verzelfstandigen/privatiseren.

In 2012 zijn de productiefaciliteiten van het oude NVI verkocht aan het Serum Instituut India (SII). In december 2016 heeft de Minister van VWS het voornemen formeel naar de Tweede Kamer gestuurd om Intravacc te privatiseren en op 1 mei 2018 heeft de Minister voor MZS het besluit naar de Eerste en Tweede Kamer gestuurd. De Eerste Kamer is na beantwoording van de schriftelijke vragen voor het zomerreces 2018 akkoord gegaan. De Tweede Kamer is uiteindelijk op 27 november 2018 akkoord gegaan na het aannemen van de motie Ploumen/Renkema.
Op 5 november 2018 heeft de Minister de oprichting van de Intravacc BV aangekondigd. De Intravacc BV is vervolgens opgericht op 1 februari 2019. Op dit moment is VWS nog eigenaar van Intravacc. Gezien de ontwikke-

lingen met covid-19 is de verkoop dit voorjaar on hold gezet. Zodra meer bekend is over het vervolg en de manier waarop de publieke belangen goed kunnen worden geborgd, wordt de Kamer daarover geïnformeerd. Naar verwachting zal dat dit najaar gebeuren.

Vraag 330
Hoeveel ambtenaren (inclusief externen) werkten in 2010 op het Ministerie van VWS? En in 2019?

Antwoord:
Eind 2010 werkten 1.070 ambtenaren (990 fte) op het kerndepartement van VWS exclusief externen. Eind 2019 waren dat 1.441 ambtenaren (1.352 fte) exclusief externen. Er wordt op het departement geen separate administratie bijgehouden van het aantal externen.

Vraag 331
Hoeveel mensen werkten in 2010 en in 2019 bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)?

Antwoord:
Op de genoemde peildata had de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) onderstaand aantal FTE in dienst. Voor 2010 gaat het om het aantal FTE bij de Inspectie voor de Gezondheidzorg (IGZ). Het gaat hierbij niet om externe medewerkers en uitzendkrachten.
31 Dec. 2010: 445 FTE
31 Dec. 2019: 779,4 FTE

Vraag 332
Hoeveel huisartsen (zowel in absolute aantallen als in fte) waren er in 2010 en in 2019?

Antwoord:
De gevraagde aantallen zijn opgenomen in het Capaciteitsplan 2021–2024 van het Capaciteitsorgaan en zijn in de onderstaande tabel weergegeven.

	2010		2019	
	aantal	fte %	aantal	fte %
Huisartsen	10.371	0,71	12.766	0,74

Vraag 333
Hoeveel intensivisten waren er in 2010 en in 2019?

Antwoord:
Deze informatie is niet beschikbaar. Het beroep van intensivist is geen geneeskundig specialisme zoals erkend door het College Geneeskundig Specialismen. De Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) die verantwoordelijk is voor de (her)registratie van geneeskundig specialisten houdt hier dan ook geen register over bij.

Vraag 334
Hoeveel IC-verpleegkundigen waren er in 2010 en in 2019

Antwoord:
De gevraagde aantallen zijn opgenomen in het Capaciteitsplan 2021–2024 van het Capaciteitsorgaan en zijn in de onderstaande tabel weergegeven.

Het Capaciteitsorgaan is gestart met het bijhouden van deze cijfers sinds 2014.

	werkzame personen		werkzame fte	
	2014	2019	2014	2019
IC-verpleegkundige	5.738	4.895	4.418	3.756

Vraag 335
Hoeveel personen in de zorg verdienen het minimumloon?

Antwoord:
Ik beschik niet over gegevens over hoeveel personen in de zorg het minimumloon verdienen. De laagste salarisschalen binnen de zorg liggen over het algemeen een stukje boven het wettelijk minimumloon. Voor informatie over de inkomensverdeling van werknemers binnen de zorg verwijs ik u naar het antwoord op vraag 784.

Vraag 336
Hoeveel personen in de zorg verdienen in de zorg méér dan drie keer modaal?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 784.

Vraag 337
Wie bepaalt welke kleinere bedragen al dan niet politiek relevant zijn?

Antwoord:
Voor de begroting van VWS hanteren wij in beginsel een ondergrens van € 2,5 miljoen. Indien er sprake is van een politiek gevoelig dossier, of niet strikt politiek gevoelig maar waar uw Kamer specifieke vragen stelt kan door VWS zelf worden besloten van die ondergrens af te wijken.

Vraag 338
Waarom worden de bedragen onder de 2.5 miljoen euro niet toegelicht?

Antwoord:
Hiermee handelt VWS conform de Rijksbegrotingsvoorschriften. Er wordt evenwel bij politiek gevoelige dossiers gekozen om ook bedragen onder de € 2,5 miljoen toe te lichten.

Vraag 339
Bent u ervan op de hoogte dat de dagbesteding in de gehandicaptenzorg nog steeds niet op de gebruikelijke manier plaatsvindt, aangezien deze belangrijke voorziening vaak niet meer (op de gebruikelijke manier) kon plaatsvinden? Hoe gaat u dit op korte term oplossen?

Antwoord:
Ja. In het wekelijkse overleg dat ik sinds de start van de corona-crisis heb met de cliëntenorganisaties, zijn signalen naar voren gekomen dat een goede invulling van de dagbesteding bij een aantal zorginstellingen achterblijft.

Van aanbieders wordt verwacht dat zij zorgen voor een goede invulling van de dagbesteding en dat daarover overleg is met de cliënt en zijn naasten. Daarbij geldt wel dat dagbesteding met inachtneming van de richtlijnen van het RIVM plaatsvindt. Indien de dagbesteding niet in

dezelfde vorm of omvang geleverd kan worden gezien de geldende maatregelen, wordt verwacht dat de aanbieder een goed alternatief aanbiedt. Ik heb het Juiste Loket gevraagd om eraan bij te dragen dat aanbieder en cliënt in overleg tot een passende oplossing komen wanneer cliënten of verwanten aangeven er met hun aanbieder niet uit te komen.

Zorgaanbieders in de Wlz die een beroep doen op de maatwerkregeling dagbesteding van de Nederlandse Zorgautoriteit, dienen over de dagbesteding in gesprek te gaan met de cliëntenraad en committeren zich aan het aan het ontwerpen van beleid om uiterlijk 1 januari 2021 te komen tot een volledige en volwaardige dagbesteding voor alle doelgroepen.

Vraag 340
Hoe kan het dat de aantallen in de grafiek van het aantal besmette cliënten binnen de verpleeghuissector afwijkt van en doorgaans hoger is dan het aantal dat per dag wordt doorgegeven? Hoe verklaart u dit verschil en welk cijfer is leidend?

Antwoord:
Het komt voor dat het aantal nieuwe besmette verpleeghuisbewoners op een bepaalde datum met terugwerkende kracht wordt aangepast op het dashboard. Hierdoor is er een verschil met het oorspronkelijk gemelde aantal op die datum. Dit verschil is dus het gevolg van een registratie-effect. Als een melding van een nieuw besmette bewoner in een verpleeghuis niet op dezelfde dag wordt geregistreerd, wordt deze niet meegeteld in het aantal positief geteste verpleeghuisbewoners op die dag. Zodra deze melding wordt geregistreerd, wordt deze wel meegeteld voor de betreffende dag en is deze zichtbaar in de grafiek van het aantal positief geteste verpleeghuisbewoners per dag.

Vraag 341
Hoeveel nam het volume van de medische specialistische zorg/ggz/huisartsenzorg qua volume toe?

Antwoord:
In de tabellen hieronder is op basis van declaratiegegevens van Vektis het verschil in volume van (voornamelijk) 2018–2019 inzichtelijk gemaakt per sector. Omdat de declaratiegegevens over 2020 voor nog geen enkele sector volledig beschikbaar zijn, kan ik hierover nog geen cijfers tonen.

MSZ
Aantal gedeclareerde dbc's in 2018 en 2019.

	2018	2019	Verschil (aantallen gedeclareerde zorgprestaties) %
aantal dbc's	21.228.521	21.531.144	1,4%

Huisartsenzorg
Dit betreft het aantal consulten bij de huisarts (in segment 1) en Consulten ANW (avond, nacht, weekend) en huisartsenpost/huisartsendienstenstructuur. Hieronder vallen consulten kort en lang, visites, telefonische en e-mail consulten bij de eigen huisarts of bij de huisartsenpost/huisartsendienstenstructuur. Niet meegenomen zijn multidisciplinaire zorg, inschrijftarieven en consulten POH.

Soort	2018	2019	Verschil (aantallen gedeclareerde zorgprestaties) %
Consulten e.d. segment 1	69.760.000		
		71.720.000	2,8%
ANW	4.270.000	4.230.000	– 1,1%
M&I Segment 1	1.640.000	1.710.000	3,9%
M&I buiten segmenten	1.170.000	1.230.000	5,2%
Totaal	76.850.000		
		78.890.000	2,6%

GGZ
Dit betreft de behandelingen in de generalistische basis-ggz en specialistische ggz, en de dagen verblijf in de langdurige ggz. Vanwege de lange doorlooptijden van de dbc's (maximaal 365 dagen) is 2019 nog niet volledig en is de ontwikkeling over de twee voorgaande jaren getoond. Voor de L-ggz wordt de zorg per maand gedeclareerd, daarom is 2019 daar wel beschikbaar.

	Aantal dbc's		
	2017	2018	Verschil (aantallen gedeclareerde zorgprestaties) %
S-GGZ	644.000	657.000	2,0%
GB-GGZ	241.000	243.000	0,8%
Totaal	885.000	900.000	1,7%

	Aantal verblijfdagen		
	2018	2019	Verschil (aantallen gedeclareerde zorgprestaties) %
L-GGZ	506.336	499.882	– 1.3%

Vraag 342
Wat is een goede verklaring voor het feit dat het organiserend- en aanpassingsvermogen van de partijen in de sector van grote waarde is gebleken?

Antwoord:
Kenmerkend voor het Nederlandse zorgstelsel is dat veel verantwoordelijkheden decentraal zijn belegd. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren, maar bijvoorbeeld ook beroepsgroepen en wetenschappelijke verenigingen, regelen relatief veel zelf en met elkaar. Deze manier van organiseren past goed bij de intrinsieke motivatie van alle betrokkenen om goede zorg te leveren en voortdurend te zoeken naar verbeteringen. Inherent aan deze manier van organiseren is dat de realisatie van grote veranderingen in de zorg, afhankelijk is van de bereidwilligheid van de betrokken partijen om samen te werken en afspraken te maken over de coördinatie van de zorg.

Dit was goed zichtbaar tijdens de uitbraak van de coronapandemie, die een gezamenlijke krachtinspanning vergde van alle zorgverleners. Daarbij was het essentieel dat zorgorganisaties hun eigen belang wisten te overstijgen, bijvoorbeeld om ervoor te zorgen dat ziekenhuizen de toevloed aan patiënten op de ic konden opvangen en dat zorgverleners in de wijk en in de verpleeghuizen onder moeilijke omstandigheden zorg kunnen blijven leveren aan de meest kwetsbare mensen. Dit is op veel

plekken goed gegaan, en soms zijn er zaken van de grond gekomen die voorheen niet mogelijk waren. Een goed voorbeeld is de versterking van de regionale overleggen acute zorg. Partijen hebben in ROAZ verband intensief samengewerkt om patiënten waar nodig naar andere ziekenhuizen te verplaatsen, de ic-capaciteit te vergroten en een betere samenwerking met de langdurige zorg te realiseren. Daarbij is de uitbreiding van de ROAZ met partijen uit de langdurige zorg van groot belang gebleken. De lessen uit de coronacrisis hebben daarbij een bredere relevantie.

Vraag 343
In de memorie van toelichting staat: «Digitaal ondersteunde zorg en e-health toepassingen werden omarmd en zijn op grote schaal ingevoerd voor reguliere vormen van zorg». Kunt u uiteenzetten welke vormen van digitaal ondersteunde zorg en e-health toepassingen veelvuldig zijn ingezet tijdens de coronacrisis?

Antwoord:
In de voortgangsrapportage innovatie en zorgvernieuwing over de ontwikkelingen in de digitale zorg[27] die ik u, samen met mijn collega-bewindslieden op 28 september jl. toestuurde, wordt in het onderdeel De coronacrisis: digitale zorg neemt een vlucht een overzicht geboden van de ontwikkelingen per sector.

Een toepassing die in corona-tijd veelvuldig in een aantal deelsectoren is ingezet om de continuïteit van zorg en ondersteuning te waarborgen is beeldschermzorg of beeldbellen. Daarnaast is uiteraard ook overgeschakeld op de oudste vorm van digitaal ondersteunde zorg, het telefonisch contact. Deze toepassingen konden relatief snel worden ingezet omdat het (werk)proces of zorgpad er niet wezenlijk voor aangepast hoefde te worden. Het fysieke contact werd in veel gevallen vervangen door een audio en/of beeldcontact.

Toepassingen die meer verandering van processen en zorgpaden vereisten, werden versneld ingezet en opgeschaald door zorgaanbieders die daar al enige tijd op hadden ingezet. Zo kreeg inzet van telebegeleiding/-monitoring voor chronische aandoeningen bij zorgaanbieders die deze zorg al geïntegreerd hadden in het zorgproces een flinke impuls. Tegelijk werd deze vorm van digitaal ondersteunde zorg bij andere instellingen niet opgepakt of stagneerde de implementatie in corona-tijd juist omdat de benodigde herinrichting van processen en zorgpaden niet tijdens de crisis was te realiseren.

Via de SET COVID-noodregelingen kreeg de inzet van digitaal ondersteunde zorg gericht op kwetsbare mensen thuis een extra impuls. Ook hier werd veel (in meer dan 50% van de initiatieven) ingezet op beeldschermzorg, met name via tablets.
Daarnaast ook op telemonitoring en ondersteuning van medicatie-aanreiking, digitale sleutelkluisjes, alarmering, zelfmanagement en generieke ondersteuning van communicatie.
In de verpleeghuiszorg werd beeldbellen ook vaak ingezet, bijvoorbeeld voor samenwerking, instructie of bemoediging.
In de gehandicaptenzorg werd beeldbellen ook ingezet voor digitale dagbesteding. Ook waren er vormen van digitaal ondersteunde zorg gericht op informatie-uitwisseling en communicatie van zorgprofessionals onderling die een forse impuls kregen. Daarbij kan gedacht worden aan oplossingen om snel en veilig in grote groepen informatie te delen via

[27] https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/09/28/kamerbrief-voortgang-innovatie-en-zorgvernieuwing

berichtensystemen, portalen voor uitwisseling van medische gegevens bij patiënten spreiding en capaciteitsinformatie (www.ziekenhuisbedchecker.nl) en de Corona-optin voor bredere beschikbaarheid van gegevens van de huisarts voor de triage en behandeling van Covid verdachte patiënten.
Een groep toepassingen die minder aandacht hebben gekregen, maar zeker het noemen waard zijn, betreffen de toepassingen die het mogelijk maakten voor zorgprofessionals om thuis of op afstand te kunnen werken als de mogelijkheden hiertoe binnen de instellingen beperkt waren of het om andere redenen de voorkeur had om thuis of op afstand te werken. Het is, in verband met corona en het arbeidsmarktvraagstuk in de zorg, van groot belang om in overleg tussen patiënt (en familie) en professional te komen tot een optimale mix van digitale en fysieke zorg (blended of hybride care). De acties die daarop genomen worden zijn beschreven in voorgenoemde voortgangsrapportage.

Vraag 344
Wat is de status van de CoronaMelder? Welke ingangsdatum van de landelijke uitrol is voorzien?

Antwoord:
CoronaMelder is op zaterdag 10 oktober landelijk geïntroduceerd.

Vraag 345
Welke omvang van het percentage werkenden in de zorg ziet u als realistisch en wat is uw doel ter zake, aangezien u het feit dat een op de vier mensen in 2040 in de zorg moet werken niet realistisch acht?

Antwoord:
Het scenario (overigens geen feit) dat in 2040 1 op de 4 mensen in de zorg zou moeten werken acht ik inderdaad niet realistisch voor de zorg. Nu werkt circa 1 op de 7 mensen in de zorg en we zien dat het ook nu moeilijk is om voldoende medewerkers te vinden. De ambitie van het kabinet met het Actieprogramma Werken in de Zorg is daarom om te zorgen voor voldoende medewerkers die toegerust zijn voor en tevreden zijn met het belangrijke werk dat ze doen. Daarvoor is naast meer zorgmedewerkers ook anders werken cruciaal.

Vraag 346
Kunt uit aangeven hoe het toekomstperspectief van het initiatief «Extra handen voor de zorg» eruit ziet?

Antwoord:
Het initiatief Extra Handen voor de Zorg koppelt mensen die bereid zijn om – naast of vanuit hun reguliere baan – in te springen bij organisaties waar de nood als gevolg van de COVID-19 crisis hoog is. Het is niet bedoeld als dé oplossing voor het personeelstekort. Er was immers al een tekort aan verzorgenden en verpleegkundigen voor de crisis. Daarom kijken we nog creatiever naar hoe we organisaties in deze moeilijke tijden kunnen ondersteunen. Dat doen we door – naast de individuele inzet zoals we die in de eerste golf hadden – in Extra Handen voor de Zorg nu ook teams te formeren van mensen zonder zorgachtergrond. Voorafgaand aan de inzet in een organisatie doorlopen deze mensen gezamenlijk een opleidingstraject tot crisishulp in de Nationale Zorgklas. Die teams willen we laten begeleiden door meer ervaren krachten (bij voorkeur verpleegkundigen of verzorgenden) zodat we deze mensen de benodigde begeleiding kunnen bieden en organisaties op die manier kunnen ontzien. Om snel op te kunnen schalen hebben we eerder afspraken gemaakt met de KLM en het Rode Kruis. Nu zijn we in gesprek met Vebego (Verenigde Bedrijven Goedmakers) om snel mensen te kunnen leveren. De ambitie is

om op korte termijn 50–100 teams te kunnen formeren, opleiden en waar nodig snel in te kunnen zetten bij organisaties waar de nood hoog is. De mensen die worden opgeleid tot crisishulp via de Nationale Zorgklas kunnen ADL-taken verrichten op niveau 2. Ambitie voor de toekomst is om het aanbod van de Nationale Zorgklas uit te breiden naar modulaire scholing op niveau 3. De combinatie van Extra Handen voor de Zorg en de Nationale Zorgklas heeft daarmee ook potentie om betere zij-instroommogelijkheden te bieden voor mensen die werken in delen van de economie waar het minder gaat.

Vraag 347
Voor het aantrekkelijker maken van werken in de zorg wordt structureel 130 miljoen euro uitgetrokken. Is dit bovenop al bestaande middelen die worden besteed aan bijvoorbeeld het programma Werken in de zorg? Zo ja, welke aanvullende acties worden genomen met de extra 130 miljoen euro?

Antwoord:
Het is belangrijk dat zorgprofessionals graag gaan en blijven werken in de sector zorg en welzijn. Dat vraagt om een brede en continue aanpak. Het kabinet heeft daarom besloten het actieprogramma te continueren en voor de komende periode aanvullende middelen beschikbaar te stellen om een aantal grote en impactvolle instrumenten te kunnen voortzetten en uitbreiden. Voor 2021 gaat het om 20 miljoen euro extra, bovenop de middelen die al in de begroting voor 2021 waren gereserveerd voor het actieprogramma Werken in de Zorg (SectorplanPlus: € 420 miljoen voor de gehele looptijd 2017–2021, Sterk in je Werk: € 15 miljoen voor 2019–2021 en de campagne IkZorg € 8 miljoen voor 2018–2020). Om de activiteiten ook na 2021 te kunnen continueren en intensiveren stelt het kabinet in 2022 80 miljoen euro beschikbaar en vanaf 2023 130 miljoen euro structureel. De focus van deze intensivering ligt op meer mogelijkheden voor loopbaanontwikkeling, meer ruimte en tijd, en meer zeggenschap voor zorgprofessionals.

Vraag 348
Is onderzoek gedaan naar de waarde van de inzet van technologie in de ogen van zorgmedewerkers? Zo ja, wat zijn de ervaringen?

Antwoord:
Ten tijde van de eerste golf van de coronapandemie hebben wij het NIVEL gevraagd om de ervaringen onder huisartsen te meten. Daaruit bleek dat in maart/april driekwart van de huisartsen meer gebruik is gaan maken van digitale zorg; met name het gebruik van beeldbellen nam sterk toe (72%). Het gebruik van digitale middelen is in de zomer verder gestegen. 98% van de huisartsen gebruikt nu digitale toepassingen, waarvan 84% e-consult. Huisartsen zien mogelijkheden, maar ze ervaren ook een toename van administratieve last. Dit wordt vermoedelijk veroorzaakt omdat de randvoorwaarden voor goede inzet van digitale zorg niet op orde zijn (ICT, digitale vaardigheden, aanpassen van zorgproces aan digitale inzet van zorg). Dat is begrijpelijk omdat veel digitale zorg onder stoom en kokend water werd ingezet.
Uit het Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS)-advies, Zorg op afstand dichterbij, komt ook een divers beeld naar voren. Zo had digitale zorg ten tijde van corona een positief effect op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg, zeker waar andere opties wegvielen. De RVS hoorde ook positieve geluiden van zorgverleners, zoals de laagdrempelige manier van zorg verlenen die beeldbellen biedt aan jeugdhulpverleners of medewerkers in de ggz. Via beeldbellen kan toch even binnen gekeken worden bij gezinnen of personen die anders moeilijk te bereiken zijn – al zie je natuurlijk lang niet alles. Tegelijkertijd komt ook duidelijk een aantal

knelpunten naar voren. Zo wordt beeldbellen door met name zorgverleners in de ggz ook als beperkend ervaren voor de kwaliteit van zorg. Zij ervaren hoe alleen contact via beeldbellen op gespannen voet kan staan met het opbouwen van een therapeutische relatie tussen cliënt en zorgverlener, zeker bij nieuwe cliënten, bij kwetsbare patiënten of bij complexe hulpvragen.

Dit onderzoek toont aan dat de inzet van digitale zorg maatwerk is, het kan meerwaarde hebben, maar is lang niet altijd en overal geschikt. Een hybride aanpak, een mix van fysieke en digitale zorg, is nodig. Ook is het van belang dat zorgverleners investeren in goede randvoorwaarden. Dit ondersteunt VWS onder meer met de verschillende VIPP-regelingen, aandacht voor digitale vaardigheden en implementatie-coaching.

Vraag 349
Waarom is het indienen bij de Kamer van de kaderwet Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg vertraagd?

Antwoord:
Het wetsvoorstel gegevensuitwisseling is op 10 maart jl. in internetconsultatie gegaan waaraan de minimale reactietermijn van 4 weken was gekoppeld (einddatum 7 april 2020). Deze korte reactietermijn was nodig om het wetsvoorstel nog dit jaar aan de Kamer te kunnen sturen. Vanwege de druk op de zorgpartijen i.v.m. Corona is besloten de reactietermijn te verlengen tot 10 juni 2020. Consequentie hiervan is dat het wetsvoorstel naar verwachting in het eerste kwartaal van 2021 naar de Kamer gestuurd kan worden.

Vraag 350
Wanneer wordt de uiteindelijke contourennota naar de Kamer gestuurd?

Antwoord:
De contourennota wordt in het eerste kwartaal van 2021 aangeboden aan de Tweede Kamer.

Vraag 351
Welke lessen zijn geleerd op het gebied van preventie naar aanleiding van de COVID-19 crisis?

Antwoord:
In zijn algemeenheid kunnen we constateren dat preventie (hygiëne, gezonde leefstijl) een belangrijk instrument is in de strijd tegen COVID-19. In mijn brief van 1 september 2020 ben ik uitvoerig ingegaan op de lessons learned ten gevolge van de COVID-19 crisis (Kamerstukken 25 295, nr. 508).

Vraag 352
Welke extra (financiële) inzet is gepleegd op het gebied van preventie ten gevolge van de COVID-19 crisis? In hoeverre is deze financiële inzet structureel?

Antwoord:
Hieronder vindt u een overzicht van de extra financiële inzet die is gepleegd op het gebied van preventie ten gevolge van de COVID-19 crisis. Door het Ministerie van Financiën zijn vooralsnog middelen tot en met 2021 beschikbaar gesteld.

Onderwerp	2020	2021
Door ZonMw – in nauw overleg met RIVM – geprioriteerde onderzoeksvoorstellen gericht op voorkomen van verdere verspreiding van het coronavirus en op bespoedigen van herstel van de Nederlandse bevolking.	23,0	0,0
Extra kosten bij het RIVM en de GGD voor het uitvoeren van tests, contactonderzoek en voor een track en trace systeem.	12,7	0,0
Vaccinontwikkeling	400,0	300,0
Uitbreiding testcapaciteit COVID-19	264,0	0,0
Vergoeding meerkosten GGD'en	370,0	350,0
Vergoeding meerkosten Veiligheidsregio's	15,4	9,2
Vergoeding meerkosten JGZ-instellingen niet vallend onder een GGD	4,5	4,5
Aanschaf BCG-vaccin	4,5	0,0
Gedragsgericht onderzoek door RIVM		
Nader onderzoek te doen naar toepassing van het BCG-vaccin bij kwetsbare ouderen en de veiligheid van deze toediening.	0,0	3,0
Met de ervaringen voor de Q-koortspatiënt als basis zal Q-support een Corona-support inrichten.	2,4	3,8
De GGD GHOR maakt meerkosten voor onder andere het opzetten van een app, een nieuw digitaal registratiesysteem voor de testen, klantencontactcentrum en bron- en contactonderzoek	162,3	100,0
Programma Coronadata doelstelling is om met behulp van data sneller op lokale en nationale uitbraken te reageren	8,8	8,8
Ondersteuning van de lokale aanpak en bestrijding van brandhaarden en de ontwikkeling van innovatieve behandelingen	0,0	73,5
Rioolonderzoek waarmee voortijdig een lokale brandhaard kan worden ontdekt	15,0	21,0

Vraag 353
Kunt u aangeven met welke acties het stelsel van infectieziektebestrijding wordt verstevigd, aangezien de coronacrisis heeft laten zien hoe belangrijk het is om ons waar mogelijk te beschermen tegen gezondheidsbedreigingen zoals infecties?

Antwoord:
Ten aanzien van de aanpak van corona en de versteviging van het stelsel van infectieziektebestrijding heeft het kabinet nog geen conclusies getrokken. In verschillende brieven (onder andere van 7 mei en 15 juni 2020) heb ik u geïnformeerd dat de Onderzoeksraad voor Veiligheid is verzocht een evaluatie uit te voeren. In mijn brief van 15 juni 2020 (Kenmerk 1705068–206915-PG) heb ik aangegeven dat het kabinet nu nog geen conclusies wil trekken op het gebied van het algemeen functioneren van het zorgstelsel. Die nemen we mee met de al eerder aangekondigde discussienota over de contourennota. Mede op basis van de ervaringen met COVID-19 zal het kabinet in overleg gaan met onder andere veiligheidsregio's, gemeenten, het RIVM en GGD'en over de toekomstige organisatie van de infectieziektebestrijding. Te zijner tijd zal ik uw Kamer hierover informeren.

Vraag 354
Kunt u aangeven met welke acties het stelsel van infectieziektebestrijding op de lange termijn wordt verstevigd, aangezien de coronacrisis heeft laten zien hoe belangrijk het is om ons waar mogelijk te beschermen tegen gezondheidsbedreigingen zoals infecties?

Antwoord:
Ten aanzien van de aanpak van corona en de versteviging van het stelsel van infectieziektebestrijding op langere termijn, wil ik u laten weten dat het kabinet daar nog geen conclusies over getrokken heeft. Zie verder mijn antwoord op vraag 353.

Vraag 355
Kunt u aangeven welke groepen in aanmerking komen voor het inhaalprogramma Humaan papillomavirus (HPV)-vaccinatie, aangezien op de pagina's 9 en 43 over verschillende leeftijdscategorieën voor de HPV-vaccinatie wordt gesproken?

Antwoord:
Zoals gedeeld met uw Kamer op 26 september 2019 zal ik jongeren van 18 tot en met 26 jaar de mogelijkheid bieden zich alsnog te laten vaccineren tegen HPV. Conform het advies van de Gezondheidsraad van 19 juni 2019 komen jongens en mannen die tot nog toe geen eerdere mogelijkheid hebben aangeboden gekregen en meisjes en vrouwen die eerder afzagen van de HPV-vaccinatie in aanmerking voor dit aanvullende vaccinatieprogramma.

Vraag 356
Kunt u aangeven waarom mensen zich niet veilig genoeg voelen om in de buurt te gaan hardlopen, met daarbij graag een aantal concrete voorbeelden, aangezien lang niet iedereen zich veilig voelt om te hardlopen?

Antwoord:
Er zijn verschillende redenen waarom mensen zich onveilig kunnen voelen. De Veiligheidsmonitor 2019 (een samenwerking tussen het CBS en het Ministerie van Justitie en Veiligheid) geeft aan dat onveiligheidsgevoelens in de eigen woonplaats het hoogst is op plekken waar jongeren rondhangen of rondom uitgaansgelegenheden. In 2019 voelde 14 procent zich weleens onveilig in de eigen buurt. Dat is lager dan in 2017 (16 procent) en 2012 (18 procent). Ruim 1 procent voelde zich in 2019 vaak onveilig in de eigen buurt. Dit is vergelijkbaar met 2017, maar iets lager dan in 2012.

Vraag 357
Wat zijn de meest actuele cijfers betreffende de sociaaleconomische gezondheidsverschillen? Hoe worden de ontwikkelingen hierop geduid? Is een verschil van 30% lager in 2040 haalbaar?

Antwoord:
Mensen met een hoog opleidingsniveau leven gemiddeld 6 jaar langer, en bijna 15 jaar langer in goed ervaren gezondheid dan mensen met een laag opleidingsniveau[28, 29].

Ondanks dat alle Nederlanders de afgelopen decennia gemiddeld gezonder zijn geworden, zijn deze verschillen ongeveer gelijk gebleven. Het is echter goed mogelijk dat de verschillen zouden zijn toegenomen als er geen beleid op het verkleinen van de verschillen was gericht. Gezondheidsverschillen zijn een complex probleem waar erg veel factoren op van invloed zijn. Het gebrek aan verandering hierin is dan ook niet eenvoudig te duiden. We constateren dat ondanks dat er gezondheidsbeleid op mensen met een lage SES gericht wordt, mensen met een hoge SES sneller gezonder worden. Er stoppen de afgelopen jaren bijvoorbeeld veel mensen met roken, maar er stoppen meer hoogopgeleide mensen met roken dan laagopgeleide mensen.

De ambitie om de gezondheidsverschillen met 30% te doen afnemen in 2040 is geformuleerd in het Missiegedreven Topsectoren- en Innovatiebeleid. Of deze ambitie haalbaar is zal moeten blijken. De reden dat er

[28] https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/levensverwachting
[29] https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/levensverwachting-goed-ervaren-gezondheid

voor een ambitieus streefcijfer gekozen is, is dat dit het bedrijfsleven en de overheid moet stimuleren om alles op alles te zetten in het werken aan dit probleem.

Vraag 358
Hoeveel mensen hebben tot op heden deelgenomen aan een gecombineerde leefstijlinterventie?

Antwoord:
Op 30 april 2020 waren er 7072 deelnemers aan de GLI. De verwachting is dat het aantal deelnemers dit jaar zal blijven stijgen. Het RIVM monitort het aantal deelnemers van de GLI en rapporteert hierover. De laatste gepubliceerde factsheet hierover geeft de cijfers tot en met 30 april weer. Begin november 2020 staat een nieuwe update gepland en zullen de meest actuele cijfers worden gepubliceerd.

Vraag 359
Hoe haalbaar wordt de maximale volumegroei in de verschillende hoofdlijnenakkoorden geschat in het kader van de COVID-19 crisis?

Antwoord:
De uitgaven in 2020 zijn vanwege COVID-19 lastig te vergelijken met andere jaren en de afgesproken kaders in de HLA's. In alle HLA-sectoren zijn compensatieregelingen getroffen voor zowel extra kosten vanwege COVID-19 als voor gederfde inkomsten vanwege COVID-19. Voor deze beiden zijn prestaties vastgesteld die niet relevant zijn voor de mbi-kaders in deze sectoren. Wat het effect van COVID-19 is op de uitgaven in 2021 en 2022 in de HLA-sectoren is lastig in te schatten. De afspraken in de hoofdlijnenakkoorden en daarbij behorende financiële groeiruimte blijven wel het uitgangspunt.

Vraag 360
Kunt u aangeven wat de stand van zaken is per hoofdlijnenakkoord en of de beoogde effecten zijn gerealiseerd?

Antwoord:
Op 29 juni jongstleden heb ik u een brief gestuurd met daarin de stand van zaken per hoofdlijnenakkoord (Kamerstuk 31 765, nr. 510). Ik wil u graag naar deze brief verwijzen voor het antwoord. In deze brief geef ik ook aan dat ik met partijen bezie wat de betekenis is van de COVID-19 crisis voor de akkoorden. Zodra ik hier meer duidelijkheid over heb, zal ik uw Kamer nader informeren.

Vraag 361
Heeft u kennisgenomen van de recente rapporten waaruit blijkt dat Nederland op het gebied van het voorkomen en genezen van kanker helemaal niet zo goed scoort? Geven deze cijfers aanleiding om met het veld in gesprek te gaan over een Nationaal kankerplan? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:
Het klopt dat in Nederland relatief meer mensen aan kanker sterven vergeleken met andere landen. Met name aan longkanker sterven in Nederland relatief veel mensen, en relatief veel vrouwen in het bijzonder. In het landenprofiel gezondheid dat de Europese Commissie, OECD en de European Obervatory on Health Systems and Policies elke twee jaar uitbrengt, wordt dit toegeschreven aan het hoge tabaksgebruik onder

vrouwen in eerdere generaties[30]. In ditzelfde rapport wordt de vijfjaars-overleving voor prostaat-, long-, borst- en darmkanker vergeleken, een belangrijke maat voor kwaliteit van preventieve en curatieve zorg. Deze is in Nederland de afgelopen tien jaar sterk verbeterd en inmiddels hoger dan gemiddeld in de EU.

Alhoewel er altijd ruimte voor verbetering is, lijkt de hoge kankersterfte dus meer een reflectie van gezondheidsgedrag in het verleden dan van de kwaliteit van preventieve en curatieve zorg. Ook geldt dat de longkanker incidentie bij mannen al tientallen jaren daalt. Bij vrouwen is lange tijd een toename zichtbaar geweest en we verwachten dat de incidentie zal gaan afvlakken en uiteindelijk ook gaat dalen[31]. Ik zie in deze cijfers dan ook geen aanleiding om met het veld in gesprek te gaan over een Nationaal kankerplan.

VWS verricht veel inspanningen op het gebied van de oncologie. Ik noem als voorbeelden: de bevolkingsonderzoeken naar kanker, de erkenning van expertisecentra zeldzame (oncologische) aandoeningen, de VWS-subsidie aan het Integraal Kankercentrum Nederland en de VWS-subsidie aan een van de programma's van het Citrienfonds «naar regionale oncologienet-werken».
Ik vind het belangrijk om deze zaken te kunnen voortzetten[32].

Bovendien zet het Kabinet met het Nationaal Preventieakkoord, samen met 70 maatschappelijke organisaties, al hard in op het terugdringen van roken, problematisch alcoholgebruik en overgewicht. Een deel van de kankerincidentie wordt veroorzaakt door deze leefstijlfactoren. Met het Nationaal Preventieakkoord worden meer dan 200 acties en maatregelen uitgevoerd. Om het roken terug te dringen is o.a. de accijns op tabaksproducten verhoogd, gaan tabaksproducten uit het zicht, worden verpakkingen onaantrekkelijk gemaakt en is het eigen risico bij ondersteuning bij stoppen met roken geschrapt. Deze maatregelen zijn effectief om het roken tegen te gaan en uiteindelijk de kankerincidentie te laten dalen.

Alles overwegende zie ik op dit moment geen meerwaarde van een Nationaal kankerplan.

Vraag 362
Welke instrumenten worden (succesvol) ingezet om de beschikbaarheid en/of leveringszekerheid van geneesmiddelen te garanderen?

Antwoord:
Zoals beschreven in de kamerbrief d.d. 7 juli 2020 is Europese samenwerking belangrijk om de complexe oorzaken van geneesmiddelentekorten te adresseren. [1]
Zo wordt er door de Europese Commissie – mede op aandringen van Nederland – onderzoek gedaan naar de afhankelijkheden van Europa en de oorzaken van (toenemende) geneesmiddelentekorten. Daarnaast zet Nederland zich Europees in voor een stevige farmaceutische strategie die gepland staat voor eind dit jaar. Nationaal werken we zoveel mogelijk aan het adresseren van de gevolgen geneesmiddelentekorten, onder andere door de werkzaamheden van het in 2017 opgerichte Meldpunt Geneesmiddelentekorten en -defecten, de samenwerking in de Werkgroep Geneesmiddelentekorten en de operationalisering van de ijzeren voorraad.
BRON 1=Kamerstuk 29 477, nr. 660

---

[30] State of Health in the EU, Nederland Landenprofiel gezondheid 2019.
[31] Zie ook: Brief TK vergaderjaar 2019–2020, 32 793, nr. 489.
[32] Zie ook: Brief TK vergaderjaar 2019–2020, 32 793, nr. 489.

Gedurende de Covid-19 crisis zijn aanvullende maatregelen ingezet, waaronder de oprichting van het Coronaberaad, de werkzaamheden van het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) en de vrijwillige, tijdelijke monitoring van een risicogerichte lijst met additionele geneesmiddelen.

BRON = Kamerstuk 25 295, nr. 179; Kamerstuk 25 295, nr. 200; Kamerstuk 25 295, nr. 219; Kamerstuk 25 295, nr. 249; Kamerstuk 25 295, nr. 277 en Kamerstuk 25 295, nr. 315.

Vraag 363
Wanneer kunnen we de volgende voortgangsrapportage van Werken in de zorg verwachten?

Antwoord:
De volgende voortgangsrapportage van het actieprogramma Werken in de Zorg ontvangt uw Kamer dit najaar, naar verwachting begin november.

Vraag 364
Welke oorzaken wijst u aan en welke aanvullende maatregelen gaat u nemen om het ziekteverzuim in de zorg terug te dringen, aangezien dit in 2019 is gestegen ten opzichte van 2017?

Antwoord:
Volgens cijfers van CBS AZW Statline lag het ziekteverzuimpercentage in de sector zorg en welzijn breed in 2017 op gemiddeld 5,3% en in 2019 op gemiddeld 5,7%. Uit deze cijfers is echter niet af te leiden met welke klachten zorgverleners verzuimen, waardoor het lastig is om specifieke oorzaken aan te wijzen voor de stijging. De Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA), een onderzoek onder werknemers dat het CBS samen met TNO uitvoert, heeft hier wel gegevens over. Hieruit valt op dat de werknemers in de sector zorg en welzijn in 2019 vaker psychische klachten, overspannenheid of burn-out noemden als klachten waar de laatste keer mee verzuimd is: 7,7% in 2019 tegen 5,7% in 2017. Het aandeel werknemers dat aangeeft dat de verzuimklachten het gevolg zijn van het werk is in deze periode echter stabiel gebleven: ongeveer 27% geeft aan dat dit geheel of gedeeltelijk het geval is, 68% geeft aan dat de klachten niet het gevolg zijn van het werk.

Om het ziekteverzuim terug te dringen is het in eerste instantie aan de werkgever om ervoor te zorgen dat zijn medewerkers in zo gezond en veilig mogelijke omstandigheden hun werk kunnen doen. VWS ondersteunt hierbij met het actieprogramma Werken in de zorg, waarvoor de komende jaren aanvullende middelen beschikbaar worden gesteld om factoren aan te pakken die van invloed zijn op ziekteverzuim zoals werkdruk, regeldruk en meer regie en zeggenschap[33]. Ook delen we goede voorbeelden via het Actie Leer Netwerk en ondersteunen we het platform Gezond & Zeker van de regionale werkgeversorganisaties. De focus ligt de komende periode vol op duurzame inzetbaarheid en de aanpak van psychosociale arbeidsbelasting. Via een website (blijfinzetbaar.nl) worden praktische handvatten gegeven aan werkgevers en zorgverleners hoe hiermee aan de slag te gaan.

Vraag 365
Op welke manier blijkt dat Nederland koploper is op het gebied van antibioticaresistentie?

[33] Tweede Kamer 2020–2021, Kamerstuk 29 282, nr. 411

Antwoord:
Wereldwijd neemt het aantal bacteriën dat resistent is tegen antibiotica zorgwekkend toe. Nederland heeft een relatief gunstige uitgangspositie. Het antibioticagebruik in Nederland is het laagste in de EU. De resistentieniveaus in Nederland zijn vergelijkbaar met die in de Scandinavische landen en behoren tot de laagste van de EU. Dit blijkt onder andere uit studies van het European Centre for Disease Control (ECDC) naar het gebruik van antibiotica en het vóórkomen van resistentie in de verschillende EU-lidstaten.

Vraag 366
Kunt u toelichten welke financiële middelen in 2021 extra beschikbaar zijn voor de digitale component om de genoemde opstartfase van zinnige zorg in te ruilen voor een duurzame transformatie in de praktijk?

Antwoord:
De vraag verwijst naar de paragraaf over de Juiste Zorg op de Juiste Plek in de beleidsagenda en heeft dan ook met name betrekking op deze beweging. In de brief «De Juiste Zorg op de Juiste Plek» doen we samen (Kamerstukken 29 689, nr. 1070) is de voortgang van de beweging toegelicht. In de brief wordt – net als in de beleidsagenda – geschetst waar de beweging staat en op welke aspecten de komende periode moet worden gefocust. De beweging komt langzaam in een nieuw stadium waarin de focus meer moet komen te liggen op de transformatie in de praktijk, implementatie en organiseerbaarheid. Regionale en domeinoverstijgende samenwerking, de inzet van innovatie en ehealth en preventie zijn daarbij de prioritaire aandachtsgebieden om de gewenste stap te kunnen. Ook de inzet op gepast gebruik kan nadrukkelijk helpen bij het realiseren van de Juiste Zorg op de Juiste Plek.

Er wordt met deze passage geen expliciete relatie tussen zinnige zorg en de inzet van innovatie en digitale zorg gelegd. Eerder zijn zij dus onderdeel van de samenhangende aanpak die de transformatie naar Juiste Zorg op de Juiste Plek helpt mogelijk maken. Er zijn dus ook geen specifieke middelen vrij gemaakt om digitale zorg onderdeel te laten zijn van de volgende stappen in de context van gepast gebruik.

Wel zijn er onder andere extra middelen vrij gemaakt voor de subsidieregeling inzake de Juiste Zorg op de Juiste Plek door ZonMW. Naast preventie en het opschalen en regionaal implementeren van succesvolle landelijke initiatieven worden deze middelen ook aangewend om relevante initiatieven op het terrein van ehealth en digitalisering te helpen bij bestendiging en opschaling. Het totale beschikbare budget voor de regeling wordt daarmee met € 7,8 miljoen opgehoogd tot € 16,8 miljoen. In het najaar van 2020 zult u nader worden geïnformeerd over de voortgang van deze regeling.

Vraag 367
De nulmeting is, net als in de vorige begroting, nog steeds niet bekend, waarom is deze een jaar later nog niet ingevuld, aangezien het doel is dat in 2030 zorg 50% meer (of vaker) in de eigen leefomgeving (in plaats van in zorginstellingen) wordt georganiseerd, samen met het netwerk dat mensen hebben?

Antwoord:
Dit betreft één van de missies voor de maatschappelijke uitdaging gezondheid en zorg, zoals vastgesteld door het kabinet voor de topsector Life Sciences and Health. Deze missies geven richting aan de activiteiten van de Topsectoren in de komende jaren.

Hoewel de missies oorspronkelijk bedoeld zijn voor het Topsectorenbeleid, hebben ze betekenis voor het beleid van VWS in de volle breedte. Het verplaatsen van zorg naar de eigen leefomgeving komt bijvoorbeeld nadrukkelijk terug in het programma de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Inzicht in de voortgang van de beweging naar de Juiste Zorg op de Juiste Plek wordt verkregen door de gelijknamige evaluatie die wordt uitgevoerd door het RIVM. Een nulmeting is daarbij niet aan de orde, omdat het een beweging betreft die al langere tijd gaande is in het zorgveld.

Vraag 368
Op welke afspraken uit de hoofdlijnakkoorden verwacht u een effect door de coronacrisis? Kan u deze verwachting inhoudelijk (niet financieel) toelichten?

Antwoord:
Door COVID-19 is 2020 een uitzonderlijk jaar geworden, en we weten nog niet hoe 2021 gaat lopen.
Doordat veel zorg plotseling veel meer op afstand moest plaatsvinden, is de digitalisering en het gebruik van eHealth in de zorg in een stroomversnelling gekomen. Ik verwacht dus met name bij de afspraken die betrekking hebben op ICT dat die sneller zullen gaan of een groter bereik zullen hebben.
Daarnaast krijg ik veel signalen dat partijen in de regio elkaar door de COVID-19-situatie beter hebben weten te vinden. Ik verwacht daarom dat er een positief effect is op de samenwerking in de regio. Dat is een belangrijk thema dat in alle hoofdlijnenakkoorden terugkomt.

Vraag 369
Hoeveel gemeenten in Nederland, in aantal, hebben een lokaal inclusieplan?

Antwoord:
In opdracht van de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) heeft onderzoeksbureau Movisie begin 2020 een peiling uitgevoerd onder gemeenten. De respons op die peiling was 38,5% en 60,5% van die gemeenten blijkt te werken aan een lokaal inclusieplan. Hierbij hebben deze gemeenten een plan in ontwikkeling, is het plan goedgekeurd door de gemeenteraad of is het al in uitvoering. In 2019 was 34% van de gemeenten met een lokaal inclusieplan aan de slag en in 2018 was dit 25%.

Vraag 370
Wanneer in 2021 wordt het wetsvoorstel om de organisatie van de jeugdzorg te verbeteren ingediend bij de Kamer?

Antwoord:
De planning is erop gericht het rond de jaarwisseling bij de Raad van State in te dienen. Na het advies verwachten wij het voorstel in te dienen bij uw Kamer.

Vraag 371
Hoe wordt geborgd dat bij de nadere uitwerking van het inrichten van expertisecentra ook jongeren en hun ouders en ervaringsdeskundigen worden betrokken? Het doel is dat kinderen en ouders weten waar ze terecht kunnen; hoe is dat meetbaar en wat is het gewenste doel? Ligt het op schema?

Antwoord:
In de uitgangspunten en de afspraken die met de gemeenten zijn gemaakt is opgenomen dat het perspectief van ervaringsdeskundigen meege-

nomen moet worden bij de opzet van de 8 expertisecentra. In elk expertisecentrum moet dit georganiseerd worden en dit wordt landelijk gemonitord. Wanneer regio's hier landelijke ondersteuning bij nodig hebben wordt dit mogelijk gemaakt.

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het organiseren van de ondersteuning en zorg aan kinderen en jongeren. Wanneer jongeren en ouders vastlopen in het zoeken van passende hulp, kunnen zij terecht bij het regionaal expertteam. De expertisecentra moeten de bestaande structuren versterken en de beschikbaarheid van hulp, kennis en expertise toevoegen. De expertisecentra kunnen professionals en de regionale expertteams ondersteunen wanneer het hen niet lukt een passende oplossing te vinden. In de regio's worden hierover concrete afspraken gemaakt.

Het doel van de expertisecentra is dat kinderen en jongeren met complexe en meervoudige problematiek tijdig passende hulp op de juiste plek ontvangen. Zoals aan uw Kamer gemeld wordt het eerste jaar benut voor de inrichting en opzet van de 8 expertisecentra. Het vormgeven van een kwaliteitsmonitor voor de 8 expertisecentra vormt hier onderdeel van. De ervaring en kennis van ervaringsdeskundigen, ouders en kinderen is cruciaal om te bepalen wanneer de expertisecentra het doel bereikt hebben en wat goede parameters zijn om dit te bepalen. Zij worden daarom samen met professionals betrokken bij de op te stellen kwaliteitsmonitor.

Vraag 372
Hoeveel intramurale plaatsen zijn op dit moment beschikbaar voor de ggz?

Antwoord:
Het Trimbos-instituut levert jaarlijks de Monitor Ambulantisering ggz op die inzicht geeft in de ontwikkelingen in de ggz. De laatste monitor is eind 2019 opgeleverd en baseert zich op gegevens over 2018. In 2018 waren er naar schatting 14.250 klinische plaatsen en 16.900 klinische plaatsen beschermd wonen.

Vraag 373
Welke concrete (SMART) doelen hangen er aan de doelstellingen voor preventie, opvang en begeleid wonen, aangezien het kabinet 200 miljoen euro extra beschikbaar heeft gesteld voor preventie, vernieuwing van de opvang en het wonen met begeleiding, waarbij de aanpak erop is gericht de instroom in de opvang zoveel mogelijk te beperken, de door- en uitstroom te bevorderen en gemeenten in staat te stellen voor dakloze mensen de omslag te maken van opvang naar wonen met begeleiding?

Antwoord:
Er zijn in Een (t)huis, een toekomst zeven landelijke doelstellingen geformuleerd binnen de drie thema's preventie, vernieuwing van de opvang en wonen met begeleiding. Gemeenten zetten zich in om deze doelstellingen uiterlijk 1 januari 2022 te realiseren.

Preventie
1. Alle gemeenten hebben beleid geformuleerd op het gebied van de preventie en vroegsignalering van schulden om huisuitzettingen te voorkomen.
2. Alle centrumgemeenten zetten in op preventie van dak- en thuisloosheid.
3. Alle gemeenten voorkomen dat dak- en thuisloosheid plaatsvindt na uitstroom uit een institutie.

Vernieuwing van de opvang
4. Alle centrumgemeenten realiseren succesvolle uitstroom naar een passende woonplek.
5. Alle regio's zetten in op de kwaliteit en kleinschaligheid van de maatschappelijke (nacht)opvang.

Wonen met begeleiding
6. Gemeenten pakken dak- en thuisloosheid aan op basis van het principe «wonen eerst». De gezamenlijke ambitie is om eind 2021 10.000 extra tijdelijke of permanente woonplekken te realiseren met de benodigde (ambulante) begeleiding voor (dreigend) dak- en thuisloze mensen.
7. Alle gemeenten hebben voor eind 2021 (aangescherpte) prestatieafspraken gemaakt met woningcorporaties en huurdersorganisaties, over het aantal extra te realiseren woonplekken voor (dreigend) dak- en thuisloze mensen.

Vraag 374
Wanneer is de brede visie op de ouderenzorg in 2021 klaar? Met welke partijen wordt hierover gesproken? Wat zijn de kaders?

Antwoord:
De verwachting is dat ik voor het einde van het jaar de brede visie op de ouderenzorg zal toesturen. Deze visie zal aangeven dat we gelukkig gemiddeld steeds ouder worden. Tegelijkertijd brengt dit een aantal vragen met zich met betrekking tot toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. In deze brede visie op de ouderenzorg zullen de denkbare beleidsopties worden aangegeven. Daarover ben ik in gesprek met onder andere cliëntenorganisaties, zorgaanbieders, financiers van zorg, corporaties en wetenschappers. Ook na publicatie wil ik deze gesprekken voortzetten. Ten aanzien van de kaders kan ik u melden dat de brede visie zich richt op de kansen, uitdagingen en beleidsopties omtrent de ouderenzorg tot aan 2040.

Vraag 375
Kunt u toelichten waarom gesproken wordt van «stevige inzet op ondersteuning en zorg op afstand via digitale toepassingen», terwijl er volgens de begrotingstabel voor 2021 een negatief bedrag beschikbaar is voor de Stimuleringsregeling E-Health Thuis (SET)? Kunt u daarnaast toelichten hoeveel van het budget voor de SET in 2020 is opgemaakt?

Antwoord:
Het negatieve bedrag dat in de begrotingstabel voor 2021, 2022 en 2023 is opgenomen, is het gevolg van een overheveling van deze middelen naar 2020. Dit geld is gebruikt om de tijdelijke noodregeling SET COVID-19 te financieren om zo aanbieders van ondersteuning, zorg of jeugdhulp te helpen zorg en ondersteuning op afstand te kunnen leveren ten tijde van de coronacrisis. Als gevolg hiervan is er binnen de SET-regeling in 2021 € 19,6 miljoen beschikbaar voor de opschaling en borging van zorg en ondersteuning op afstand via digitale toepassingen.

Op basis van een raming van de RVO, uitvoerder van de regeling, wordt in 2020 € 10 miljoen benut van het budget van de reguliere SET. Daarnaast is de € 23 miljoen die beschikbaar is gesteld met de SET COVID-19 volledig benut. Bij de SET COVID-19 2.0 is op dit moment voor € 48 miljoen aan aanvragen ingediend. Voor de SET COVID-19 2.0 is in totaal € 77 miljoen beschikbaar.

Vraag 376
Wat zijn de resultaten in 2020 van de SET?

Antwoord:
Voor de Stimuleringsregeling E-health Thuis (SET) zijn er dit jaar in de periode tot en met september 85 aanvragen ingediend. In 2019 zijn er in het gehele jaar 52 aanvragen ingediend. De meeste aanvragen zijn voor de inzet van beeldschermzorg en het gebruik van e-health-toepassingen voor medicatietoediening en medicatiecontrole.

Naast de reguliere SET-regeling is er dit jaar extra geld beschikbaar gesteld om aanbieders van ondersteuning, zorg of jeugdhulp te helpen zorg en ondersteuning op afstand te kunnen leveren gedurende de coronacrisis. Met de tijdelijke noodregeling SET COVID-19 is eind maart € 23 miljoen beschikbaar gesteld. Dit zijn middelen die beschikbaar zijn voor de SET na 2020 en die vervroegd zijn vrijgemaakt. 460 aanbieders van ondersteuning en zorg hebben subsidie ontvangen, waarna het subsidieplafond was bereikt.
In juli is de SET COVID-19 2.0 geopend, waarbij € 77 miljoen beschikbaar is gesteld om de inzet van zorg en ondersteuning op afstand door aanbieders van wijkverpleging, huisartsenzorg, geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke ondersteuning in het kader van de Wmo-2015 te stimuleren. Voor de SET COVID-19 2.0 zijn op dit moment 1.022 aanvragen ingediend.

Vraag 377
Zijn na 2016 geen cijfers over het aantal 75-plussers dat zich eenzaam voelt bekend gemaakt? Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet? Is het terugdringen van eenzaamheid onder deze groep een van uw speerpunten?

Antwoord:
Het terugdringen van eenzaamheid is een speerpunt van dit kabinet, zoals verwoord in de doelstellingen van het actieprogramma Een tegen eenzaamheid. Op basis van advies van de Wetenschappelijke Adviescommissie van het actieprogramma Een tegen eenzaamheid gebruikt VWS twee lopende onderzoeken als leidraad in haar aanpak:
de vierjaarlijkse Gezondheidsmonitor (CBS, RIVM en GGD); en
het jaarlijkse LASA-onderzoek.
Eerstgenoemde biedt inzicht in het landelijk verloop van eenzaamheid (het percentage van de bevolking dat zich eenzaam voelt). Het LASA focust op het individuele verloop (verandering in de eenzaamheid bij een individu). Recent is het rapport sociaal welbevinden ten tijde van Corona van het SCP verschenen, waarin eenzaamheid ook wordt bevraagd aan een panel. Daaruit blijkt dat 75-plussers met name meer emotionele eenzaamheid ervaren door het uitbreken van Corona. Dit najaar wordt daarnaast ook de Participatiemonitor van het Nivel en een nieuwe meting van het LASA verwacht.

Vraag 378
Wat was het percentage eenzame ouderen in 2010 en in 2019?

Antwoord:
De Gezondheidsmonitor wordt sinds 2012 vierjaarlijks uitgevoerd, waarin er pas sinds 2016 over eenzaamheid wordt gerapporteerd. In 2016 voelde ongeveer 58% zich eenzaam en 10% van de 75-plussers zich ernstig eenzaam, volgens de Gezondheidsmonitor. Bij 85-plussers is dit bijna 14,8%.
Het LASA-onderzoek meet het verloop van eenzaamheid bij een geselecteerde groep ouderen. Over de periode tussen 2011 en 2019 rapporteert het LASA geen significante verandering bij eenzame ouderen. Wel worden ouderen steeds eenzamer met het ouder worden.

Vraag 379
Kunt u de tabel op pagina 21 nogmaals toelichten? Hoe kan een verbetering geconstateerd worden, terwijl geconcludeerd wordt dat de nulmeting een breuk heeft doorstaan?

Antwoord:
De breuk heeft alleen betrekking op de medewerkerstevredenheid in de verpleeghuiszorg. Bij de andere items in de tabel is daar geen sprake van. Tot en met 2017 werd de medewerkerstevredenheid gemeten door Prismant, als uitvoerder van het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg & Welzijn. In 2019 is de uitvoering van het programma overgegaan naar het CBS. Zowel CBS als Prismant heeft de medewerkerstevredenheid via een steekproef onder medewerkers in de verpleeghuiszorg gemeten. Daarbij hebben ze dezelfde vraagstelling gebruikt, alleen is voor het trekken van de steekproef door het CBS een ander basisbestand gebruikt. Dit laatste kan een trendbreuk tot gevolg hebben (vandaar de opmerking in de tabel), maar dit zal slechts een beperkt effect hebben op de uitkomsten. De geconstateerde stijging van 59% in 2017 naar 76% in 2019 is dermate groot, dat er sprake is van een echte stijging, ondanks de licht gewijzigde meetmethodiek.

Vraag 380
Op basis van welke criteria wordt bepaald of corona-gerelateerde uitgaven generaal worden gefinancierd of binnen de bestaande begroting?

Antwoord:
Er is sprake van generale dekking wanneer er maatregelen worden getroffen die direct gerelateerd kunnen worden aan de bestrijding van corona en/ of corona gerelateerde zorg betreft zoals de beschermingsmiddelen, middelen voor vaccinontwikkeling en de testcapaciteit. Van alle coronagerelateerde uitgaven (totaal € 7,4 miljard) is alleen bij de eerste suppletoire begroting een zeer beperkte bijdrage specifiek gedekt. Deze uitgaven waren niet direct gekoppeld aan het bestrijden van het coronavirus en/of corona-gerelateerde medische zorg, maar vanwege coronacrisis wel noodzakelijk geacht en konden worden opgevangen binnen de eigen begroting.

Vraag 381
Kunt u een overzicht geven van corona-gerelateerde uitgaven die tot op heden vanuit de lopende VWS-begroting zijn bekostigd en niet via de generale middelen?

Antwoord:
Er is een zeer beperkt aantal maatregelen die specifiek bekostigd zijn vanuit de lopende VWS-begroting. Het gaat hier om in totaal om circa € 40 miljoen waarvan: de bijdrage aan de stichting Zorg na Werken in Coronazorg – ZWIC (€ 10 miljoen), het tijdelijk opschorten van het abonnementstarief Wmo (€ 18 miljoen) en een bijdrage aan het stichting waarborgfonds Sport (€ 10,5 miljoen) het leeuwendeel betreft. Tot slot gaat het om enkele kleinere bijdragen die optellen tot circa € 2 miljoen. De overige middelen die zijn toegevoegd aan de VWS-begroting voor de beheersing van COVID-19 zijn bekostigd via de generale middelen (totaal € 7,4 miljard).

Vraag 382
Wat is de reden dat in de begroting 2021 nu al rekening gehouden wordt met meerkosten voor GGD-en en veiligheidsregio's in het jaar 2021 voor een bedrag van 459 miljoen euro?

Antwoord:
Dat er voor 2021 al rekening is gehouden met meerkosten heeft te maken met de aard van de werkzaamheden waarvan verwacht wordt dat deze in 2021 nog doorlopen. Het gaat hier onder andere om bron- en contactonderzoek, bemonstering en testen.

Vraag 383
Zijn dit kosten die doorlopen uit de nu in gang gezette maatregelen voor het najaar van 2020?

Antwoord:
Het gaat hier inderdaad om kosten die doorlopen uit de reeds in gang gezette maatregelen in 2020. Dat er voor 2021 al rekening is gehouden met meerkosten voor de GGD'en en Veiligheidsregio's heeft te maken met de aard van de werkzaamheden waarvan verwacht wordt dat deze in 2021 nog doorlopen. Er is een raming gemaakt van de verwachte kosten, waarbij gebruik is gemaakt van beschikbare informatie over de afgelopen periode.

Vraag 384
Op welke veronderstellingen is de raming van 459 miljoen euro voor GGD-en en veiligheidsregio's in 2021 gebaseerd in termen van duur en ernst van de pandemie in het jaar 2021?

Antwoord:
De raming van € 459 miljoen voor 2021 is gebaseerd op door onderzoeksbureau AEF uitgevoerde kostenonderzoeken voor de GGD-en en veiligheidsregio's. De meerkosten voor de GGD GHOR zijn gebaseerd op begrotingen voor de opdrachten die deze organisatie in opdracht van het Rijk uitvoert.

Vraag 385
Op basis van welke criteria wordt bepaald of corona-gerelateerde uitgaven via de begroting lopen of via de premiekant?

Antwoord:
Uitgaven met betrekking tot zorg worden in principe via de zorgverzekeraars gefinancierd. Dit is immers het uitgangspunt van de Zvw. Daarbij is bij deze crisis relevant dat zorgverzekeraars op basis van de catastroferegeling tot een zekere drempel aan de lat staan voor de financiering van zorggerelateerde kosten. Daarnaast wordt per geval bekeken wie de kosten maakt. Een deel van de corona-gerelateerde kosten (zoals hulpmiddelen, extra ic-capaciteit, zorgbonussen) zou normaliter uit de Zvw gefinancierd worden, maar wordt nu – in deze specifieke coronacrisis – via de VWS-begroting gefinancierd. Dat heeft te maken met de aard van deze kosten: deze zijn noodzakelijk in de aanpak van de crisis, tijdelijk/incidenteel en/of zeer kapitaalintensief met een overstijgend karakter.

Vraag 386
Op basis van welke criteria is bepaald dat corona-gerelateerde uitgaven wel via de zorgbegroting lopen terwijl de andere begrotingen hiermee niet extra belast worden?

Antwoord:
Er is sprake van generale dekking wanneer er maatregelen worden getroffen die direct gerelateerd kunnen worden aan de bestrijding van corona en/ of corona gerelateerde zorg betreft zoals de beschermingsmiddelen, middelen voor vaccinontwikkeling en de testcapaciteit. Van alle coronagerelateerde uitgaven (totaal € 7,4 miljard) is alleen bij de eerste

suppletoire begroting een zeer beperkte bijdrage specifiek gedekt. Deze uitgaven waren niet direct gekoppeld aan het bestrijden van het coronavirus en/of corona-gerelateerde medische zorg, maar vanwege coronacrisis wel noodzakelijk geacht en konden worden opgevangen binnen de eigen begroting.

Vraag 387
Kunt u van alle coronamaatregelen in tabel 1 (die zowel in de incidentele suppletoire begroting 2020 als in de begroting 2021 zijn opgenomen) aangeven welke bedragen via de rijksbegroting lopen en door de Kamer geautoriseerd en geamendeerd kunnen worden en voor welke (premiegefinancierde) uitgaven dat niet geldt?

Antwoord:
Alle uitgaven van regel 1 t/m 11 uit tabel 1 uit de incidentele begroting 2020 en tabel 1 uit de begroting 2021 worden via de rijksbegroting gefinancierd. De maatregelen uit regel 12 en regel 13 worden via de premiegefinancierde uitgaven gedaan.

Tabel 1 Totaal COVID-19 gerelateerde uitgaven- en ontvangstenmutaties 2020 (bedragen x €1 mln.)

Maatregel[1]	Bedrag 2020[2]	Bedrag 2021	Bedrag 2022
1) Aanschaf en distributie medische beschermingsmiddelen	1.589	– 60	
2) GGD'en en veiligheidsregio's	511	459	
3) IC-capaciteit	118	167	20
4) Ondersteuning sportsector	146		
5) Ondersteuning zorgpersoneel	33	3	
6) Onderzoek inzake COVID-19	42	25	
7) Testcapaciteit RIVM en GGD	300		
8) Vaccin ontwikkeling en medicatie	455	300	
9) Zorgbonus	1.327	834	
10) Zorgkosten en bijstand Caribisch Nederland	57	13	
11) Overige maatregelen (plafond Rijksbegroting)	17	111	
12) Meerkosten COVID-19 Wlz (plafond Zorg)	190		
13) Overige maatregelen (plafond Zorg)	16	45	
Totaal	**4.801**	**1.897**	**20**

1 Deze tabel betreft zowel plafond Rijksbegroting, als plafond Zorg
2 2019/20, 35450 XVI, nr. 1, Kamerstukken II 2019/20, 34493, nr. 1, kamerstukken II 2019/20, 35493, nr. 5, nr. ISB 2 volgt

Vraag 388

Vallen bijvoorbeeld ook de beademingsapparaten onder de aanschaf van medische beschermingsmaterialen? Hoeveel beademingsapparaten zijn inmiddels aangeschaft en daadwerkelijk in gebruik?

Antwoord:
Er wordt een onderscheid gemaakt in persoonlijke beschermingsmiddelen, zoals mondkapjes, isolatiejassen, handschoenen en beademingsapparatuur.

In totaal zijn ruim 4.000 beademingsapparaten besteld en is circa 90% van alle apparatuur geleverd. Alle apparatuur die nodig is voor actuele of toekomstige inzet voor de extra zorgvraag door COVID-19 in Nederland wordt aan zorginstellingen beschikbaar gesteld via een schenking. Dit

betreft zowel apparatuur voor ic-zorg als ook voor thuisbeademing (via Centra voor Thuisbeademing en revalidatiecentra). In september 2020 is de apparatuur aan de ziekenhuizen voor de opschalingsfases tot en met 1.350 ic-bedden uitgeleverd. De komende periode wordt ook alle apparatuur bij de ziekenhuizen afgeleverd voor de opschaling richting 1.700 ic-bedden. Daarnaast zal lichtere beademingsapparatuur worden uitgeleverd aan Centra voor Thuisbeademing. Of de apparatuur daadwerkelijk in gebruik is kan VWS niet zeggen – dit is afhankelijk van de zorgvraag in de zorginstellingen.

Vraag 389
In tabel 1 staat dat voor de testcapaciteit van RIVM en GGD in 2020 in totaal 300 miljoen euro gereserveerd, hoe is dit bedrag opgebouwd? Waarom is er geen bedrag voor 2021 gereserveerd?

Antwoord:
De € 300 miljoen die in 2020 is gereserveerd bestaat voor € 264 miljoen aan middelen die bestemd zijn voor de testcapaciteit. Daarnaast is € 36,3 miljoen bestemd voor het opzetten van het Klant Contact Centrum ten behoeve van het landelijke coronanummer. Voor 2021 zijn ook middelen gereserveerd voor de testcapaciteit. Deze zijn terug te vinden onder regel 9 in tabel 1.

Vraag 390
Waar zijn de 455 miljoen euro in 2020 en de 300 miljoen euro in 2021 voor vaccinontwikkeling en medicatie specifiek voor bestemd? Is dat voor onderzoek, of aankoop van vaccins en medicatie?

Antwoord:
Deze bedragen vinden hun oorsprong in de incidentele suppletoire begroting VWS 2020 inzake Coronamaatregelen. Onder het kopje vaccinontwikkeling en medicatie valt onder andere de € 700 miljoen die gereserveerd is voor de aanschaf van een goedwerkend vaccin tegen het coronavirus. Een deel van de in 2020 beschikbare € 700 miljoen voor de ontwikkeling van een vaccin is doorgeschoven naar 2021, namelijk € 300 miljoen. In 2020 is ook een bijdrage gedaan van € 50 miljoen aan CEPI – Coalition for Epidemic Preparedness Innovations. Tot slot maakt de aanschaf van het BCG-vaccin van € 4,5 miljoen ook onderdeel uit van de uitgaven in 2020.

Vraag 391
Kan nader worden toegelicht waarom 300 miljoen euro voor vaccinontwikkeling en medicatie is overgeheveld van 2020 naar 2021, aangezien in de begroting van VWS staat dat dit komt door het ontbreken van definitieve informatie over prijzen en volumina, terwijl in de Miljoennota als reden wordt gegeven dat naar verwachting niet alle overeenkomsten dit jaar worden gesloten?

Antwoord:
Ten tijde van de indiening van de incidentele suppletoire begroting was het de verwachting dat Nederland een groot deel van het budget, inclusief de kosten van voorfinanciering, meteen in 2020 zou besteden. Doordat de Europese Commissie de verantwoordelijkheid voor de aanbesteding over heeft genomen, vindt de facto een verschuiving van de besteding in de tijd naar achteren plaats. Nederland zal een groot deel van het budget pas gaan besteden op het moment van levering en/of mijlpalen in het betaalschema die later in de tijd liggen en wel in 2021. Dat betekent niet dat de overeenkomsten pas in 2021 worden gesloten. Het is nog steeds de bedoeling dat alle overeenkomsten (advance purchase agreements) in 2020 worden gesloten.

Vraag 392
Kan worden toegelicht hoe de overheveling van 300 miljoen euro naar 2021 in verband met het sluiten van overeenkomsten in 2021 rijmt met het streven om in het voorjaar van 2021 al (succesvolle) vaccins in Europa te hebben? Kan in dit antwoord worden ingegaan op de kans dat vaccins uiteindelijk niet succesvol blijken?

Antwoord:
Ten tijde van de indiening van de incidentele suppletoire begroting was het de verwachting dat Nederland een groot deel van het budget, inclusief de kosten van voorfinanciering, meteen in 2020 zou besteden. Doordat de Europese Commissie de verantwoordelijkheid voor de aanbesteding over heeft genomen, vindt de facto een verschuiving van de besteding in de tijd naar achteren plaats. Nederland zal een groot deel van het budget pas gaan besteden op het moment van levering en/of mijlpalen in het betaalschema die later in de tijd liggen. Dat betekent niet dat de overeenkomsten in 2021 worden gesloten. Het is nog steeds de bedoeling dat alle overeenkomsten in 2020 worden gesloten.

Zoals ik ook in mijn brief van 13 juni jl. heb aangegeven is het ontwikkelen van vaccins een proces dat veel onzekerheden kent: de kans op mislukking is in elk van de ontwikkelfasen aanwezig. Dat betekent dat de kans reëel is dat niet alle vaccins die nu in de laatste fase van klinische ontwikkeling zijn de eindstreep zullen halen. De risico's die gepaard gaan met het investeren in dergelijke ontwikkeltrajecten wegen echter niet op tegen het zeer grote maatschappelijke belang om te investeren in diverse kansrijke initiatieven. Op deze manier proberen we diversiteit aan te brengen in de investeringen die we doen, om de kans op een succesvol vaccin te vergroten.

Vraag 393
Kunt u aangeven wat u allemaal heeft gedaan om de testcapaciteit voor mensen met het coronavirus uit te breiden? Welke mogelijkheden zijn hiertoe in kaart gebracht, en is daarbij ook gekeken naar testcapaciteit bij bedrijven? Kan deze inventarisatie naar de Kamer worden gestuurd?

Antwoord:
Vanaf het begin af aan is gekozen voor de inzet van het al bestaande netwerk van opschalingslaboratoria. Deze structuur is opgezet om in situaties met een initieel beperkte hoeveelheid kennis en materialen en een afwezig of beperkt aanbod van goed gevalideerde testen, toch een snelle en kwalitatief hoogstaande uitrol van de noodzakelijke diagnostische capaciteit en expertise in Nederland te faciliteren. Het kon dus snel uitgerold worden en doorlooptijden waren kort vanwege de kortere afstand tussen testafname locatie en de labs. Ook de GGD'en gaven de voorkeur aan het inzetten van de regionale labs omdat zij hier al werkafspraken mee hadden.
Naast dit bestaande netwerk, zijn al in april twee veterinaire laboratoria aangesloten en is Sanquin gevraagd om paraat te staan als overloopcapaciteit (pandemielabs) wanneer de testvraag extra zou toenemen.
Daarnaast zijn de 5 HPV-laboratoria gedurende de zomermaanden ingezet als extra capaciteit. De testvraag lag, toen iedereen met (milde) klachten zich kon laten testen per 1 juni, die eerste weken nog erg laag. Tot en met week 33 (tweede week van augustus) lieten maar max 20.000 mensen zich testen, terwijl er lab capaciteit beschikbaar was voor 30.000 COVID19 testen.
Er is dus geen sprake geweest van exclusieve benutting van medisch-microbiologische laboratoria. De pandemielabs ontvingen vanaf mei/juni teststromen.

De inzet van deze en ook andere inmiddels gevalideerde laboratoria zoals eerstelijnslaboratoria of commerciële laboratoria, is gedurende de periode april t/m juni nog niet op grote schaal ingezet omdat dit vanwege de lage vraag naar testen ook niet nodig was.
In april kwam ook de mogelijkheid in beeld om een Duits laboratorium aan te sluiten. Op dat moment was de vraag naar testen veel lager dan de reeds aangesloten laboratoria aan konden: veel labcapaciteit bleef hierdoor onbenut. Nu de testvraag vanaf augustus snel is opgelopen, leveren twee Duitse en een Belgisch laboratorium testcapaciteit.
Daarnaast is vanaf het begin af aan gekozen voor risicospreiding door op verschillende manieren de testcapaciteit te doen verhogen. In mei is een aanbesteding afgerond voor meer machines met gegarandeerde materialen. Een tweede aanbesteding voor materialen en machines is in de zomer gestart en afgerond.
Daarnaast is ingezet op het poolen van testen. Dit houdt in dat meerdere monsters in één PCR test getest kunnen worden. In juli is daarvoor ook een aanbesteding gestart, waarvan de gunning heeft plaatsgevonden. De verwachte extra capaciteit loopt in elk geval op tot in ieder geval 13.000 testen per dag. De verwachting was aanvankelijk dat dit snel meer dan 25.000 extra testen per dag konden opleveren. Vanwege vertraging door de aanbesteding en de tijd die het laboratoria kost om de techniek in te voeren, worden de verwachte voordelen van pooling pas later gerealiseerd.
Ook stimuleer ik al sinds 1 april de ontwikkeling van innovatieve testmethoden. De verwachtte extra testcapaciteit kan in een optimistisch scenario zeer hoog zijn, maar dit is afhankelijk van de validatie. Een voorbeeld hiervan is de LAMP test, ontwikkeld door TNO, welke komende weken wordt gevalideerd en opgeschaald. Tevens heb ik al een aantal opties genomen op antigentesten, en ook al een deel ingekocht. Ik verwacht eind oktober meer te kunnen zeggen over de stapsgewijze invoering vanaf november.
Verder ben ik nog in gesprek met partijen of het mogelijk is om hoog volume lab capaciteit in Nederland te realiseren, met benutting van materialen waarvan de productie minder afhankelijk is van grote leveranciers op de wereldmarkt omdat de productie in eigen land plaatsvindt.

Vraag 394
Worden de mogelijkheden voor uitbreiding van testcapaciteit allemaal benut? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:
Ja. Zie mijn antwoord op de vraag 393.

Vraag 395
Waarom werd in de incidentele suppletoire begroting nog wel verwacht dat het gehele budget (à 700 miljoen euro toentertijd) in 2020 werd besteed? Werd toen nog verwacht dat alle overeenkomsten in 2020 zouden worden gesloten?

Antwoord:
Ten tijde van de indiening van de incidentele suppletoire begroting was het de verwachting dat Nederland een groot deel van het budget, inclusief de kosten van voorfinanciering, meteen in 2020 zou besteden. Doordat de Europese Commissie de verantwoordelijkheid voor de aanbesteding over heeft genomen, vindt de facto een verschuiving van de besteding in de tijd naar achteren plaats. Nederland zal een groot deel van het budget pas gaan besteden op het moment van levering en/of mijlpalen in het betaalschema die later in de tijd liggen. Overigens is het nog steeds de bedoeling dat alle overeenkomsten in 2020 worden gesloten.

Vraag 396
Waarom is het budget van 700 miljoen euro totaal in de incidentele suppletoire begroting verhoogd naar 755 miljoen euro totaal in de begroting voor 2021?

Antwoord:
Onder het kopje vaccinontwikkeling en medicatie valt de € 700 miljoen die gereserveerd is om de financiële verplichtingen na te komen die voortvloeien uit de door de Europese Unie afgesloten overeenkomsten. Het kan daarbij gaan om zowel de aanschaf- als productie en ontwikkelkosten van een vaccin. Een deel van de in 2020 beschikbare € 700 miljoen is doorgeschoven naar 2021 (€ 300 miljoen). Daarnaast is in 2020 een bijdrage gedaan van € 50 miljoen aan CEPI – Coalition for Epidemic Preparedness Innovations en is het BCG-vaccin aangeschaft (€ 4,5 miljoen). Deze uitgaven vormen tezamen de € 755 miljoen zoals opgenomen in de ontwerpbegroting 2021.

Vraag 397
Welke obstakels zijn er voor het tijdig sluiten van overeenkomsten door de Europese Commissie met farmaceuten en hoe gaat u daar een versnelling in proberen aan te brengen?

Antwoord:
Op dit moment bestaan er geen concrete obstakels voor het tijdig sluiten van contracten (zogenoemde advance purchase agreements) door de Europese Commissie met farmaceuten. Het proces om tot ondertekening van een contract te komen vergt het doorlopen van een aantal stappen zonder dat concrete obstakels de voortgang in de weg staan. Nederland is dankzij de Nederlandse vertegenwoordiging in het Joint Negotiation Team goed op de hoogte van de voortgang van de gesprekken. Mochten er tijdens de gesprekken obstakels ontstaan, dan zal in overleg met de Europese Commissie en na consultatie van de Steering Board met vertegenwoordiging van alle lidstaten gekeken worden naar de juiste interventie.

Vraag 398
Kan schematisch uiteen worden gezet voor elk van de kandidaat-vaccins (Sanofi/GSK, Curevac, Moderna, BioNTech/Pfizer, Janssen, AstraZeneca) wat op dit moment de geschatte totale productiecapaciteit is van de farmaceut voor de eerste doses vaccins, welke (groepen van) landen op welk deel van die capaciteit eerder aanspraak kunnen maken dan de Europese Unie, voor welk deel van die capaciteit dit is juist na de EU, en op welk deel de EU zelf (mogelijk) aanspraak kan maken op basis van de huidige overeenkomsten en bedongen opties?

Antwoord:
Ik heb geen inzicht in de geschatte totale productiecapaciteit van een farmaceut voor de eerste doses vaccins. In algemene zin kan ik opmerken dat de producenten die als eerste een vaccin succesvol op de markt willen brengen, veelal gestart zijn met het opschalen van hun productiecapaciteit en in sommige gevallen zelfs met de productie van het vaccin. Evenmin beschik ik over de informatie welke landen eerder dan of juist na de lidstaten van de Europese Unie aanspraak kunnen maken op de vaccins van de producenten waarmee de Europese Unie contracten heeft getekend dan wel verkennende gesprekken succesvol heeft afgesloten. Het overzicht hieronder geeft inzicht in de totale volumes waar de lidstaten van de Europese Unie aanspraak op kunnen maken voor wat betreft de zes producenten waarmee contracten zijn getekend of contractonderhandelingen worden gevoerd. De eerste leveringen zullen naar verwachting van een relatief bescheiden omvang zijn, dan kunt u denken

aan enkele tientallen miljoenen doses voor de hele Europese Unie. Met de producenten wordt afgesproken dat alle 27 lidstaten van de Europese Unie in gelijke mate en naar rato van hun bevolkingsaandeel van de EU vaccins ontvangen.

Bedrijf	Volume EU basislevering	Volume EU opties
AstraZeneca	300 miljoen doses	100 miljoen doses
Sanofi/GSK	300 miljoen doses	–
Janssen	200 miljoen doses	200 miljoen doses
Curevac	225 miljoen doses	180 miljoen doses
Moderna	80 miljoen doses	80 miljoen doses
BioNTech/Pfizer	200 miljoen doses	100 miljoen doses

Vraag 399
Kan schematisch uiteen worden gezet voor elk van de kandidaat-vaccins (Sanofi/GSK, Curevac, Moderna, BioNTech/Pfizer, Janssen, AstraZeneca) welke onderzoeksfases wanneer (naar verwachting) zijn doorlopen en wanneer de farmaceuten verwachten het Europees Geneesmiddelen-agentschap (EMA) om toelating te verzoeken? Hoe lang duurt dat toelatingsproces vervolgens gemiddeld nog?

Antwoord:
Blijkens het overzicht «Draft Landscape of COVID-19 candidate-vaccines» van 2 oktober 2020 dat de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) regelmatig actualiseert, bevinden 42 kandidaat-vaccins zich op dit moment in de klinische fase en 151 kandidaat-vaccins in de preklinische fase.[34] Het overzicht bevat verwijzingen naar een database met lopende klinische studies. Voor de kandidaat-vaccins waarover de Europese Commissie namens de lidstaten in gesprek is, ziet de stand van zaken van de klinische testfases en de planning voor de aanvraag voor toelating tot de Europese geneesmiddelenmarkt bij het Europees Geneesmiddelen-agentschap (EMA) er als volgt uit:

Bedrijf	Stand van zaken klinische tests	Verwachte aanvraag EMA-toelating
AstraZeneca	Fase III loopt	In de loop van 4e kwartaal 2020
Sanofi/GSK	Fase I/II zojuist gestart	In de loop van 2e kwartaal 2021
Janssen Pharmaceuticals	Fase III zojuist gestart	In de loop van 1e kwartaal 2021
Curevac	Fase II zojuist gestart	In de loop van 2e kwartaal 2021
Moderna	Fase III loopt	In de loop van 1e kwartaal 2021
BioNTech/Pfizer	Fase III loopt	In de loop van 4e kwartaal 2020

Na de aanvraag tot toelating tot de Europese geneesmiddelenmarkt door een producent zal EMA een beoordeling van de testresultaten uitvoeren en een advies opstellen. De Europese Commissie zal vervolgens het besluit nemen om de betreffende kandidaat al dan niet toegang te verlenen tot de Europese markt. Naar verwachting zal circa twee weken nodig zijn om het advies van EMA in een besluit vast te leggen. EMA is overigens op 1 oktober jl. begonnen met de eerste «rolling review» van de klinische data van het vaccin van AstraZeneca.

Vraag 400
Met welke andere farmaceuten dan de zes door u reeds genoemde voert de Europese Commissie ook nog verkennende gesprekken op dit moment?

[34] https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines.

Antwoord:
De Europese Commissie voert verkennende gesprekken met een groot aantal producenten die een kandidaat-COVID-19-vaccin ontwikkelen en van plan zijn daarvoor productiecapaciteit in de Europese Unie op te bouwen. In het belang van het succesvol slagen van de onderhandelingen en met het oog op de geheimhoudingsplicht van de onderhandelaars kan ik geen informatie verstrekken met welke van deze producenten de verkennende gesprekken zover zijn gevorderd dat deze op korte termijn succesvol afgesloten zouden kunnen worden. Dit met het oog op het sluiten van een advance purchase agreement (contract).

Vraag 401
Hoe lang duurt het voordat kandidaat-vaccins na toelating door het EMA daadwerkelijk (onder de juiste omstandigheden) kunnen worden vervoerd en over de lidstaten worden verspreid?

Antwoord:
Vaccinproducenten die snel een succesvol vaccin tegen COVID-19 op de markt willen brengen, zijn veelal gestart met het opschalen van hun productiecapaciteit en in sommige gevallen zelfs met de productie van het vaccin zelf. De verwachting is dat de producenten na goedkeuring door het EMA dan ook op korte termijn kunnen beginnen met de distributie. Tegelijkertijd is de verspreiding onder alle 27 lidstaten van de Europese Unie een flinke operatie. Op dit moment wordt gesproken over de inrichting van de meest optimale distributie van de productielocatie(s) naar de lidstaten. Zodra ik over meer gedetailleerde informatie beschik, informeer ik uw Kamer daar graag over.

Vraag 402
Hoe lang duurt het (volgens de huidige plannen) voordat kandidaat-vaccins na verspreiding daadwerkelijk zullen kunnen worden toegediend aan onze bevolking?

Antwoord:
Samen met het RIVM tref ik op dit moment voorbereidingen die erop zijn gericht dat we, zodra de vaccins aan Nederland geleverd zijn, snel kunnen beginnen met vaccineren. Het is lastig om hierbij een precieze termijn te noemen, omdat er naast de logistiek en distributie binnen Nederland ook rekening gehouden moet worden met de doelgroepen waarvoor het vaccin ingezet kan worden en de voorbereidingen bij uitvoerende partijen. Zodra hier meer over bekend is, informeer ik u daar graag over.

Vraag 403
Waarom betreft het contract met de producent AstraZeneca een bindende overeenkomst die Nederland verplicht tot afname van zijn aandeel, en het contract met Sanofi/GSK niet? Komt dat doordat het kandidaat-vaccin van Sanofi/GSK nog in een zeer vroeg ontwikkelingsstadium is?

Antwoord:
De ESI-overeenkomst die alle lidstaten van de Europese Unie waaronder Nederland met de Europese Commissie hebben gesloten, voorziet in twee soorten contracten. Het contract zoals de Commissie dat met de producent AstraZeneca heeft gesloten, betreft een bindende overeenkomst die een lidstaat verplicht tot afname van zijn aandeel, zolang niet binnen vijf dagen nadat de Commissie het voornemen kenbaar heeft gemaakt het contract te willen tekenen, de keuze voor een opt-out is gemaakt. Bij het tweede type contract, zoals dat met het consortium van Sanofi en GSK is gesloten, hebben de lidstaten een recht om een nader te bepalen hoeveelheid doses van het vaccin af te nemen tot een maximum van hun «pro rata»-aandeel. Dit recht wordt na ommekomst van de

testresultaten van testfasen I/IIa door middel van het tekenen van een orderformulier door partijen omgezet in een bindende afnameverplichting voor deze te kiezen hoeveelheid. De reden dat bij Sanofi/GSK voor deze contractvorm is gekozen, is er inderdaad in gelegen dat het kandidaat-vaccin van Sanofi/GSK zich nog in een vroeg stadium van ontwikkeling bevindt. Daardoor kan het consortium op dit moment nog geen concrete klinische testresultaten overleggen. Zonder dergelijke testresultaten zou het (financiële) risico voor de Europese Unie om een bindende verplichting aan te gaan groot worden. Bij beide contractvormen geldt overigens dat het kandidaat-vaccin moet voldoen aan de kwaliteits-, veiligheids-, en effectiviteitsvereisten om goedkeuring te ontvangen van de EMA.

Vraag 404
Waarom is er wel reeds een overeenkomst gesloten met Sanofi/GSK, maar nog niet met Moderna, Curevac en BioNTech/Pfizer, terwijl hun kandidaat-vaccins zich alle in een verder stadium van ontwikkeling bevinden? Zouden deze geen eerste prioriteit moeten krijgen?

Antwoord:
De gesprekken over het sluiten van een contract tussen de Europese Commissie en een producent volgen in de tijd de succesvol afronding van de verkennende gesprekken met elk van die producenten. Dat betekent dat de Europese Commissie, daartoe ondersteund door de leden van het Joint Negotiation Team, op dit moment gesprekken over een contract voert met achtereenvolgens Janssen, Curevac, Moderna en het consortium van BioNTech en Pfizer. Naar verwachting zullen alle contracten, mits de gesprekken daarover natuurlijk succesvol zijn, vóór 1 november en dus tijdig afgerond kunnen worden.

Vraag 405
Kan worden toegelicht waarom het aantal door de Europese Unie af te nemen doses vaccins dat is besproken of overeengekomen met de verschillende farmaceuten (Sanofi/GSK, Curevac, Moderna, BioNTech/Pfizer, Janssen, AstraZeneca) onderling zo verschillend is?

Antwoord:
De uitkomst van onderhandelingen zoals die zijn neerslag vindt in een contract tussen partijen is de optelsom van verschillende factoren. Voor de vraag welk volume met een bepaalde producent overeengekomen wordt, zijn met name de prijs, het tijdstip van levering en de capaciteit van de productiefaciliteit binnen de grenzen van de Europese Unie relevant. Verder is ook relevant hoeveel doses van een bepaald kandidaat-vaccin nodig zijn voor immuniteit: van sommige kandidaat-vaccins zijn twee doses nodig voor immuniteit en van andere kandidaat-vaccins maar één. Zo kunnen bijvoorbeeld met het totale volume aan doses van het vaccin van AstraZeneca (300 miljoen) 150 miljoen burgers in de EU worden gevaccineerd, terwijl met het totale volume aan doses van het vaccin van Janssen Pharmaceuticals (200 miljoen) 200 miljoen burgers in de EU worden gevaccineerd. De Europese Commissie maakt met alle producenten afspraken over de mogelijkheid voor de lidstaten om een potentieel overschot aan doses van een vaccin te kunnen doorverkopen of te doneren aan kwetsbare landen.

Vraag 406
Waarvoor dient de eenmalige bijdrage van circa 43 miljoen euro van Nederland aan het Europese structuur- en investeringsfondsen (ESI)-budget ten behoeve van het sluiten van contracten met producenten in de bestaande portfolio precies, ten opzichte van het verder voor Nederland begrote bedrag?

Antwoord:
Het ESI-budget is onvoldoende gebleken om de noodzakelijke financiering voor het gewenste portfolio van zeven kandidaat-vaccins te verzorgen. Doordat het ESI-budget is uitgeput, is aan de lidstaten gevraagd om dit budget aan te vullen. In totaal kwam de Europese Commissie € 750 miljoen te kort. Nederland betaalt naar rato van haar bruto nationaal inkomen een aanvullende financiële bijdrage, die neerkomt op ruim € 43 miljoen. Dit budget wordt gebruikt om het ESI-Budget te verhogen. Met het ESI-Budget worden (risicodragende) voorinvesteringen gedaan om producenten in staat te stellen hun productiecapaciteit al in een vroegtijdig stadium op te schalen. Het bedrag wordt in mindering gebracht van de totale aankoopprijs van vaccins op het moment dat een vaccin succesvol is en wordt toegelaten tot de Europese markt.

Vraag 407
Kan nader worden onderbouwd hoe dit budget naar verwachting de aanvullende kosten voor een portfolio met zeven aanbieders van kansrijke kandidaat-vaccins dekt en zijn weg terugvindt in een verlaging van de prijs per vaccin op het moment dat dat succesvol is en toegelaten wordt tot de Europese markt?

Antwoord:
Op het moment dat de vaccins toegelaten worden op de markt en Nederland de vaccins ontvangt, wordt het bedrag van ruim € 43 miljoen in mindering gebracht op de totale kosten (prijs maal hoeveelheid) voor de betreffende vaccins voor Nederland.

Vraag 408
Welke gesprekken voeren Nederland of de Europese Commissie op dit moment met producenten van kansrijke virusremmers tegen het coronavirus? Is hierbij al een gezamenlijke strategie?

Antwoord:
Nederland voert gesprekken met de producent van virusremmer Veklury (remdesivir). Op basis van deze gesprekken en overleg binnen de Europese Unie (EU), is besloten om vanuit de Europese Commissie afspraken te maken met de producent voor alle EU-lidstaten. De gezamenlijke strategie is er op gericht om voldoende voorraad Veklury voor alle EU-lidstaten te kunnen garanderen gedurende de komende tijd (in ieder geval de komende anderhalf jaar). Eerst heeft Nederland zich via de Health Security Committee van de Europese Commissie ingeschreven voor leveringen van Veklury vanuit het Emergency Support Instrument (ESI-programma) en deze ook ontvangen. Nu wordt de laatste hand gelegd aan de Joint Procurement procedure door de Europese Commissie, om tot afspraken te komen over structurele levering van Veklury. De verdeling onder de lidstaten vindt plaats op basis van een verdeelsleutel op basis van de incidentie in de landen. Voor overige kansrijke medicijnen tegen het coronavirus houdt het Ministerie van VWS stevig vinger aan de pols met betrekking tot ontwikkelingen, voorraden en beschikbaarheid en acteert daarop indien nodig.

Vraag 409
Kan nader worden toegelicht waarom voor de structurele uitbreiding van de IC-capaciteit naar 1.350 bedden na 2021 behalve 20 miljoen euro voor opleidingen geen bedrag staat ingeboekt?

Antwoord:
De uitbreiding van de ic-capaciteit als onderdeel van het Opschalingsplan van het Landelijk Netwerk Acute Zorg is van tijdelijke aard en direct gekoppeld aan COVID. Vanwege de tijdelijke aard zijn er, afgezien van

opleidingen, in de VWS-begroting alleen bedragen opgenomen voor 2020 en 2021. Voor het onderdeel opleidingen is wel een bedrag in 2022 opgenomen, aangezien de duur van opleidingen in combinatie met de systematiek van financieren naar verwachting ook tot betalingen in 2022 leidt.
Bij de uitwerking van de subsidieregeling voor de ic-opschaling komt naar voren dat het wenselijk is ziekenhuizen ook voor 2022 voldoende perspectief te bieden op dekking van de kosten als opschaling in verband met COVID-19 dan nog steeds nodig is. Om een subsidieregeling voor de periode t/m 2022 mogelijk te maken, is een nota van wijziging in voorbereiding, die we nog voor de behandeling van de VWS-begroting willen indienen.

Vraag 410
Wilt u dit IC-beddenaantal van 1.350 ook na de coronacrisis behouden, of bent u voornemens terug te gaan naar de oorspronkelijke IC-capaciteit van 1.150 bedden en is de opschaling dus slechts tijdelijk «structureel»?

Antwoord:
De opschaling naar 1350 ic-bedden betreft een tijdelijke opschaling van de capaciteit en is een-op-een verbonden aan de aanwezigheid van de COVID-pandemie in de samenleving. Zodra er een werkzaam vaccin of geneesmiddel is waarmee de Nederlandse bevolking beschermd is, of COVID-19 nagenoeg niet meer van invloed is op de ziekenhuiszorg of de COVID-pandemie dus voorbij is, zullen de ziekenhuizen de uitbreiding van de ic-bedden weer afschalen tot de reguliere capaciteit van 1150 ic-bedden en ook de 400 extra klinische bedden weer afschalen.

Vraag 411
Kan worden toegelicht wat het Capaciteitsorgaan voor de komende jaren heeft geadviseerd betreffende de ontwikkeling van de IC-capaciteit, ook los van de coronacrisis?

Antwoord:
Het Capaciteitsorgaan geeft geen advies over het aantal benodigde bedden op de ic. In december 2019 heeft het Capaciteitsorgaan een nieuw integraal Capaciteitsplan met instroomadviezen voor de periode 2021–2024 gepubliceerd. Deze instroomadviezen worden afgegeven voor medische en verpleegkundige vervolgopleidingen. Het betreft hier ook opleidingen voor beroepen en functies die (deels) werkzaam zijn op de ic. Deze zijn niet als zodanig gegroepeerd in het integraal Capaciteitsplan. Wel kan uit deze adviezen afgeleid worden dat voor een aantal beroepen de instroom vooralsnog achter is gebleven bij de gewenste instroom, met name rond gespecialiseerd verpleegkundige beroepen en medisch ondersteunende beroepen zoals anesthesiemedewerkers, operatieassistenten en ic-verpleegkundigen.

Vraag 412
Als u de IC-capaciteit op 1.350 bedden wilt houden na 2021, wie gaat de kosten van het structureel verhoogde aantal bedden dan na 2021 dekken? Wordt dat het ziekenhuis (op basis van bezetting), of de verzekeraars dan wel de overheid (op basis van beschikbaarheid)?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 410.

Vraag 413
Klopt het dat het in tabel 1 om miljoenen euro’s gaat, in plaats van duizenden euro’s zoals in de kop staat?

Antwoord:
Ja, dat klopt. Per abuis is dit verkeerd in de tabel opgenomen. De tabel is in de nota van wijziging op de ontwerpbegroting 2021 op dit punt gecorrigeerd.

Vraag 414
Op basis van welke criteria wordt bepaald of corona-gerelateerde uitgaven via de begroting lopen of via de premiekant?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 385.

Vraag 415
Wat is de reden dat uitgaven voor medische hulpmiddelen, ziekenhuizen en arbeidsvoorwaarden premie-gefinancierd zijn, maar de corona-gerelateerde kosten voor hulpmiddelen, extra IC-capaciteit en de zorgbonussen nu via de VWS-begroting worden gefinancierd?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 385.

Vraag 416
Heeft het beschikbaar stellen van budgettaire ruimte voor een zorgbonus 2021 een relatie met de vrijgevallen budgettaire ruimte als gevolg van het afboeken van loonruimte in de begroting 2021?

Antwoord:
Nee. Er is ook geen budget vrijgevallen als gevolg van de ramingsbij-stelling van de loon-en prijsbijstelling voor 2021. De loonruimte voor 2021 wordt pas definitief vastgesteld aan de hand van de OVA 2021, zoals bepaald aan de hand van de CEP 2021.

Vraag 417
Zijn voor de zorgbonussen de plafonds ook gecorrigeerd? Zo ja, is dat omdat deze personeelsbonussen beschouwd worden als «noodmaatregel COVID-19» of worden deze beschouwd als «loon- en prijsontwikkeling»?

Antwoord:
De plafonds zijn voor de geraamde kosten voor de zorgbonussen gecorrigeerd; dit wordt beschouwd als «noodmaatregel COVID-19». Dit betekent dat er extra geld is toegevoegd aan de VWS-begroting.

Vraag 418
Wanneer wordt de zorgbonus in 2021 uitbetaald?

Antwoord:
Hierover volgt in de loop van 2021 meer duidelijkheid.

Vraag 419
Zijn er reeds structurele maatregelen genomen om de GGD'en te versterken?

Antwoord:
De genomen Covid-19 maatregelen voor de GGD'en zijn van tijdelijke aard. Op basis van de ontwikkelingen in het najaar 2020 en 2021 worden de maatregelen en daarbij behorende afspraken gemonitord en daar waar nodig worden afspraken aangescherpt. Uitgangspunt is dat de meerkosten die GGD'en maken vanwege genomen Covid-19 maatregelen door het Rijk worden gecompenseerd. Hierover zijn voor 2020 reeds

afspraken gemaakt die kunnen worden verlengd in 2021 indien de epidemie nog voortduurt.

Vraag 420
Hoeveel fte is op dit moment werkzaam bij de GGD'en? Hoeveel was dit in 2019 en in 2010?

Antwoord:
Het is bij VWS niet bekend wat het totaalaantal FTE is dat bij de GGD'en werkzaam is. Het aantal benodigde FTE wordt per GGD bepaald op basis van de gemeenschappelijke regeling die gemeenten met hun regionale GGD sluiten.

Specifiek voor het bron- en contactonderzoek in het kader van Covid-19 is wel bekend hoeveel fte hier wordt ingezet. Dit betreft op dit moment ongeveer 3350 fte (waarvan 2000 fte ingezet wordt via GGD GHOR Nederland). Deze capaciteit wordt nog altijd verder opgeschaald.

Vraag 421
Hoeveel budget gaat in totaal naar de GGD «en, zowel vanuit de landelijke overheid als vanuit de gemeenten in 2010 en 2019? Hoe duidt u deze ontwikkeling?

Antwoord:
Vanuit het Rijk ontvangen GGD'en geen financiering voor hun taakuitoefening.

De gemeenten in Nederland zijn verantwoordelijk voor de GGD'en. In de gemeenschappelijke regelingen tussen gemeenten en hun GGD worden afspraken gemaakt over de uit te voeren taken en de daarbij behorende financiering.
De GGD'en ontvangen daarmee rechtstreeks van de gemeenten hun budget. Ik heb geen informatie over de hoogte van dit budget.

Vraag 422
Hoeveel geld is gegaan naar de Veiligheidsregio's? Wat is begroot voor 2021?

Antwoord:
Voor 2020 is € 15,4 miljoen en voor 2021 is € 9,2 miljoen beschikbaar voor de vergoeding van de meerkosten COVID-19 van de Veiligheidsregio's.

Vraag 423
Hoeveel personen hebben tot nu toe gebruik gemaakt van herregistratie?

Antwoord:
Sinds de herregistratieverplichting vanwege de coronacrisis is opgeschort op 17 maart 2020, zijn er 1.188 personen geherregistreerd. Van belang om hierbij onderscheid te maken tussen de reguliere herregistraties (eerste twee kolommen) en de registraties na doorhaling. Voor de groep die een registratie na doorhaling heeft aangevraagd, was de opschorting van de herregistratieverplichting niet aan de orde, omdat zij op het moment van die opschorting (17 maart 2020) niet geregistreerd stonden in het BIG-register.
Voor de volledigheid verwijs ik u in dit kader ook graag naar de beantwoording van vraag 712.

	Herregistratie werkervaring	Herregistratie scholing	registratie na doorhaling werker-varing	registratie na doorhaling scholing	Totaal
Apotheker	2	0	0	0	2
Arts	66	2	38	4	110
Fysiotherapeut	39	1	26	13	79
Gz-psycholoog	17	1	0	2	20
Psychotherapeut	6	0	2	0	8
Tandarts	17	1	12	0	30
Verloskundige	11	0	3	7	21
Verpleegkundige	191	229	164	334	918
Totaal	349	234	245	360	1.188

Vraag 424
Kan meer precies worden toegelicht hoe het bedrag van 720 miljoen euro voor de zorgbonus 2021 is onderbouwd?

Antwoord:
Deze raming is gebaseerd op een netto bonus bedrag van € 500 en bedraagt daarmee de helft van het budget dat voor 2020 is opgenomen voor de bonus van € 1.000.
Bij de raming is uitgegaan van circa 800.000 personen x € 500 netto = circa € 400 miljoen netto. Het gaat hierbij om een globale schatting.

Het bedrag van € 400 miljoen netto aan kosten voor de bonus wordt door het Kabinet aangevuld met een bedrag eindheffing bij de zorgaanbieder. Met deze aanvulling kan de zorgaanbieder de bonus belastingvrij uitkeren aan werknemers in loondienst en de door hem ingehuurde derden (waaronder zzp'ers, ingehuurde schoonmakers en uitzendkrachten). De benodigde € 400 miljoen wordt hierdoor opgehoogd met een opslag van 80% tot een bruto bedrag van € 720 miljoen.

Vraag 425
Zijn er voorwaarden verbonden aan de 50 miljoen euro voor de Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI), en zo ja, welke?

Antwoord:
De «Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI)» is opgericht om een wereldwijd financierings- en coördinatiemechanisme te creëren, ten einde globaal privaat-publieke samenwerking mogelijk te maken voor vaccinontwikkeling.
CEPI coördineert en ondersteunt de financiering van onderzoek en ontwikkeling van vaccins tegen opkomende infectieziekten die de gezondheid en welvaart kunnen bedreigen. Nederland steunt met zijn bijdrage specifiek de ontwikkeling en beschikbaarheid van covid-19-vaccins, als een global public good.
Momenteel dragen 43 landen, NGO's, filantropische organisaties en bedrijven bij aan CEPI, met een totaalbedrag van 2,234 mld USD. Met CEPI is een overeenkomst gesloten met afspraken over governance, bestuurlijke participatie en financiële verantwoording van de bijdrage.

Vraag 426
Hoeveel sportbonden lijden verlies dit jaar? Hoe groot is dit verlies per sportbond?

Antwoord:
Exacte cijfers per sportbond zijn nog niet beschikbaar. NOC*NSF heeft een eerste inventarisatie gedaan onder de helft van de sportbonden. Uit deze inventarisatie blijkt dat de helft van de bevraagde bonden uitgaat van een negatief resultaat voor dit jaar. Dit resultaat loopt uiteen van enkele

duizenden euro's per bond, tot bonden die een miljoenenverlies verwachten. Doordat onzeker is hoe de situatie met betrekking tot het coronavirus en de sport zich ontwikkelt, is ook het te verwachten resultaat nog niet duidelijk.

Vraag 427
Worden de 15 en 21 miljoen euro voor rioolwateronderzoek alleen ingezet voor het opsporen van het coronavirus, of ook voor het opsporen van andere infectieziekten?

Antwoord:
Op dit moment zijn deze middelen enkel voor het rioolwateronderzoek voor het opsporen van het coronavirus. Voor andere infectieziekten of overige gezondheidsparameters zoals obesitas is nog weinig bekend wat we met deze gegevens uit rioolwateronderzoek kunnen en gezien de kans op de ziekte en het risico ervan kan dit anders zijn dan bij COVID-19. In opdracht van VWS gaat het RIVM dit verder onderzoeken.

Vraag 428
Waarom is besloten tot een meerjarige korting van 100 miljoen euro op de VWS-begroting 2021? Kunt u een overzicht geven op welke budgetten deze meerjarige korting is ingeboekt en welke beleidsvoornemens daardoor vervallen?

Antwoord:
De korting is verwerkt met als doel het budget op de VWS-begroting zo goed mogelijk te alloceren en onderuitputting aan het eind van het jaar zoveel mogelijk te beperken. Uitgangspunt daarbij is dat er geen beleidsvoornemens hoeven te vervallen. Er is gekozen voor maatwerk per artikel. Door de korting te verwerken is er ruimte ontstaan voor andere beleidsdoelen. Dit betekent dat voor elke korting een verhoging van een ander beleidsdoel binnen VWS is gedaan. Zo is er van de korting o.a. hogere uitgaven voor Veilig Thuis (€ 38,6 mln), digitalisering in de zorg (€ 38,8 mln), Jeugdautoriteit (€ 10 mln), aanvalsplan discriminatie (€ 4 mln), handhaving en toezicht NVWA (€ 4,2 mln), Voedselkeuzelogo (€ 2,4 mln) en hulplijn 113 (€ 2,0 mln) gefinancierd. Uw Kamer wordt in de reguliere begrotingsstukken bij Najaarsnota en Financieel Jaarverslag Rijk over de uitputting van de begroting geïnformeerd.

Vraag 429
Is er een relatie tussen de deze korting van 100 miljoen euro en het feit dat op de begroting van VWS veel extra corona-uitgaven staan?

Antwoord:
Nee, die relatie is er niet. De extra uitgaven die volgen uit het bestrijden van het virus en de directe medische kosten zijn generaal toegevoegd aan de begroting van VWS. Zie voor de besteding van de korting het antwoord op vraag 434.

Vraag 430
Hebben andere ministeries ook een korting op hun begroting? Zo ja, kunt u daar een overzicht van geven? Zo nee, waarom de VWS-begroting wel?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 428.

Vraag 431
Hoe werkt de meerjarige korting van structureel 100 miljoen euro door op diverse beleidsartikelen?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 428.

Vraag 432
Kunt u aangeven welk bedrag in 2021 gereserveerd staat voor de aanschaf-, productie- en ontwikkelkosten van coronavaccins? Gaat het om 300.000 euro zoals genoemd op de pagina's 22 en 30, of om 300 miljoen euro zoals aangegeven op de pagina's 25, 52 en 214?

Antwoord:
In 2021 staat € 300 miljoen gereserveerd voor de aanschaf, productie- en ontwikkelkosten van een veilig en effectief vaccin tegen het coronavirus.
Vraag 433
Welk deel van de subsidie(regelingen) inzake ziektepreventie wordt besteed om bekende en onbekende infectieziektedreigingen inclusief zoönosen en vector gebonden (onder andere teken, invasieve exotische muggen) aandoeningen snel te kunnen signaleren en bestrijden?

Antwoord:
Het snel signaleren en bestrijden van bekende en onbekende infectieziektedreigingen wordt met name gefinancierd via het beschikbare budget voor het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM (CIb) en de NVWA. De uitgaven voor het CIb en de NVWA zijn beide terug te vinden onder Artikel 1 Volksgezondheid bij het instrument Bijdrage aan Agentschappen: RIVM: Opdrachtverlening aan kenniscentra (CIb) en het instrument Bijdrage aan Agentschappen: Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit.
Via een subsidie loopt een bijdrage aan de activiteiten van het Dutch Wildlife Health Centre voor het signaleren van ziekten in wilde dieren. De VWS-bijdrage van € 0,3 miljoen loopt via het Ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit.

Vraag 434
Hoeveel zorggebouwen hebben schade gemeld in het gaswinningsgebied? In hoeveel van die gevallen is de schade inmiddels hersteld?

Antwoord:
Alle 71 (Wlz) zorggebouwen in het gebied zijn geïnspecteerd en zullen worden versterkt of vervangen door nieuwbouw. Voor 20 locaties is gekozen voor nieuwbouw en 51 gebouwen zullen worden versterkt. Deze nieuwbouw vloeit voort uit de afspraken van «Het Groninger Zorgakkoord» van 11 maart 2019. Daarin hebben zorginstellingen, gemeenten, het zorgkantoor, verzekeraar Menzis, de provincie en het Ministerie van VWS en BZK afspraken gemaakt over nieuwbouw van 800 intramurale plaatsen, 85 dagbestedingsplaatsen en 30 kinderdagcentrumplaatsen. Partijen kunnen voor hun plannen voor nieuwbouw subsidie aanvragen.

De te versterken gebouwen worden volgens de planning vanaf Q4 2019 t/m 2023 verdeeld over drie jaarlijkse tranches versterkt. De eerste 16 gebouwen uit de eerste tranche worden nu versterkt. Volgens planning worden er twee dit jaar afgerond. De resterende gebouwen volgen vanaf 2021.

Vraag 435
Hoeveel en welke zorggebouwen zijn inmiddels versterkt in het gasbevingsgebied in Groningen?

Antwoord:
De te versterken gebouwen worden volgens de planning vanaf Q4 2019 t/m 2023 verdeeld over drie jaarlijkse tranches versterkt. De eerste 16 gebouwen uit de eerste tranche worden nu versterkt. Volgens planning worden er twee dit jaar afgerond (Fazant 20–22 en Merel 40–42 van organisatie Ter Laan in Bedum). De 48 resterende gebouwen, waarvan nog 14 uit de eerste tranche, volgen vanaf 2021.

Vraag 436
Hoeveel en welke zorggebouwen moeten nog worden versterkt?

Antwoord:
De te versterken gebouwen worden volgens de planning vanaf Q4 2019 t/m 2023 verdeeld over drie jaarlijkse tranches. De eerste 16 gebouwen uit de eerste tranche worden nu versterkt. Volgens planning worden er 2 hiervan dit jaar afgerond. De resterende 14 uit de eerste tranche en de andere tranches (in totaal betreft het 48 gebouwen) volgen vanaf 2021.

Vraag 437
Wie betaalt de versterking van deze gebouwen?

Antwoord:
De versterking wordt betaald door de NAM.

Vraag 438
Om hoeveel bewoners gaat het die in deze gebouwen wonen?

Antwoord:
Totaal gaat het om ongeveer 1500 bewoners.

Vraag 439
Kunnen deze mensen in het gebouw blijven wonen wanneer er wordt versterkt?
Zo nee, waar kunnen zij dan naar toe?

Antwoord:
Nee, tijdens de versterking zullen de bewoners het pand voor een langere periode moeten verlaten. De bewoners krijgen zolang vervangende huisvesting

Vraag 440
Wat zijn de ervaringen van deze mensen?

Antwoord:
Voor de bewoners is verhuizen ingrijpend. Om die reden vraagt dat veel zorgvuldige voorbereiding en intensieve (extra) begeleiding. Dit maakt onderdeel uit van de aanpak.

Vraag 441
Hoe komt het, concreet, dat er een onderschrijding is op het budget van de wijkverpleging?

Antwoord:
Op basis van realisatiecijfers is al enkele jaren een toenemende onderschrijding van het kader wijkverpleging zichtbaar. Zie ook het antwoord op vraag 943. Dit cijferbeeld is uitvoerig besproken met de hoofdlijnenakkoord-partijen in de wijkverpleging, en heeft geleid tot het

onderzoek door Equalis[35]. Het betreft een kwalitatief onderzoek waarin gezocht is naar verklaringen voor deze onderschrijdingen. Het onderzoek laat zien dat met name het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraars, de scherpere discussie die gevoerd wordt over rechtmatigheid in combinatie met de verschuiving van «zorgen voor» naar «zorgen dat» en in mindere mate de toenemende arbeidsmarktproblematiek de belangrijkste verklaringen vormen voor de onderschrijding op het financieel kader wijkverpleging. Het onderzoek laat ook zien dat cliënten – ondanks de lagere uitgaven aan wijkverpleging – nog steeds de zorg krijgen die zij nodig hebben.

Vraag 442
Waarom wordt gekozen voor een overheveling vanuit het hoofdlijnenakkoord (HLA) Wijkverpleging, terwijl u tegelijkertijd ook het doel heeft dat zorg in 2030 voor 50% of meer in de eigen leefomgeving wordt georganiseerd? Kan het budget niet op een andere manier ingezet worden ten behoeve van het HLA Wijkverpleging?

Antwoord:
Met de betrokken HLA-partijen zijn afspraken gemaakt over het overhevelen van € 60 miljoen vanuit het kader voor de zorginkoop van wijkverpleging naar de VWS-begroting. Het is niet ongebruikelijk dat een deel van de HLA-middelen c.q. groeiruimte wordt aangewend buiten het kader voor de zorginkoop door zorgverzekeraars. Ter verwezenlijking van de doelen uit het HLA ligt het voor sommige onderwerpen of instrumenten voor de hand dat de verzekeraars niet de aangewezen financier zijn, maar bekostiging vanaf de VWS-begroting passender is. Voor het oplossen van knelpunten in de wijkverpleging is er zowel een financieel kader wijkverpleging beschikbaar als een begrotingsbudget ter grootte van € 60 mln. De via dit begrotingsbudget uit te voeren regeling maakt directe investeringen in de wijkverpleging mogelijk waar zorgaanbieders en zorgverleners rechtstreeks een beroep op kunnen doen. Daarnaast blijft het mogelijk om via contractering door zorgverzekeraars structureel te investeren in de wijkverpleging.

Vraag 443
Hoe zorgt u ervoor dat de overheveling uit de sector HLA Wijkverpleging naar de VWS-begroting niet ten koste gaat van de effectiviteit van het hoofdlijnenakkoord?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 442.

Vraag 444
Wat voor rol hebben wijkverpleegkundigen in het tegengaan van ondervoeding bij thuiswonende ouderen?

Antwoord:
Cliënten worden door de wijkverpleging zoveel mogelijk in staat gesteld om zelfredzaam te blijven en de eigen regie over het leven thuis voort te zetten. Wijkverpleegkundigen letten daarom op een breed scala van aspecten, waaronder het belang van goede voeding cq het tegengaan van ondervoeding.

Vraag 445
Waarom is er niet voor gekozen om de corona-clausule meer in te zetten als een regeling waardoor innovaties uit de coronacrisis voortgezet kunnen worden, ook na de coronacrisis, aangezien de SET wordt

[35] Kamerstukken II, 2019–2020, 23 235, nr. 210

uitgebreid met een corona-clausule, waardoor technologie die het gedurende de coronacrisis mogelijk maakt om zorg op afstand te verlenen kan worden gesubsidieerd?

Antwoord:
Met de corona-clausule waarmee de Stimuleringsregeling E-health Thuis (SET) is uitgebreid, de SET COVID-19, is in totaal een bedrag van € 23 miljoen beschikbaar gesteld zodat aanbieders ondersteuning, zorg of jeugdhulp op afstand kunnen leveren gedurende de coronacrisis. De SET COVID-19 is in de beginfase van de coronacrisis opgezet om deze organisaties op een toegankelijke wijze te helpen hun aanbod van ondersteuning, zorg of jeugdhulp te continueren. In juli jl. is met de SET COVID-19 2.0 nog eens € 77 miljoen extra beschikbaar gesteld om de inzet van zorg en ondersteuning op afstand door aanbieders van wijkverpleging, huisartsenzorg, GGZ en ondersteuning in het kader van de Wmo-2015 te stimuleren. In de SET COVID-19 2.0 is extra aandacht besteed aan een duurzame inzet van zorg en ondersteuning op afstand, zodat de inzet van deze technologie ook na de coronacrisis ingebed blijft. Met de aanbieders, professionals en inkopers van zorg starten we een traject om de ervaringen en kennis die met de inzet van digitale zorg, als gevolg van de coronacrisis, zijn opgedaan, door te zetten naar structureel gebruik.

Vraag 446
Kunt u concreter aangeven waar de beschikbare gelden voor begroot zijn en welke activiteiten hiermee aanvullend uitgevoerd kunnen worden? Kunt u daarbij concreter aangeven hoe deze extra 28 miljoen euro naar verhouding over de diverse zorgsectoren verdeeld wordt?

Antwoord:
De gelden zijn ingezet voor de uitbreiding van de SET-regeling met de tijdelijke noodregeling SET COVID-19. Met deze tijdelijke noodregeling is € 23 miljoen beschikbaar gesteld om aanbieders van ondersteuning, zorg of jeugdhulp te helpen zorg op afstand te kunnen leveren gedurende de coronacrisis. Voorbeelden zijn tablets met beeldzorgapps, apps om een indicatie te stellen of een mantelzorger te ontlasten, medicatiedispensers en telebegeleiding en bijbehorende licenties. In totaal zijn 460 aanvragen van de circa 1.700 aanvragen gehonoreerd, waarna het subsidieplafond van € 23 miljoen was bereikt. Onder de gehonoreerde aanvragen is een grote variëteit aan type zorgaanbieder, waaronder paramedici (136 gehonoreerde aanvragen), aanbieders van wijkverpleging en thuiszorg (77), GGZ (46), welzijnsorganisaties en dagbesteding (43) en aanbieders van beschermd wonen (29).

Vraag 447
Wat is de verklaring van de verlaging van het budget «Kosten beheer en communicatie ten behoeve van PGB2.0 systeem»?

Antwoord:
Het beschikbare budget was in 2020 hoger door een additionele investering voor de doorontwikkeling. Dit betrof inspanningen voor technisch noodzakelijke aanpassingen en conversie. Hiervoor is in 2021 geen extra budget nodig, waardoor het budget lager uitkomt.

Vraag 448
Wat is Regioplus en waardoor is er een onderbesteding op dit budget?

Antwoord:
RegioPlus is het landelijk dekkend samenwerkingsverband van veertien regionale werkgeversorganisaties in Zorg en Welzijn. RegioPlus verbindt

werkgeversorganisaties in Zorg en Welzijn en vormt de schakel tussen landelijk beleid en regionaal beleid en de uitvoering daarvan. Vanwege het belang van een goed werkende regionale infrastructuur ondersteunt VWS RegioPlus via een meerjarige projectsubsidie.

De onderbesteding die hier bedoeld wordt betreft SectorplanPlus. Voor de uitvoering van de subsidie SectorplanPlus maken we dankbaar gebruik van deze goed werkende infrastructuur van en verzorgd door Regioplus.

SectorplanPlus is zo vorm gegeven dat Regioplus namens de onderliggende aanvragen van die individuele arbeidsorganisaties in zorg en welzijn een subsidieaanvraag indient bij VWS. RegioPlus verzorgt ook de doorbetalingen van de door VWS verleende subsidie aan die organisaties. Om dat mogelijk te maken bevoorschot VWS de subsidie aan RegioPlus.

De hier bedoelde onderbesteding op het budget betreft een zogeheten kasschuif welke volgt uit de wijze van financiering. RegioPlus bevoorschot de individuele arbeidsorganisaties wanneer deze een aantal verantwoordingsstukken ter onderbouwing van hun subsidieaanvraag hebben opgeleverd. Deze onderbouwing volgt een periode nadat de subsidie verleend is. Dat betekent dat de bij verlening toegezegde bedragen niet meteen bij de start nodig zijn. Om dientengevolge te voorkomen dat er nodeloos middelen bij RegioPlus op de rekening komen te staan, is de bevoorschotting van de subsidie aan RegioPlus aangepast aan de liquiditeitsbehoefte van RegioPlus en schuift de bevoorschotting van RegioPlus naar achteren in de tijd.

Vraag 449
Wat wordt in de tabel bedoeld met structurele kosten (15 miljoen euro) voor expertisecentra voor jongeren met meervoudige problemen?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 450.

Vraag 450
Kunt u uitleggen waarom er in tabel 2 op pagina 28, een bedrag van 26 miljoen euro er structureel bij komt voor het amendement expertisecentra, maar ook 8 miljoen euro eraf, 14 miljoen euro eraf en vervolgens 15 miljoen euro erbij? Kunt u deze getallen uitleggen?

Antwoord:
Het amendement voor de verhoging van uitgaven aan expertisecentra jeugd is ingediend bij de begrotingsbehandeling van de VWS-begroting 2020 en stelt extra middelen (€ 11,5 miljoen in 2020, € 26 miljoen structureel vanaf 2021) beschikbaar op artikel 5 (Jeugd) voor expertisecentra jeugd. Het amendement voorzag in dekking uit artikel 11 (Nog onverdeeld). De verschillende mutaties in tabel 2 zien op de budgettaire verwerking van het amendement, waarbij middelen worden overgeheveld van artikel 11 naar artikel 5.

Vraag 451
Kunt u een specificatie van de 328.500 euro aan overige COVID-19 activiteiten geven?

Antwoord:
In tegenstelling tot wat u hierboven aangeeft is voor de overige COVID-19-activiteiten geen € 328,5 miljoen opgenomen als niet-juridisch verplichte uitgaven, maar een bedrag van € 238,5 miljoen. De specificatie van dit bedrag is als volgt:
Vergoeding GGD'en en Veiligheidsregio's € 179,6 miljoen;

Programma Coronodata € 4,4 miljoen;
Opdrachten GGD GHOR € 50,0 miljoen;
Vergoeding Jeugdgezondheid-instellingen die niet onder een GGD vallen € 4,5 miljoen.

Vraag 452
Welke concrete, SMART doelen liggen er ten grondslag aan de evaluatie van de maatschappelijke diensttijd?

Antwoord:
Vanuit de opgave in het regeerakkoord, en rekening houdende met de behoeftes uit de samenleving, zijn er voor MDT drie ambities/hoofddoelstellingen bepaald waaraan elk MDT-traject moet bijdragen (Kamerstukken, 19 485 nr. 4):
Jongeren doen (op termijn) iets voor een ander of de samenleving;
er is sprake van talentontwikkeling van de jongere;
er zijn ontmoetingen (buiten de eigen leefwereld van de jongere).

Om deze 3 doelstellingen van MDT SMART te maken zijn in samenwerking met het CBS 12 outcome-indicatoren geformuleerd. De beoordeling/evaluatie van de doelstellingen van MDT wordt gebaseerd op het totaal van de resultaten op deze 12 outcome-indicatoren. Daarnaast worden nog andere prestatie-indicatoren gemeten. De lijst van indicatoren is opgenomen in bijlage 3 bij de voortgangsbrief die voor het zomerreces aan de Kamer is gezonden (Kamerstukken 20 747, nr. 1).

Vraag 453
Wat zijn de kosten van het invoeren van het Nutri-Score voedsellogo, inclusief de voorbereiding, onderzoek, evaluatie et cetera?

Antwoord:
Sinds 2019 wordt gewerkt aan de voorbereiding van de introductie van het voedselkeuzelogo. Hiervoor zijn kosten gemaakt voor een consumentenonderzoek door Motivaction en een onderzoek door het RIVM en het Voedingscentrum om de aansluiting van enkele voedselkeuzelogo's bij de Schijf van Vijf te analyseren. Daarnaast zijn communicatievoorbereidingen getroffen en worden alle voorbereidende stappen afgestemd met de betrokken belanghebbende partijen (voedingsmiddelenindustrie, supermarkten en consumentenorganisaties).
In 2019 is hiervoor ongeveer € 450.000 uitgegeven. In 2020 zal dit ongeveer € 430.000 zijn.

Vanaf 2021 wordt toegewerkt naar de daadwerkelijke introductie van het voedselkeuzelogo. Hiervoor zullen kosten worden gemaakt voor de uitvoering (portaal voor bedrijven, internationale afspraken), wetenschappelijke evaluatie en een mogelijke publiekscampagne. Ook in de jaren daarna zullen kosten gemaakt worden voor de uitvoering van het voedselkeuzelogo. Naar verwachting zullen de kosten voor deze uitvoering jaarlijks rond de € 300.000 liggen. De kosten voor een publiekscampagne zijn nog niet definitief vastgesteld. Tenslotte kunnen nog kosten worden gemaakt voor aanvullende onderzoeken, zoals onderzoek naar de monitoring van de uitrol, consumentengedrag en evaluatie. Deze zijn op dit moment nog niet bekend.

Vraag 454
Wat kost het terugdraaien van de btw-verhoging op groente en fruit?

Antwoord:
Het verlaagde btw-tarief is per 2019 verhoogd naar 9%. Dit betreft onder andere eten en drinken, dus ook groente en fruit. Voor een precies

antwoord op deze vraag, zou het nodig zijn te definiëren wat exact onder «groente en fruit» moet worden verstaan. Ik geef u een indicatie, uitgaande van de consumptiecijfers van het CBS: een verlaging van de btw op groente en fruit (zowel in de supermarkt als in de horeca) naar 6% leidt tot een budgettaire derving van circa € 350 miljoen.

Vraag 455
Welke stappen neemt u om de consumptie van gezonde voeding (met name groente-inname) onder gezinnen met lage inkomens, waar problemen met gezonde eetgewoontes het grootst zijn, te stimuleren?

Antwoord:
We zetten onder andere via het Nationaal Preventieakkoord in op het gezonder maken van de dagelijkse (voedsel)omgeving om de gezonde keuze makkelijker te maken. De inzet van lokale programma's op het gebied van voeding en overgewicht, zoals de JOGG aanpak, is met name gericht op de groepen waar de problemen het grootst zijn. Scholen in wijken met veel gezinnen met lage inkomens krijgen bijvoorbeeld voorrang bij het ondersteuningsaanbod Gezonde School.

Vraag 456
Welke bedragen zijn gemoeid met de preventie van schadelijk middelengebruik, onderverdeeld in alcohol, drugs en tabak en waar wordt dit aan besteed?

Antwoord:
Een onderverdeling tussen het budget voor alcohol, tabak of drugs is niet goed te maken aangezien er een aantal jaar geleden is gekozen voor een integrale aanpak. Het grootste deel van het budget van zo'n € 19 mln voor preventie van schadelijk middelengebruik in 2021 is bestemd voor subsidies (ca. € 17 miljoen). Het budget wordt gebruikt voor inzet op het terrein van bijvoorbeeld de financiering van Stoptober en de NIX18-campagne, de financiering van verschillende monitors zoals het Peilstationonderzoek en de Nationale Drug Monitor (NDM), de infolijnen roken, alcohol en drugs, de rookvrije zorg en interventies om drugsgebruik te voorkomen.

Vraag 457
Welke bedragen zijn gemoeid met depressiepreventie, suïcidepreventie en het voorkomen van overgewicht/obesitas?

Antwoord:
Voor depressiepreventie is jaarlijks € 750.000 opgenomen in de begroting. Dat geldt ook voor 2021. Voor suïcidepreventie is in 2021 € 14,3 miljoen beschikbaar. Hiervan is € 4,8 miljoen beschikbaar voor de uitvoering van de doelstellingen en activiteiten van de nieuwe Landelijke agenda suïcidepreventie (2021–2025).
Voor gezonde leefstijl en gezond gewicht is voor 2021 € 23 miljoen opgenomen in de begroting. Deze middelen worden onder andere ingezet ten behoeve van de financiering van JOGG en de Gezonde School en andere acties die voortkomen uit het Nationaal Preventieakkoord.

Vraag 458
Hoeveel jongeren zijn afgelopen jaar opgenomen op een alcoholpoli? Welke trend is er te zien? Wat zijn de omzet- en winstcijfers van de alcoholbranche?

Antwoord:
Voor 2019 zijn er nog geen cijfers bekend van jongeren die zijn opgenomen op een alcoholpoli. Deze cijfers worden voor het eind van het

jaar aan uw Kamer gestuurd. In 2018 waren er 1400 jongeren die met een alcoholvergiftiging op de SEH-afdeling belandden. De onderzoekers van VeiligheidNL constateren in het rapport «Alcoholvergiftigingen en ongevallen met alcohol, SEH-bezoeken 2018» dat het aantal alcoholvergiftigingen op de SEH-afdeling in de leeftijdsgroep 12–17 jaar in de laatste tien jaar niet significant is gestegen.
Ik beschik niet over de omzet- en winstcijfers van de alcoholbranche.

Vraag 459
Wat is de ontwikkeling van het aantal kinderen en jongeren dat de afgelopen 10 jaar is begonnen met roken?

Antwoord:
De afgelopen 10 jaar zijn steeds minder jongeren begonnen met roken (HBSC, Universiteit van Utrecht 2017). Tussen 2007 en 2017 daalde het aantal jongeren tussen de 12 en 16 jaar dat ooit heeft gerookt significant van 36,2% naar 16,1%. De prevalentie van roken onder jongeren is in 2019 niet veranderd ten opzichte van 2017.[36] Het aantal jongeren dat dagelijks start met roken is stabiel gebleven. Succesvol beleid voor tabaksontmoediging is gebaseerd op meerdere samenhangende pijlers. Een belangrijk onderdeel van het pakket aan maatregelen richt zich op het ontmoedigen van roken onder jongeren. Dit beleid is in 2019 ingezet en zou kunnen leiden tot het verder terugdringen van de rookprevalentie onder jongeren.

Vraag 460
Wat is de ontwikkeling van het aantal kinderen en jongeren dat de afgelopen 10 jaar is begonnen met roken van e-sigaretten?

Antwoord:
Aangezien de e-sigaret nog niet zo lang op de Nederlandse markt is, zijn er pas sinds 2015 cijfers bekend over het gebruik van de e-sigaret onder kinderen en jongeren. Uit de middelenmonitor van het Trimbos onder Nederlandse studenten (16 t/m 18 jaar) in het mbo en hbo, blijkt dat het gebruik van de e-sigaret tussen 2015 en 2017 is toegenomen van 8% tot 12%. In 2019 is het gebruik van de e-sigaret meegenomen in het onderzoek Jeugd en riskant gedrag van het Trimbos-instituut. In dit onderzoek gaf in het basisonderwijs (groep 8) 3,2% van de leerlingen aan weleens met de e-sigaret geëxperimenteerd te hebben. Het percentage jongeren van 12 t/m 16 jaar dat ooit een e-sigaret heeft gebruikt is gedaald tussen 2015 (34%) en 2017 (28%). Vanaf 2017 lijkt er een lichte daling te zijn naar 25% in 2019. Van de 12–16-jarige scholieren gaf 25% aan ooit in het leven een e-sigaret te hebben gebruikt. Meer jongens (28%) dan meisjes (22%) hebben ooit de e-sigaret gebruikt.

Vraag 461
Wat is de ontwikkeling van het aantal kinderen en jongeren dat de afgelopen 10 jaar is begonnen met het gebruik van soft- en harddrugs?

Antwoord:
Het percentage 12–16 jarigen dat ooit in zijn/haar leven wel eens cannabis heeft gebruikt daalde van 14,2% in 2007 tot 10,4% in 2019 (Bron: Jeugd en Riskant Gedrag 2019, Trimbos-instituut 2020). Het gebruik in de maand voorafgaand aan het tijdstip van onderzoek (laatste maand gebruik) liep terug van 6,8% in 2007 naar 5,3 in 2019. Sinds 2015 wordt het cannabisgebruik onder deze groep elke twee jaar gemeten, voorheen was dat eens in de vier jaar.

[36] Bijlage bij Kamerstukken II 2019/20, 35 300, nr. 166.

Volgens dezelfde bron daalde het percentage 12–16 jarigen dat ooit in zijn/haar leven een harddrug heeft gebruikt van 3,6% in 2007 naar 2,8% in 2019.

Vraag 462
Welke vaccinaties voor kinderen en ouderen worden in 2019 vergoed?

Antwoord:
In Nederland wordt aan kinderen vaccinaties aangeboden die beschermen tegen 12 ernstige infectieziekten, het gaat om: difterie, kinkhoest, tetanus, polio, hemophilus influenza type B, hepatitis B, pneumokokkenziekte, bof, mazelen, rodehond, meningkokken ACWY en HPV-gerelateerde kanker. Sinds eind 2019 wordt ook de kinkhoestvaccinatie aan zwangere vrouwen aangeboden.

Kinderen komen tot 18 jaar in aanmerking voor de vaccinaties uit het Rijksvaccinatieprogramma, dus als zij een vaccinatie gemist hebben en die in willen halen kan dat nog tot 18 jaar gratis.
Een duidelijke infographic van de vaccins voor kinderen is te vinden op de website van het Rijksvaccinatieprogramma.

In Nederland worden aan ouderen het griepvaccin aangeboden in een door de overheid gefinancierd programma, het Nationaal Programma Grieppreventie. De prik is voor mensen van 60 jaar en ouder en volwassenen en kinderen met bepaalde medische aandoeningen. Deze mensen ontvangen van hun huisarts een uitnodiging voor de jaarlijkse griepprik. Daarnaast wordt vanaf dit najaar ook de pneumokokkenvaccinatie aangeboden aan ouderen vanaf 60 jaar, te starten met ouderen in de leeftijd van 73 tot en met 79 jaar. De komende jaren zullen ook de andere leeftijdsgroepen worden opgeroepen.

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

Vraag 463
Worden de middelen die overgaan naar de gemeente betreffende de uitvoering van een deel van het Rijksvaccinatieprogramma geoormerkt? Hoe wordt gegarandeerd dat gemeenten deze middelen ook daadwerkelijk aan het Rijksvaccinatieprogramma besteden?

Antwoord:
De middelen die overgaan naar het Gemeentefonds voor de uitvoering van een deel van het Rijksvaccinatieprogramma zijn niet geoormerkt. Gemeenten maken hierover (financiële) afspraken met de uitvoerende organisaties.

Alhoewel het geen geoormerkt geld betreft, gaat het hier wel om een wettelijke taak voor de gemeente. Het college moet verantwoording afleggen aan de raad, de zgn horizontale verantwoording. In ultimo, wanneer de gemeente haar taak onvoldoende uitvoert, kan de Minister de taak, onder de noemer taakverwaarlozing, overnemen.

Door surveillance van de vaccinatiegraad op gemeenteniveau (door het RIVM, gepubliceerd via https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/vaccinaties/regionaal-internationaal/zuigelingen) is wel inzicht in de uitvoering per gemeente.

Vraag 464
Welke acties worden ondernomen om de daling sinds 2005 van het percentage deelname aan het Rijksvaccinatieprogramma te keren?

Antwoord:
In de brief «Verder met vaccineren» (Kamerstukken 32 793, nr. 338) van november 2018 zijn alle acties die wij ondernemen om de vaccinatiegraad te verhogen uiteengezet. Ik zet mij in op de volgende actielijnen:
1. Beter aansluiten met onderzoek, voorlichting en communicatie
2. Actief tegengaan van onjuiste informatie
3. Rol van professionals verder versterken
4. Mogelijkheden bieden om vaccinaties in te halen
5. Meer aandacht voor vaccinatie tegen door HPV veroorzaakte kanker
6. Onderzoek naar oplossingsrichtingen met betrekking tot de kinderopvang

In de Kamerbrieven van juni 2019 (Kamerstukken 32 793, nr. 392), januari 2020 (Kamerstukken 32 793, nr. 473) en juni 2020 (Kamerstukken 32 793, nr. 485) informeerde ik u over de voortgang van «Verder met vaccineren». Ik heb daarbij aandacht besteed aan de vaccinatiealliantie, op communicatie en de aanpak van onjuiste informatie, op de ondersteuning van professionals met wetenschappelijk onderzoek naar gesprekstechnieken en op aanvullende contactmomenten. De vaccinatiegraad stabiliseerde in 2018 en steeg weer in 2019. Zoals vermeld aan uw Kamer op 3 juni jl., was er ten tijde van het begin van de crisis een terugloop van ongeveer 5% ten opzichte van vorig jaar te zien in de deelname van zuigelingen aan het RVP. Ik heb vanuit het RIVM en de JGZ vernomen dat deze daling in deelname – die dankzij de enorme inzet van de JGZ beperkt is gebleven – inmiddels is verminderd doordat kinderen op een later moment alsnog worden gevaccineerd. De verwachting is dat bij het vaststellen van de definitieve vaccinatiegraad voor dit cohort deze daling zo goed als volledig is hersteld. Dit is uiteraard wel afhankelijk van het verdere verloop van COVID-19 dit najaar en daarna.

Vraag 465
Kunt u inzicht geven in de ontwikkeling van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen over de afgelopen jaren? Kunt u daarbij onderscheid maken naar mensen met een laag, een modaal en een hoog inkomen? Wat zijn tot nu toe de resultaten van de preventiecoalities?

Antwoord:
Voor een overzicht van de ontwikkeling van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen over de afgelopen jaren, uitgesplitst naar laag, een modaal en een hoog inkomen verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 83.

Het RIVM volgt de ontwikkelingen van het programma Preventie in het zorgstelsel en rapporteert daar ieder jaar over (zie de brief 5 juli 2019, Kamerstukken 32 793, nr. 403). De preventiecoalities zijn onderdeel van dit programma. De coalities richten zich met name op preventie voor risicogroepen. Het is aan de partners in de coalities om vast te stellen op welke doelgroepen zij zich willen richten. De sociaaleconomische situatie kan daarbij een van de aandachtspunten zijn. Dit is bijvoorbeeld zo bij de preventiecoalitie Samen voor Heerlen.

Vraag 466
Hoe haalbaar is de doelstelling dat in 2040 nog slechts 5% van de Nederlanders rookt terwijl dit nu 22% is?

Antwoord:
In het Nationaal Preventieakkoord is afgesproken dat we streven naar een rookvrije generatie in 2040. Naast deze ambitie dat 0% van de jongeren in 2040 nog rookt, streven we er ook naar dat in 2040 minder dan 5% van de inwoners van Nederland van 18 jaar en ouder rookt en 0% van de zwangere vrouwen. In 2018 heeft het RIVM de effectiviteit van de voorgenomen acties en doelstellingen uit het Nationaal Preventieakkoord doorgerekend en het bleek dat het percentage volwassen rokers in 2040 dicht in de buurt kan komen van de ambitie voor deze groep[37]. Wel gaf het RIVM aan dat de ambities voor jongeren en zwangere vrouwen aanvullende acties vergen. Het kabinet neemt deze conclusie van het RIVM zeer serieus en heeft verschillende stappen gezet in de richting van aanvullende maatregelen zoals toegelicht in de voortgangsbrief over het Nationaal Preventieakkoord van 22 juni 2020[38]. Deze aanvullende maatregelen zullen ook bijdragen aan het behalen van de ambitie voor volwassen rokers.

Vraag 467
In de tabel budgettaire gevolgen van beleidsartikel 1 staat vaccinaties tweemaal vermeld, enerzijds onder subsidies en anderzijds onder RIVM: vaccinaties, betreft dit twee verschillende uitgavenposten voor dezelfde vaccins? Zo niet, wat houden deze uitgavenposten dan wel in?

Antwoord:
Conform de Rijksbegrotingsvoorschriften dienen de begrotingsuitgaven per instrument te worden opgenomen. Omdat de kosten voor de uitvoering van de griep- en pneumokkenvaccinatie deels via het instrument subsidies (zetten van de vaccins) en deels via het instrument bijdrage aan agentschappen (aankoop vaccins en kosten RIVM) worden verricht, zijn er inderdaad twee, verschillende, uitgavenposten opgenomen. Onder de post bijdrage aan agentschappen zijn ook de kosten voor de uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma opgenomen.

Vraag 468
Kunt u aangeven waarom de bijdrage op de posten ziektepreventie en gezonde leefstijl en gezond gewicht tot 2025 daalt?

Antwoord:
De afname op het instrument subsidie Ziektepreventie wordt veroorzaakt doordat er in de jaren 2019 t/m 2021 incidentele middelen zijn opgenomen voor de uitvoering van de Beleidsregel tegemoetkoming Q-koorts en voor de bestrijding van de gevolgen van COVID-19.

De daling ten aanzien van de bijdrage op de post gezonde leefstijl en gezond gewicht komt doordat dit kabinet via het Nationaal Preventieakkoord een impuls heeft gegeven aan deze thema's. Deze impuls loopt na de huidige kabinetsperiode deels terug.

Vraag 469
Hoe wordt de geraamde stijging van 8,3 miljoen euro in 2021 voor de subsidie van bevolkingsonderzoeken verklaard?

Antwoord:
De stijging van € 8,3 miljoen voor de subsidie van bevolkingsonderzoeken wordt verklaard doordat er vanaf 2021 middelen zijn toegevoegd voor de invoering van de 13-weken echo.

---

[37] RIVM, 2018, Quickscan mogelijke impact Nationaal Preventieakkoord.
[38] Kamerstukken II 2019/20, 32 793, nr. 484.

Vraag 470
De verwachte uitgaven aan de subsidieregeling Abortusklinieken wordt in 2021 vrijwel gelijkgesteld aan die van 2020, terwijl de lagere verwachte uitgaven van 2020 (in vergelijking met 2019) een gevolg kunnen zijn van de corona pandemie; op basis van welke berekening wordt deze subsidieregeling naar beneden bijgesteld en welk effect heeft de wijziging Subsidieregeling Abortusklinieken in verband met de inhoudelijke wijzigingen en de verlenging van de werkingsduur hierop?

Antwoord:
De begroting in 2020 is gebaseerd op de subsidieaanvragen van de abortusklinieken voor dat jaar. Dit vormt ook de basis voor de begroting van de daaropvolgende jaren. Overigens is ook in de corona-periode de Nederlandse abortushulpverlening beschikbaar en toegankelijk gebleven, de lagere inschatting vanaf 2020 is daar dus niet het gevolg van. Met betrekking tot de wijzigingen van de Subsidieregeling Abortusklinieken is berekend dat met de nieuwe tarieven en prestaties het budget van VWS ongeveer hetzelfde zal blijven.

Vraag 471
Welke resultaten heeft het programmabureau «Alles is Gezondheid» tot op heden bereikt?

Antwoord:
Alles is Gezondheid is in 2014 gestart als aanjager en ondersteuning van gezondheidsinitiatieven die bijvoorbeeld bedrijven, gemeenten, zorgaanbieders, sportclubs en scholen nemen voor een gezonder en vitaler Nederland. Het is een zelfregulerend netwerk waarin netwerkpartners vernieuwend en bottom-up samenwerken. Alles is Gezondheid onderneemt op eigen initiatief en op aanvraag diverse activiteiten (expertmeetings, jaarlijks congres, regionale bijeenkomsten) om partijen te ondersteunen. Resultaten hiervan zijn dat er nu ruim 3000 partners met 433 ondertekende beloftes (plegers) rondom gezondheid zijn. Daarnaast zijn er 16 regionale netwerken opgezet en 3 thematische allianties. In 2020 is een strategisch samenwerkingsverband gesloten met het Institute for Positive Health (iPH).

Vraag 472
Welke samenwerking is reeds tot stand gebracht binnen «Alles is Gezondheid»?

Antwoord:
Er zijn door ruim 3000 partners 433 ondertekende beloftes (pledges) rondom gezondheid opgesteld. Daarnaast zijn er 16 regionale netwerken opgezet en 3 thematische allianties. In 2020 is een strategisch samenwerkingsverband gesloten met het Instituut van Positieve Gezondheid. Op de website van het programma (www.allesisgezondheid.nl) worden alle samenwerkingsvormen gepresenteerd.

Vraag 473
Op welke wijze zijn de «Gezond in de Stad» (GIDS)-gelden het afgelopen jaar besteed? Is het hele bedrag besteed aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden? Welke resultaten zijn behaald?

Antwoord:
De GIDS-gelden zijn een decentralisatie-uitkering. De gelden worden dus wel met een bestemming verstrekt (het terugdringen van gezondheidsachterstanden), maar worden niet strikt geoormerkt. Vanuit VWS mag niet om verantwoording bij de gemeenten gevraag worden, noch om behaalde resultaten. Pharos, die de GIDS-gemeenten ondersteunt in het

terugdringen van gezondheidsachterstanden nam in 2019 wel bij de GIDS-gemeenten een enquête af m.b.t. de besteding van de GIDS-gelden.

Alle deelnemende gemeenten gaven aan de middelen te besteden aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden. De manier waarop verschilde per gemeente. Er zijn grofweg vijf categorieën van besteding geïdentificeerd:
Concrete activiteiten
GIDS-middelen zijn opgenomen in budget voor lokaal gezondheidsbeleid
Salaris van personen die zich bezighouden met gezondheidsachterstanden
Proces om tot GIDS-aanpak te komen
Financieren van initiatieven van inwoners, vrijwilligers of zorgprofessionals

De behaalde resultaten zijn op procesniveau uitgevraagd en eveneens in vijf categorieën opgedeeld:
Gedrag en vaardigheden, gemeenten besteden de GIDS-gelden aan:
Leefstijlinterventies (gericht op o.a. roken, middelengebruik en overgewicht)
Vaardigheden (sociale vaardigheden, weerbaarheid, opvoedondersteuning en signaleren en verminderen van laaggeletterdheid).
Participatie, gemeenten besteden de GIDS-gelden aan:
Interventies gericht op mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt
Taallessen
Armoede en schulden
Fysieke omgeving, gemeenten besteden de GIDS-gelden aan:
Moestuinen
Speeltuinen
Watertappunten
Het bijhouden van de groene natuur
Preventie en zorg, gemeenten besteden de GIDS-gelden aan de thema's diabetes, dementie en chronische- en psychische ziekten:
Diabetes
Dementie
Chronische- en psychische ziekten
De aanpak Kansrijke Start
Overig
EHealth
Interventies gericht op kwetsbare ouderen en kinderen.

Vraag 474
Hoe zijn de budgetten binnen de ZonMw-programma's onderverdeeld binnen elk artikel, kunt u daarbij een uitsplitsing geven?

Antwoord:
Hieronder vindt u de onderverdeling van de ZonMw-programma's.

Programma	2021	2022	2023	2024	2025
Artikel 1					
Preventie	8.880	8.875	7.655	8.187	8.046
Infectieziektebestrijding	1.709	2.690	3.200	3.200	3.200
Jeugdgezondheidszorg	2.870	3.391	3.896	3.571	3.464
Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap	3.480	3.435	2.340	2.635	1.825
Pluripotent stamcelonderzoek	4.934	4.805	4.482	5.032	4.782
COVID-19 onderzoek	9.042	4.246	1.540	1.519	0
Overige Programma's	17.985	17.159	17.487	15.756	8.983
Artikel 2					
Doelmatigheidsonderzoek	11.578	7.481	5.556	4.094	3.117
Goed Gebruik Geneesmiddelen	18.325	20.730	22.065	22.566	22.565
Citrienfonds	4.000	2.000	4.000	0	0
Mensen met verward gedrag	6.621	420	400	200	0
Zwangerschap en geboorte	3.005	3.184	2.478	1.420	0
Expertisefunctie Zintuigelijk Gehandicapten	23.905	11.324	37.009	24.494	24.494
Translationeel Onderzoek	2.077	2.000	202	204	0
Personalized medicine	2.015	2.015	400	0	0
Oncode	2.037	551	0	0	0
Kwaliteitsrichtlijnen wijkverpleging	1.872	1.938	1.420	556	0
Kwaliteitsgelden,	33.618	32.746	34.287	31.559	31.559
Topspecialistische Zorg en onderzoek	6.325	6.326	6.309	6.301	2.101
Goed Gebruik Hulpmiddelenzorg	2.761	3.676	3.724	2.660	1.978
onderzoeksprogramma GGZ	5.425	5.260	4.850	5.484	5.822
Overige Programma's	23.636	23.249	31.600	31.862	22.964
Artikel 3					
Palliantie, Meer dan Zorg	5.312	2.800	1.200	0	0
Memorabel	3.187	3.000	3.000	3.000	3.000
Academische werkplaatsen ter versterking kennisinfrastructuur langdurige zorg	5.326	4.336	6.185	5.300	5.026
Langdurige Zorg en ondersteuning	10.960	7.499	801	5.000	5.000
Academische werkplaatsen Verstandelijke beperking	5.120	5.120	5.291	5.331	3.326
Zingeving en Geestelijke verzorging	2.597	2.112	300	0	0
Dak en thuislozen	45.500	0	0	0	0
Overige Programma's	14.398	13.033	8.323	7.769	6.448
Artikel 4					
Maatschappelijke diensttijd	47.621	10.536	1.405	0	0
Juiste zorg op de juiste plek,	5.171	2.126	0	0	0
Zorgevaluatie en gepast gebruik	3.259	4.266	5.281	6.193	6.673
Voor elkaar!	4.329	4.308	2.062	800	
Overige Programma's	11.420	8.964	8.652	7.207	4.427
Artikel 5					
Wat werkt voor de jeugd	1.366	1.753	2.156	1.897	1.225
Geweld hoort nergens thuis	892	688	268	67	0
Regionale Kenniswerkplaatsen Jeugd	1.684	1.583	1.938	3.521	2.000
Overige Programma's	558	576	438	415	175
Artikel 6					
Kennis- en innovatieagenda sport	1.145	500	0	0	0
Topteam sport	2.500	1.500	0	0	0
Sportimpuls	873	0	0	0	0
onderzoeksprogramma Sport en Bewegen	1.889	1.889	389	390	390
Sportinnovator	2.839	2.032	207	0	0
Overige Programma's	754	379	504	510	210

Vraag 475
Kunt u, per vaccinatieprogramma, bevolkingsonderzoeken en screeningen uit tabel 12, het streefpercentage geven voor deelname?

Antwoord:
Voor de bevolkingsonderzoeken naar kanker geldt dat mensen een goed geïnformeerde keuze moeten kunnen maken om wel of niet deel te nemen. De bevolkingsonderzoeken naar kanker leveren op bevolkingsniveau gezondheidswinst op. Op individueel niveau kan deelname voordeel opleveren doordat kanker eerder opgespoord wordt en succesvol kan worden behandeld. Deelname kan echter ook nadelen opleveren vanwege onnodig vervolgonderzoek of overbehandeling. Om

die reden hanteert VWS geen streefgetal voor deelname aan de bevolkingsonderzoeken naar kanker. Wel zie ik dat de deelname bij in ieder geval de bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhalskanker en borstkanker met de jaren afneemt. Dit kan een signaal zijn dat vrouwen belemmeringen ervaren bij het deelnamen aan het bevolkingsonderzoek. Via ZonMw lopen diverse onderzoeken gericht op het faciliteren dat mensen een goed geïnformeerde keuze kunnen maken over deelname. Verder kijkt het RIVM naar de voorlichting aan genodigden over het bevolkingsonderzoek om te kijken of dit beter kan aansluiten bij de informatiebehoefte.

Voor de NIPT geldt geen streefwaarde voor deelname. Deelname aan de prenatale screening op down-, edwards- en patausyndroom is een keuze die stellen die een kind verwachten zelf maken op basis van neutrale counseling. Of een stel deelneemt hangt samen met persoonlijke overwegingen en ouders moeten ook vrij zin om te kiezen niet deel te nemen. Het is van groot belang dat alle kinderen in Nederland welkom zijn en dat de zorg voor kinderen met aangeboren aandoeningen en afwijkingen goed is geregeld.

Voor de hielprik geldt als streefgetal 99% deelname. De deelname aan de hielprik is hoog en dat verheugt mij. Ook hier zie ik echter, al zij het langzaam, een lichte daling in de deelname. Onder de vlag van ZonMw loopt op dit moment een studie naar de psycho-sociale effecten van de hielprik waarbij ook wordt onderzocht waarom ouders er voor kiezen niet deel te nemen.

Het gebruik van een streefcijfer voor de vaccinatiegraad heeft voordelen, het is helder en duidelijk. Maar we moeten niet vergeten dat dit streefcijfer voor verschillende ziekten een verschillende betekenis heeft. Streefcijfers zijn vooral relevant als uitroeiing van een infectieziekte het doel is van vaccinatie, zoals voor mazelen, rodehond, polio en hepatitis B. Voor andere Rijksvaccinatieprogramma-ziektes, zoals meningokokkenziekte en infecties met Haemophilus influenzae type is groepsbescherming van groot belang. Voor weer andere ziekten, met een zeer ernstig verloop en handicap en sterfte als gevolg, zoals tetanus, is het streven naar een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad gericht op een zoveel mogelijk individuele gezondheidswinst. In alle gevallen kan 95% als streefcijfer gebruikt worden, maar het belang varieert in de verschillende situaties.

Vraag 476
Kan in een overzicht worden aangegeven wat de totale uitgaven aan verschillende vaccinaties in de periode 2010–2019 zijn geweest en wat de verwachting is voor de uitgaven in de komende jaren?

Antwoord:
Hieronder vindt u wat de totale uitgaven uit de VWS-begroting aan verschillende vaccinaties in de periode 2010–2019 zijn geweest en wat de verwachting is voor de uitgaven in de komende jaren:

Uitgaven aan Vaccinaties (bedragen * € 1,0 mln.)

Jaar	RVP	Griep	Pneumokokken
2010	95,3	55,3	0,0
2011	105,7	58,8	0,0
2012	106,8	53,2	0,0
2013	94,9	54,4	0,0
2014	94,4	53,3	0,0
2015	95,0	50,1	0,0
2016	84,6	48,3	0,0
2017	84,4	47,8	0,0

Jaar	RVP	Griep	Pneumokokken
2018	95,3	47,5	0,0
2019	100,8	57,0	6,0
2020	71,6	69,8	36,8
2021	156,0	65,2	37,3
2022	107,2	66,4	37,3
2023	83,7	67,6	37,3
2024	84,6	68,8	37,3
2025	69,8	70,1	37,3

De fluctuatie van 2019 ten opzichte van 2020 wordt verklaard doordat de uitvoeringskosten voor het RVP (€ 31,8 mln.) vanaf 2019 zijn overgeheveld naar het Gemeentefonds. Daarnaast hebben in 2019 vier aanvullende leeftijdscohorten een meningokokken ACWY-vaccinatie aangeboden gekregen (€ 34,3 mln.).
De fluctuatie in de periode 2021–2025 heeft te maken met de inhaalcampagne HPV-vaccinatie waar in de voorjaarsbesluitvorming extra middelen voor beschikbaar zijn gesteld (2021 € 64,6 mln., 2022 € 39,2 mln. 2023 € 14,8 mln. en 2024 € 14,8 mln.).

Vraag 477
Kan in een overzicht aangegeven wat de totale uitgaven aan verschillende vaccinaties tussen 2010 en 2015 zijn geweest en wat de verwachting is voor de uitgaven in de komende jaren?

Antwoord:
Ik verwijs u hiervoor naar het antwoord op vraag 478.

Vraag 478
Hoe zijn de subsidiegelden van 153,5 miljoen euro aan bevolkingsonderzoeken verdeeld over de vier beschreven doelen, te weten (1) het financieren, bewaken en verbeteren van de kwaliteit van de landelijke bevolkingsonderzoeken naar borstkanker, baarmoederhalskanker en darmkanker, (2) het financieren van de Regionale centra prenatale screening, (3) het financieren van de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en (4) het financieren van de 13-weken echo?

Antwoord:
De verdeling van de subsidiegelden van € 153,5 miljoen aan bevolkingsonderzoeken is als volgt verdeeld:
(1) het financieren, bewaken en verbeteren van de kwaliteit van de landelijke bevolkingsonderzoeken naar borstkanker, baarmoederhalskanker en darmkanker € 122,5 miljoen;
(2) het financieren van de Regionale centra prenatale screening € 4,5 miljoen;
(3) het financieren van de niet-invasieve prenatale test (NIPT) € 16,5 miljoen;
(4) het financieren van de 13-weken echo € 10,0 miljoen.

Vraag 479
Hoeveel geld is gereserveerd voor het aanbestedingstraject dat het RIVM zal starten om de continuering van het aanbod van de NIPT-test na 2023 te kunnen garanderen?

Antwoord:
Via mijn brief van 3 april 2020 over de adviesaanvraag Gezondheidsraad over de bevindingen NIPT, heb ik u de uitvoeringstoets NIPT toegestuurd die het RIVM heeft opgesteld. Hierin staat welke voorbereidingen moeten worden getroffen om de continuering van het aanbod van de NIPT na

2023 te kunnen garanderen. Voor wat betreft de benodigde aanbestedingen zijn de kosten geraamd op € 578.000 in het eerste jaar van de voorbereiding, € 683.000 in het tweede jaar en € 718.000 in het derde jaar. Er moeten ten minste drie aanbestedingen worden uitgevoerd; de screeningslaboratoria, de bloedafnamediensten, en de totaaloplossing (o.a. laboratoriumapparatuur, NIPT bloedafnameset, software, testkits, reagentia en disposables). De genoemde verwachte kosten van deze aanbestedingen kunt u vinden op pagina 99 van de uitvoeringstoets in tabel 6: Eenmalige kosten van de implementatie van de NIPT.

Vraag 480
Kunt u inzicht geven hoeveel geld de twee wetenschappelijke TRIDENT-studies over de afgelopen jaren in totaal hebben gekost, en daarbij ingaan op de nog te verwachten kosten tot de afronding van het TRIDENT-2 onderzoek in 2023?

Antwoord:
Het gaat hier om de TRIDENT-1 studie (het verrichten van de NIPT bij zwangeren met een verhoogd risico) en de TRIDENT-2 studie (het verrichten van de NIPT als eerste test). De TRIDENT-1 studie is inmiddels afgerond. De onderzoeksetting van de TRIDENT-2 studie loopt tot april 2023, maar het budget voor het wetenschappelijk onderzoek loopt tot april 2021. In totaal is er via ZonMw € 784.976,– aan budget voor beide TRIDENT-studies toegekend. De verdeling is als volgt.

TRIDENT-1 studie
Toegekend budget: € 199.976,–
Looptijd: 24 maanden (van april 2014–april 2016)

TRIDENT-2 studie
Toegekend budget oorspronkelijk project: € 350.000,–
Aanvullende toekenning voor 2 onderzoeksvragen: € 235.000,–
Totaal: € 585.000,–

Looptijd oorspronkelijke studie: 36 mnd. + budget neutrale verlenging van 12 mnd. = 48 mnd. (van april 2017–april 2021; eindverslag volgt augustus 2021).
Looptijd aanvullende onderzoeksvraag «redenen voor vrouwen rond niet deelname»: 10 mnd. (juni 2020–april 2021).
Looptijd aanvullende onderzoeksvraag «testeigenschappen van NIPT bij meerling zwangerschappen»: 24 mnd. (1 juni 2020–1 juni 2022).

Vraag 481
Kan worden toegelicht wat precies wordt bedoeld met de opschaling van de afvalwatersurveillance? Gaat het dan om vaker een meting of om een uitbreiding van locaties?

Antwoord:
In eerste instantie gaat het om de uitbreiding van het aantal locaties. In september is de afvalwatersurveillance opgeschaald naar 300+ locaties, dit is een landsdekkende monitoring. Deze worden wekelijks bemonsterd. Er zijn met het RIVM en de waterschappen gesprekken gaande over de mogelijkheid om de metingen in de toekomst meerdere malen per week te doen. Ook wordt gewerkt aan een nauwkeurigere koppeling van rioolzuiveringslocaties naar veiligheidsregio en gemeenten. Ten slotte werkt het RIVM momenteel hard aan het creëren van meer duiding op de resultaten.

Vraag 482
Kunt u uiteenzetten hoe de 91 miljoen euro, die beschikbaar wordt gesteld aan het RIVM voor het (doen) uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek en advisering op het terrein van volksgezondheid en het voeren van de regie op diverse terreinen van de publieke gezondheid, wordt verdeeld over de verschillende actieve centra op deze domeinen?

Antwoord:
De verdeling van de € 91 miljoen is als volgt verdeeld over de verschillende actieve centra op deze domeinen:
Centrum voor Bevolkingsonderzoek € 22,4 miljoen;
Centrum Infectieziektebestrijding € 50,0 miljoen;
Centrum Gezondheid en Milieu € 6,6 miljoen;
Dienst Vaccinatievoorzieningen en Preventieprogramma's € 8,6 miljoen;
Centrum Gezond Leven € 3,4 miljoen.

Vraag 483
Kunt u een overzicht geven van het budget dat in Nederland beschikbaar is voor gezondheidsbevordering, uitgesplitst naar Rijk, provincie en gemeenten?

Antwoord:
Voor gezondheidsbevordering is in 2021 bij het Rijk volgens de begroting circa € 128 miljoen beschikbaar. Ik heb geen inzicht in de middelen van provincies en gemeenten. Gemeenten zijn zelf verantwoordelijk voor de lokale invulling en uitvoering van deze taak.

Vraag 484
Jaarlijks worden ruim 27.000 mensen in het ziekenhuis opgenomen vanwege vermijdbare medicatiefouten waarbij ongeveer 1.000 mensen overlijden; kunt u aangeven welke vermijdbare fouten hierbij bedoeld worden?

Antwoord:
Het gaat met name om ouderen die schade oplopen door verkeerde medicijnen, te hoge of te lage doseringen, en bijwerkingen door reactie met andere medicijnen.
Veel vermijdbare schade ontstaat door voorschrijffouten of toedienfouten, waarbij onvoldoende rekening wordt gehouden met patiëntkenmerken en medicatie die de patiënt al gebruikt. Zo wordt de dosering vaak niet goed afgestemd op het gewicht van een patiënt, waardoor die te veel of juist te weinig medicatie toegediend krijgt. Of een patiënt ontvangt een medicijn waar een allergie voor bestaat. Deze fouten kunnen ontstaan doordat zorgverleners te maken hebben met onvolledige medicatieoverzichten van hun patiënten. De medicatieoverdracht tussen zorgverleners is onvolledig. Het is belangrijk dat zorgverleners, zoals huisartsen, medisch specialisten en apothekers, duidelijke afspraken maken over de medicatieoverdracht, zodat de medicatiegegevens van een patiënt compleet en digitaal worden vastgelegd. Om dit te realiseren werken de zorgbrede partijen van artsen, apothekers, verpleegkundigen en thuiszorg samen met patiënten aan het realiseren van een goede digitale medicatieoverdracht in het landelijke Programma Medicatieoverdracht.

Vraag 485
Kunt u aangeven wanneer de Kamer het wetsvoorstel Bevorderen zorgcontractering kan verwachten?

Antwoord:
Over het wetsvoorstel zal ik u op korte termijn separaat informeren.

Vraag 486
Kunt u aangeven wat de achterliggende reden is dat subsidies voor medisch specialistische zorg vanaf 2020 afgeschaald worden?

Antwoord:
Onder subsidies medisch-specialistische zorg worden o.a. het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional (VIPP)-regelingen medisch-specialistische Zorg, VIPP-BabyConnect en de regeling Transitiefonds Medisch Specialisten verantwoord. Daarnaast zullen deze regelingen ook aflopen in de komende jaren (respectievelijk 2023 voor de VIPP MSZ, 2023 voor VIPP-BabyConnect en 2021 voor de (huidige) regeling Transitiefonds Medisch Specialisten) omdat de doelstellingen van die regelingen dan zijn gehaald. Hierdoor wordt er vanaf 2020 relatief minder uitgegeven aan subsidies medisch-specialistische zorg.

Vraag 487
Hoe kan het dat de subsidies voor eerstelijnszorg en medische producten in tabel 13 onder budgettaire gevolgen van beleidsartikel 2 in 2021 aanzienlijk hoger uitvallen in vergelijking met andere jaren?

Antwoord:
Zoals toegelicht op pagina 65 van de begroting stelt VWS vanaf 2021 voor de HLA-periode € 60 miljoen beschikbaar voor het verstrekken van subsidies ten behoeve van investeringen in de wijkverpleging. De subsidies voor eerstelijnszorg vallen als gevolg hiervan in 2021 en 2022 € 60 miljoen hoger uit. Voor de subsidies medische producten wordt er in 2021 aanvullende middelen beschikbaar gesteld voor o.a. medicatieoverdracht, een VIPP-regeling Farmacie, onafhankelijke informatie over geneesmiddelen aan zorgverleners, informatievoorziening voor gebruikers van hulpmiddelen en de beschikbaarheid van medische radioisotopen.

Vraag 488
Hoeveel ziekenhuizen in Nederland zijn bezig met het concentreren, sluiten of afstoten van afdelingen en/of specialismen? Welke ziekenhuizen zijn dit en welke afdelingen of specialismen betreft het?

Antwoord:
Bij beantwoording van vragen over de begroting 2020 heb ik uw Kamer al geïnformeerd dat de NVZ mij heeft laten weten dat een dergelijk overzicht niet wordt bijgehouden. Als het goed is zijn alle ziekenhuizen bezig met de transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek, kijken ze welk profiel daar het beste bij past en denken ze regelmatig na over het concentreren, sluiten of afstoten van afdelingen en specialismen. Ze overleggen daarover met de zorgverzekeraar(s). Zoals eerder aan uw Kamer gemeld, heb ik een concept amvb in voorbereiding die regelt hoe bij dit soort besluiten de beschikbaarheid en continuïteit van de acute zorg moet worden geborgd. Een belangrijke rol is daarbij weggelegd voor het regionaal overleg acute zorg (ROAZ).

Vraag 489
Hoeveel en welke ziekenhuisfusies hebben plaatsgevonden de afgelopen 10 jaar?

Antwoord:
In het kader van het concentratietoezicht op grond van de Mededingingswet dienen voorgenomen fusies tussen ziekenhuizen, mits goedkeuring is verleend in het kader van de zorgspecifieke fusietoets, te worden gemeld bij de Autoriteit Consument en Markt (ACM). De ACM

heeft mij laten weten dat zij in de periode tussen 1 januari 2009 en 5 oktober 2020 voor onderstaande (voorgenomen) ziekenhuisfusies goedkeuring heeft verleend. Dit betreffen:
Coöperatie Vlietland – Vlietland Ziekenhuis
Orbis Medisch Centrum – Medisch Centrum Atrium
Stichting TweeSteden ziekenhuis – Stichting St. Elisabeth ziekenhuis
Stichting Spaarne ziekenhuis – Stichting Kennemer Gasthuis
St. Lucas Andreas ziekenhuis/Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
Vlietland ziekenhuis/ Sint Francisus Gasthuis
Nij Smellinghe/Zorggroep Pasana
Zorggroep Leveste – Middenveld / Ziekenhuis Refaja
HagaZiekenhuis / Reinier de Graaf Groep
Lievensberg Ziekenhuis / Franciscus Ziekenhuis
Bronovo – Nebo – MCH
Sint Antonius Ziekenhuis – Zuwe Hofpoort Ziekenhuis
Kwadrant – Zorggroep Antonius – Nij Smellinghe/Pasana
Rijnland Zorggroep – Diaconessenhuis Leiden
Stichting Holding Isala Klinieken – Stichting Zorgcominbatie Noorderboog
Reinier Haga Groep – Lange Land Ziekenhuis
UMCG – Ommelanden
Waterland – Westfriesgasthuis
Slingelandziekenhuis Streekziekenhuis Koning Beatrix
AMC – Vumc
Erasmus MC – ADRZ
Stichting Sint Antonius Ziekenhuis – Maartenskliniek Woerden
Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische ziekten – Stichting Sint Franciscus Vlietland Groep
Stichting Ijsseland Ziekenhuis – Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische ziekten
Onderdelen MC Slotervaart – OLVG
Spaarne Gasthuis-afdeling Bariatrie Slotervaarziekenhuis BV
St. Jansdal – locatie Lelystad MC Ijsselmeerziekenhuizen.

Ook is een fusie met zelfstandige behandelcentra goedgekeurd. Dit betreft Malenstein Holding B.V. – NPM Capital. Momenteel beoordeelt de ACM het concentratieverzoek van het IJssellandziekenhuis door Erasmus MC.

Vraag 490
Wat zijn de meest recente cijfers over babysterfte in Nederland?
Zijn er ten opzichte van andere jaren wijzigingen in de aanrijtijd van ambulances bij acute problematiek of bij zwangerschap bij vrouwen?

Antwoord:
In 2018 werden 811 kinderen dood geboren na een zwangerschap van 22 weken of meer (5,0 per 1.000 levend- en doodgeborenen). In de eerste 28 dagen na de geboorte overleden 477 kinderen, ofwel 2,9 per 1.000 levend- en doodgeborenen (neonatale sterfte). In 2018 overleden in totaal 1.288 (7,9 per 1.000) kinderen vóór, tijdens of in de eerste 28 dagen na de geboorte na een zwangerschapsduur van 22 weken of meer (perinatale sterfte) (cijfers van Perined, 2019).

Bij acute problematiek, inclusief bij (complicaties bij) zwangerschap van vrouwen, worden ambulances onder A1-prioriteit uitgestuurd. De landelijke gemiddelde responstijd bij een A1-inzet lag in 2019 op 9 minuten 41 seconden. Dit is al acht jaar vrij stabiel (in de afgelopen jaren was dat respectievelijk 9:44, 9:41, 9:26, 9:25, 9:29, 9:39, 9:40 minuten). Deze cijfers komen uit het Sectorkompas Ambulancezorg 2019 van Ambulancezorg Nederland.

Vraag 491
Hoeveel klinische verloskunde afdelingen zijn de afgelopen 10 jaar gesloten en welke ziekenhuizen betrof dit?

Antwoord:
In de afgelopen 10 jaar zijn 17 klinische afdelingen verloskunde gesloten:
– Delfzijl: Delfzicht, 2009
– Hilversum: Tergooi, 2009
– Dokkum: De Sionsberg, 2012
– Roosendaal: Bravis (voorheen Franciscus-ziekenhuis), 2012
– Meppel: Diaconessenziekenhuis, 2013
– Sittard: Atrium en Orbis ziekenhuis, 2013
– Leiden: Alrijne (voorheen locatie Diaconessenziekenhuis), 2014
– Nieuwegein: Antonius ziekenhuis, 2017
– Lelystad: MC Zuiderzee, 2018
– Hoofddorp, Spaarneziekenhuis, 2018
– Hoogeveen: Treant groep, Bethesda ziekenhuis, 2018
– Stadskanaal: Treant groep, Refaja ziekenhuis, 2020
– Amsterdam: Slotervaart ziekenhuis, 2018
– Woerden, Antoniusziekenhuis, 2018
– Tilburg: Elisabeth-Tweesteden ziekenhuis locatie Tweesteden, 2018
– Purmerend: Waterlandziekenhuis, 2018
– Den Haag: Bronovo ziekenhuis, 2019
Deze lijst is tot stand gekomen in samenwerking met Perined, CPZ en de RIVM bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2018.

Vraag 492
Hoeveel SEH's zijn de afgelopen 10 jaar gesloten en welke ziekenhuizen betrof dit?

Antwoord:
De bereikbaarheid en beschikbaarheid van de afdelingen voor spoed-eisende hulp (SEH's) wordt jaarlijks door het RIVM in kaart gebracht in de zogenaamde «analyses gevoelige ziekenhuizen». Hieruit blijkt dat het aantal SEH's dat 24/7 open is, is afgenomen van 104 in 2008 naar 80 in april 2020. Er waren in april 2020 daarnaast nog 3 SEH's met beperkte openingstijden.

In de analyses van 2015, 2016, 2017, 2018 en 2019 is opgenomen welke locaties zijn gesloten. In antwoord op kamervraag 315 over de begroting 2019 (TK 35 000 XVI, nr. 12) en kamervraag 655 over de begroting 2020 (TK 31 865, nr. 159) is aangegeven om welke locaties dat in elk van die jaren ging. Ten opzichte van de inventarisatie van 2019 zijn er in 2020 drie 24/7-uurs basis-SEH's minder. In juli 2019 is de SEH van het HMC Bronovo ziekenhuis gesloten, in januari 2020 is de SEH van het Bethesda Ziekenhuis (Treant Zorggroep) in Hoogeveen gesloten en in april 2020 is de SEH van het Refaja Ziekenhuis (Treant Zorggroep) in Stadskanaa lgesloten. Verder is het aantal SEH's met beperkte openingstijden gedaald met één. De dag/avond SEH van het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis locatie TweeSteden is in 2019 samengevoegd met de 24/7 basis-SEH van het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis op de locatie Elisabeth. Zie TK 29 247, nr. 315.

Vraag 493
Is het aantal SEH's in 2020 gewijzigd ten opzichte van 2019? Zo ja, wat is het verschil?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 492.

Vraag 494
Hoeveel huisartsenposten zijn de afgelopen 10 jaar gesloten en bij welke ziekenhuizen betrof dit?

Antwoord:
InEen, de vereniging voor huisartsenposten, laat weten dat van de afgelopen tien jaar geen volledig overzicht is bijgehouden van welke huisartsenposten de afgelopen 10 jaar zijn gesloten en bij welke ziekenhuizen dat betrof. De organisatie van de zorg in de regio is primair de verantwoordelijkheid van de betrokken zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De huisartsenposten hebben in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen vastgelegd dat minimaal 90% van de inwoners van het werkgebied van de huisartsenpost binnen 30 minuten per auto bij de huisartsenpost moet kunnen zijn.

Indien door een mogelijke sluiting of verhuizing niet meer aan de 30 minuten norm voor huisartsenposten voldaan wordt, is het aan de betrokken zorgaanbieders en de zorgverzekeraar in de regio om afspraken te maken om ervoor te zorgen dat er voldoende aanbod van huisartsenspoedzorg beschikbaar blijft. Van de inwoners in Nederland kan 99,9% binnen de norm van 30 minuten bij de dichtstbijzijnde HAP zijn[39].

Vraag 495
Hoeveel IC's zijn de afgelopen 10 jaar gesloten en welke ziekenhuizen betrof dit?

Antwoord:
In de afgelopen 10 jaar zijn onderstaande IC-afdelingen gesloten door een faillissement of een fusie:
Admiraal De Ruyter ziekenhuis, Vlissingen
Ruwaard van Putten Ziekenhuis, Spijkenisse
Ommelander Ziekenhuisgroep, locatie Delfzicht, Delfzijl
Ommelander Ziekenhuis, locatie Lucas, Winschoten
Diaconessenhuis Leiden, Leiden
Bethesda Ziekenhuis, Hoogeveen
Bernhoven ziekenhuis, locatie Veghel
Treant zorggroep, Stadskanaal
Spaarne Gasthuis, Hoofddorp
Dijklanderziekenhuis, Purmerend
Ziekenhuisgroep Twente, locatie Hengelo
Isala Klinieken, locatie Weezenlanden, Zwolle
Zuwe Hofpoort, Woerden
Havenziekenhuis, Rotterdam
Noordwest ziekenhuisgroep, locatie Den Helder
MC Zuiderzee, Lelystad
MC Slotervaart, Amsterdam
Diaconessenhuis (Isala), Meppel
Bronovo HMC, Den Haag

Vraag 496
Hoeveel vrouwen kiezen voor een geboorte in het ziekenhuis in plaats van thuis om geen eigen bijdrage te hoeven betalen?

Antwoord:
Een eigen bijdrage betaalt men voor het poliklinisch bevallen. Indien men thuis bevalt hoeft men geen eigen bijdrage te betalen.

---

[39] https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/eerstelijnszorg/regionaal-internationaal/huisartsenzorg#node-reistijd-minuten-naar-dichtstbijzijnde-huisartsenpost

Vraag 497
Hoeveel patiëntenstops hebben welke ziekenhuizen dit jaar afgekondigd? Kan per patiëntenstop hiervoor de reden worden genoemd?

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

Vraag 498
Hoe hoog is het percentage overheadkosten in de ziekenhuissector en hoeveel kan hierop bezuinigd worden?

Antwoord:
Op basis van cijfers van het CBS (Zorginstellingen, financiële kengetallen 2007–2011) bedroeg het aandeel van de overheadkosten bij ziekenhuizen in 2011 20%. Op basis van de Jaarverslagenanalyse Ziekenhuizen 2018 en 2019 van Intrakoop zijn de algemene kosten (waaronder uitgaven aan administratie en registratie, communicatie, accountants- en externe advisering) circa 15% van de inkoopgerelateerde kosten. Ik heb geen informatie over mogelijke bezuinigingen op overheadkosten. Dat is aan de ziekenhuizen zelf.

Vraag 499
Hoe hoog is de verspilling in de ziekenhuissector en hoeveel kan hierop bezuinigd worden?

Antwoord:
Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u naar mijn brief van 29 november 2016 (TK 33 654, nr. 22) over de duiding van de effectiviteit van de ingezette financiële middelen van het programma Aanpak verspilling in de zorg, alsmede inzicht in de besparingsagenda.

Vraag 500
Kunt u inzicht geven in de ontwikkeling van de kosten van medische apparatuur en medische hulpmiddelen in de ziekenhuizen sinds 2006? Wat is de winst die leveranciers van medische apparatuur en medische hulpmiddelen hebben gemaakt in deze periode? Is deze winst afgenomen, hetzelfde gebleven of toegenomen sinds 2006?

Antwoord:
Nee, dit inzicht in kosten en winst hebben we niet.

Vraag 501
Welke ziekenhuizen in Nederland worden thans (mede) gefinancierd door leveranciers van medische apparatuur en/of medische hulpmiddelen?

Antwoord:
In het Transparantieregister Zorg kan per zorginstelling (op Kamer van Koophandel-nummer) worden gezocht of er financiële relaties zijn met leveranciers van medische hulpmiddelen. Het register bevat geen totaaloverzicht van welke ziekenhuizen financiële relaties onderhouden met leveranciers van medische hulpmiddelen.

Vraag 502
Wat is de ontwikkeling van het aantal patiënten dat in het ziekenhuis wordt behandeld voor de jaren van 2006 tot en met 2020?

Antwoord:
Om een inschatting te maken van het aantal behandelde patiënten, is het percentage van het aantal verzekerden dat gebruik maakt van medisch-specialistische zorg afgezet tegen het aantal verzekerden (volgens opgave van het Zorginstituut Nederland). Over 2020 zijn deze gegevens nog niet bekend.

Jaar	Aantal verzekerden [x miljoen]	Percentage van het aantal verzekerden dat gebruik maakt van MSZ-zorg	Aantal verzekerden dat gebruik maakt van MSZ-zorg [x miljoen]
2006	16,23	49,5%	8,03
2007	16,32	53,5%	8,73
2008	16,37	57,0%	9,33
2009	16,44	57,9%	9,52
2010	16,52	58,5%	9,66
2011	16,62	59,5%	9,89
2012	16,69	59,1%	9,87
2013	16,75	57,7%	9,67
2014	16,79	57,8%	9,71
2015	16,86	57,5%	9,69
2016	16,94	59,1%	10,01
2017	17,04	59,2%	10,09
2018	17,15	59,2%	10,15
2019	17,26	59,3%	10,24

Vraag 503
Wat is de ontwikkeling van de gemiddelde kosten per behandelde patiënt in ziekenhuizen voor de jaren van 2006 tot en met 2020?

Antwoord:
Uitgaande van het antwoord op vraag 508 is er een inschatting te maken van de gemiddelde uitgaven aan tweedelijnszorg per behandelde patiënt. Voor het jaar 2020 zijn deze gegevens nog niet bekend.

Jaar	Aantal verzekerden dat gebruik maakt van MSZ-zorg [x miljoen]	Uitgaven Tweede-lijnszorg [x miljoen euro]	Uitgaven tweedelijnszorg per patiënt
2006	8,03	€ 15.311	€ 1.906
2007	8,73	€ 15.377	€ 1.761
2008	9,33	€ 16.912	€ 1.812
2009	9,52	€ 18.330	€ 1.925
2010	9,66	€ 19.253	€ 1.992
2011	9,89	€ 19.314	€ 1.954
2012	9,87	€ 20.729	€ 2.101
2013	9,67	€ 21.876	€ 2.263
2014	9,71	€ 22.476	€ 2.316
2015	9,69	€ 22.504	€ 2.322
2016	10,01	€ 23.482	€ 2.346
2017	10,09	€ 24.225	€ 2.402
2018	10,15	€ 24.985	€ 2.461
2019	10,24	€ 26.028	€ 2.543

Vraag 504
Hoeveel eerstelijns hulpverblijven zijn er de afgelopen jaren bijgekomen, wat waren de kosten hiervan en hoeveel mensen hebben hier gebruik van gemaakt?

Antwoord:
De ontwikkeling in aantal aanbieders, patiënten en uitgaven is samengevat in onderstaande tabel (bron: Vektis).

	2016	2017	2018	2019
Aantal aanbieders[1]	297	324	336	327
Aantal patiënten	27.014	33.169	36.704	36.841
Uitgaven	€ 261 miljoen	€ 261 miljoen	€ 273 miljoen	€ 281 miljoen

[1] Bepaald op basis van codes Kamer van Koophandel.

Vraag 505
Hoe hoog zijn de kosten per ziekenhuis voor de toename van het aantal ouderen dat opgenomen werd in het ziekenhuis?

Antwoord:
Ik heb geen overzicht van de kosten per ziekenhuis voor de toename van het aantal ouderen die opgenomen worden in de ziekenhuizen. Op basis van het Kosten van Ziektenmodel (KvZ-model) van het RIVM kan onderstaande indicatie van de kosten worden gegeven. Recentere gegevens zijn niet beschikbaar.

Tabel 1: De ziekenhuisuitgaven voor personen jonger dan 65 jaar

	Uitgaven MSZ (UPZ), jonger dan 65 jaar	
Perioden	Totaal in mln euro	Per persoon in euro
2007	10.023	716
2011	12.980	925
2015	13.179	949
2017	14.129	1.014
groei 2007–2017	3,5%	3,5%

Tabel 2: De ziekenhuisuitgaven voor personen ouder dan 65 jaar

	Uitgaven MSZ (UPZ), 65 jaar en ouder	
Perioden	Totaal in mln euro	Per persoon in euro
2007	6.113	2.556
2011	8.245	3.105
2015	9.127	2.996
2017	10.147	3.171
groei 2007–2017	5,2%	2,2%

Bron: RIVM en CBS.

Vraag 506
Welk percentage van de bedden in ziekenhuizen worden bezet door ouderen en/of patiënten die eigenlijk thuis of in een instelling zorg nodig hebben? Hoeveel bedden betreft het in totaal in Nederland?

Antwoord:
Bij de beantwoording van deze vraag ga ik uit van de cijfers over zogenoemde «verkeerde bedden». Een «verkeerd bed» is in de beleidsregels van de NZa gedefinieerd als noodgedwongen verblijf in een instelling voor medisch-specialistische zorg na een opname, dat tot stand komt omdat er geen mogelijkheid is tot opname in een instelling die Wlz-zorg met verblijf biedt. Op basis van cijfers van de NZa ging het bij gedeclareerde verkeerde bedden in 2018 om ruim 143.000 dagen. Dit betekent dat er per dag gemiddeld circa 392 «verkeerde bedden» waren. Het totaal aantal bedden in ziekenhuizen is 39.900 (2018, bron: Staat van Volksgezondheid en Zorg). Dit betekent dat «verkeerde bedden» circa 0,98% van het totaal aantal ziekenhuisbedden betreffen. Ik sluit niet uit dat dit cijfer geen compleet beeld geeft van de in deze vraag bedoelde

aantallen, omdat ziekenhuizen de kosten van «onnodige bezetting» mogelijk niet volledig of op een andere manier declareren.

Vraag 507
Hoeveel procent van de bedden in ziekenhuizen is jaarlijks bezet vanwege ouderen die niet direct naar huis kunnen na een ziekenhuisopname?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 506.

Vraag 508
Hoeveel kost een verpleegdag in het ziekenhuis?

Antwoord:
Er is niet één (kost)prijs voor een verpleegdag binnen een ziekenhuis, dat verschilt per ziekenhuis per afdeling/(sub)specialisme (type behandeling). Het is wel zo dat hoe complexer de zorg van een afdeling/specialisme is, hoe duurder de verpleegdag is. Een verpleegdag op een urologie-afdeling is goedkoper dan bijvoorbeeld een verpleegdag op een kindergeneeskunde-afdeling.

De kostprijsinformatie van de NZa prijspeil 2020 is € 475,– per verpleegdag. Dit betreft alleen ziekenhuiskosten inclusief kapitaallasten, dus exclusief honorarium (maar wel inclusief andere personeelskosten). Over het algemeen is het honorarium 20% van de totale kosten.

Vraag 509
Hoeveel kost een verpleegdag in een verpleeghuis?

Antwoord:
De kosten van een verpleegdag in een verpleeghuis zijn afhankelijk van het zorgprofiel van de cliënt. In de tabel bij antwoord 110 zijn de maximumtarieven voor de zzp's per zorgprofiel opgenomen. Gemiddeld kwamen de kosten per verpleeghuiscliënt in 2019 uit op afgerond € 96.000. Dat is € 263 per dag. Dit zijn de gemiddelde kosten voor cliënten die intramuraal verblijven op basis van een zzp V&V 4 t/m 10 inclusief behandeling. Bij dit bedrag is rekening gehouden met de opslag voor Waardigheid en Trots en de extra middelen vanuit het kwaliteitsbudget verpleeghuiszorg.

Vraag 510
Hoeveel kost een verpleegdag in een verzorgingshuis?

Antwoord:
Verzorgingshuiszorg wordt in dit antwoord gedefinieerd als zorg die wordt geleverd aan cliënten met een zzp VV 1–3. De kosten voor een verpleegdag voor verzorgingshuiszorg bedragen in 2019 gemiddeld € 141 per dag, inclusief normatieve huisvestingscomponent en toeslagen. Dit bedrag is afgeleid van de omvang van de declaraties die zorgkantoren over 2019 bij Vektis hebben aangeleverd voor zzp VV 1–3. Er zijn nog geen recentere gegevens beschikbaar.
(bron: CBS Monitor Langdurige Zorg)

Vraag 511
Hoeveel kost een verpleegdag in een ELV-organisatie?

Antwoord:
De NZa heeft drie prestaties voor eerstelijnsverblijf vastgesteld met een maximumtarief en één prestatie met een vrij tarief. In onderstaande tabel zijn de bedragen weergegeven.

Prestaties	Tarief
Eerstelijnsverblijf laag complex	Maximaal € 168,86
Eerstelijnsverblijf hoog complex	Maximaal € 257,20
Eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg	Maximaal € 344,87
Resultaatbeloning en zorgvernieuwing	Vrij tarief

Vraag 512
Ziet u meerwaarde in een Nationaal kankerplan om de begrotingsgefinancierde investeringen van een richtinggevend kader te voorzien?

Antwoord:
Zie hiervoor het antwoord op vraag 361.

Vraag 513
In tabel 13 staat dat in 2021, 75,5 miljoen euro beschikbaar is voor het verstrekken van subsidies ten behoeve van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de medisch-specialistische zorg, waaronder 61,7 miljoen euro voor oncologie; betreft dit ook innovatieve geneesmiddelen? Zo nee, wat valt er dan wel onder?

Antwoord:
Voor de oncologie is in 2021 in totaal € 61,7 miljoen beschikbaar voor:
het bevorderen van fundamenteel, translationeel en klinisch kankeronderzoek ten behoeve van verbetering van de overleving van kanker en het bevorderen van kwaliteit van leven van de patiënt;
het verbeteren van de oncologische en palliatieve zorg door het verzamelen van gegevens, het bewaken van kwaliteit, het faciliteren van samenwerkingsverbanden en bij- en nascholing;
de eenmalige registratie van alle pathologie-uitslagen, het beheer hiervan in een landelijke databank en het computernetwerk voor de gegevensuitwisseling met alle pathologielaboratoria in Nederland.
Onderzoek naar innovatieve medicijnen is een onderdeel van bovenstaande onderzoeken.

Vraag 514
Is er ook subsidie beschikbaar voor het onderzoeken van kanker, als bij de patiënt een maligniteit voorkomt met slecht omschreven en/of niet gespecificeerde lokalisaties, aangezien er voor de oncologie in 2021 in totaal 61,7 miljoen euro beschikbaar is voor bevorderen van fundamenteel, translationeel en klinisch kankeronderzoek ten behoeve van verbetering van de overleving van kanker en het bevorderen van kwaliteit van leven van de patiënt?

Antwoord:
Patiënten met gemetastaseerde tumoren van onbekende primaire origine behoren tot een zeer heterogene groep. 1) Er is met betrekking tot deze groep een knelpuntenanalyse gemaakt 2) die als vertrekpunt voor nader onderzoek kan dienen. Binnen de onderzoeksmiddelen van de umc's en bij ZonMw is ook voor deze diagnosegroep ruimte om onderzoeksvoorstellen te honoreren.

https://www.oncoline.nl/primaire-tumor-onbekend
https://www.oncoline.nl/richtlijn/bijlage.php?bijlage_id=3

Vraag 515
Welke maatregelen hebben partijen afgesproken om contracteren te verbeteren (ggz en wijkverpleging)?

Antwoord:
Partijen in de wijkverpleging en ggz hebben in de Hoofdlijnenakkoorden afspraken gemaakt over hoe ze contact met elkaar houden, zowel bij de contractering zelf als door het jaar heen en zowel over de kwaliteit als over het verbeteren van de informatie aan de cliënt. Concreet gaat het om de volgende afspraken:
Zorgverzekeraars moeten voldoende bereikbaar zijn voor zorgaanbieders en voldoende informatie verschaffen, al dan niet op regionale bijeenkomsten.
Alle zorgaanbieders, die zorg van goede kwaliteit op doelmatige wijze leveren kunnen deelnemen aan het contracteerproces, ook kleine zorgaanbieders.
Zorgverzekeraars zijn transparant over de redenen waarom zij een zorgaanbieder geen (nieuw) contract bieden.
Zorgverzekeraars dringen administratieve lasten terug door meer standaardisatie van het contracteerproces en contracteerdocumentatie.
Zorgaanbieders maken hun activiteiten en de kwaliteit en doelmatigheid van hun handelen zichtbaar.
Zorgverzekeraars reageren tijdig op verzoeken tot (bij)contractering of verhoging van de maximale omzet.
Als zorgaanbieders op personele of financiële grenzen stuiten dan maken zij cliënten attent op de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars voor zorgbemiddeling of zij verwijzen cliënten zelf naar een andere zorgaanbieder.
Zorgverzekeraars maken bij budgetplafonds heldere afspraken over de voortzetting van de zorg voor bestaande en nieuwe cliënten.
Zonodig maken partijen gebruik van de onafhankelijke Geschilleninstantie voor Geschillenoplossing en -beslechting zorgcontractering.
Om er voor te zorgen dat de cliënt een goede keuze kan maken, zijn zorgverzekeraars en zorgaanbieders transparant over (de kosten van) niet-gecontracteerde zorg.
Zorgverzekeraars moeten hun verzekerden goed informeren over welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn en welke niet en wat de (mogelijke) (financiële) gevolgen zijn van niet-gecontracteerde zorg.
Met deze afspraken willen partijen het proces van contracteren verbeteren en willen zij het voor zorgaanbieders aantrekkelijker maken om een contract af te sluiten.

Vraag 516
Wordt kanker zonder gespecificeerde lokatie erkend als kanker en is dit dan net als bijvoorbeeld borstkanker ook een erkende diagnose, die met eerlijke kansen dezelfde toegang tot subsidies heeft?

Antwoord:
Het is aan de medische beroepsgroep om te bepalen welke ziektebeelden er zijn. Maar in de Nederlandse richtlijnendatabase Oncoline wordt specifiek aandacht besteedt aan een gemetastaseerde tumoren van onbekende primaire origine. 1)
De beschikbaar gestelde onderzoeksmiddelen kunnen voor alle kankervormen worden ingezet. Dus ook voor onderzoeksvoorstellen naar gemetastaseerde tumoren van onbekende primaire origine.

https://www.oncoline.nl/primaire-tumor-onbekend

Vraag 517
Hoe vaak hebben ambulances in 2020 uit moeten wijken naar een ander ziekenhuis omdat een ziekenhuis geen capaciteit had om mensen op te vangen? Kunt u hiervan een overzicht geven?

Antwoord:
Ik heb geen inzicht in het aantal keren dat een ambulance in 2020 heeft moeten uitwijken naar een ander ziekenhuis vanwege een zogenaamde stop. De – fragmentarische – informatie die beschikbaar is over ambulances die, mogelijk vanwege een stop, naar een ander ziekenhuis moesten uitwijken dateert uit 2016, en staat in de marktscan acute zorg van de NZa uit 2017. In deze marktscan heeft de NZa, kort samengevat, aangegeven dat de ambulancedienst in circa 2% van het aantal spoedeisende inzetten moest omrijden naar een andere SEH in verband met een stop. Daarbij is van belang dat een «stop» niet betekent dat de betreffende afdeling in absolute zin is gesloten voor nieuwe patiënten. Zo'n stop is een signaal aan de ambulancedienst dat het – vaak tijdelijk – erg druk is op de betreffende afdeling en dat het beter is om naar een ander ziekenhuis te rijden dat een paar minuten verder weg ligt. In alle regio's is afgesproken dat patiënten in levensbedreigende situaties in een geval van een stop op de SEH toch altijd terecht kunnen. Voor informatie over het aantal stops in 2018 en begin 2019 verwijs ik graag naar mijn brief van 1 oktober 2019 over de toegankelijkheid van de acute zorg. Daarin staat, kort samengevat, dat de SEH's in de vier regio's die consequent stops registreren in deze periode in gemiddeld 97% van de tijd beschikbaar waren (geen stop hadden). Begin 2021 brengt de NZa een nieuwe marktscan acute zorg uit.

Vraag 518
Hoeveel standplaatsen voor ambulances waren er in 2020? Hoeveel waren dit er in 2015, 2016, 2017, 2018 en 2019?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 280. De gegevens over 2020 komen in het najaar van 2021 beschikbaar.

Vraag 519
Hoe vaak is passend (ambulance)vervoer ingezet voor mensen met verward gedrag of acute ggz-problematiek? Hoe vaak was dat in 2010 tot en met 2020?

Antwoord:
Landelijke cijfers over het aantal keren waarop in de genoemde jaren passend (ambulance)vervoer is ingezet voor mensen met verward gedrag of acute ggz-problematiek zijn niet beschikbaar.

In (een deel van) 2017, in 2018, 2019 en in 2020 hebben in een aantal regio's wel pilots plaatsgevonden met passend vervoer van personen met verward gedrag. Het ging hier zowel om pilots waarbij het vervoer door Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) werd aangeboden als om pilots met andere aanbieders van dit vervoer. In rapportages van KPMG en Ambulancezorg Nederland (AZN) is terug te vinden hoeveel ritten met personen met verward gedrag binnen deze pilots hebben plaatsgevonden.

Daarnaast hebben – buiten deze pilots om – ook registraties plaatsgevonden van reguliere ambulance-inzetten voor personen met verward gedrag door een aantal RAV's. In de bovengenoemde rapportage van AZN wordt hier inzicht in gegeven.

De eindrapportage van AZN en de eindrapportage van KPMG zijn te vinden op de website van ZonMw:
https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/geestelijke-gezondheid/verward-gedrag/subsidie/monitoring-evaluatie-en-rapportage/

Vraag 520
Hoe groot is het personeelstekort in de ambulancezorg? Hoe is het verloop van het personeelstekort vanaf 2015 tot heden?

Antwoord:
Er zijn geen gegevens over hoe groot het personeelstekort is specifiek in de ambulancezorg. De meest recente raming van het Capaciteitsorgaan (2018) biedt wel inzicht in het arbeidsmarktvraagstuk voor deze sector. Het Capaciteitsorgaan adviseert om de komende jaren (2019 t/m 2023) jaarlijks 310 opleidingsplekken voor ambulanceverpleegkundigen beschikbaar te stellen. Dat is een stuk hoger dan de circa 200 opleidingsplekken die in 2017 en 2018 beschikbaar waren. Het meer opleiden van ambulanceverpleegkundigen is nodig om te kunnen voldoen aan de stijgende zorgvraag naar ambulancezorg. Daarnaast is de verwachting dat jaarlijks 4.6% van de ambulanceverpleegkundigen de sector verlaat met als primaire reden pensionering. De sector blijft zich inzetten voor een hogere instroom door o.a. het verbreden van de instroommogelijkheden voor de opleiding. Daarnaast zetten zij in op zorgdifferentiatie met bijvoorbeeld de inzet van verpleegkundigen en physician assistants, bachelors medische hulpverlening en de inzet van «medium care» ambulances. Dit zijn allemaal welkome ontwikkelingen, omdat de ambulanceverpleegkundigen schaars zijn en voor een belangrijk deel aangetrokken worden uit de groep IC- en SEH-verpleegkundigen die tevens hard nodig zijn in de ziekenhuizen.

Vraag 521
Wat wordt bedoeld met het meer flexibel inzetten van kraamzorg zodat het goed aansluit op de vraag per gezin? Wat houdt dit precies in? Wordt ook ingezet op een grotere arbeidstevredenheid in de kraamzorg? Zo ja, hoe?

Antwoord:
Met flexibel inzetten van kraamzorg wordt bedoeld het doelmatig en beter onderbouwd inzetten van het aantal uren kraamzorg zodat het beter aansluit bij de behoefte van de kraamvrouw. In dit kader loopt een project «Kraamzorg op maat», wat uitgevoerd wordt door brancheorganisatie BO geboortezorg.
In het kader van de arbeidstevredenheid zijn de CAO partijen aan zet om goede afspraken te maken. Dat de tarieven voor de kraamzorg per 2021 omhoog gaan kan hierbij helpen. Tevens wordt met de brancheorganisatie BO Geboortezorg gekeken of door middel van een pilot – uit te voeren in 2021 en 2022 – in kaart kan worden gebracht wat de mogelijkheden zijn om wachtdiensten in de kraamzorg binnen verschillende organisaties te bundelen en wat het effect hiervan is op de kwaliteit en het aanbod van de kraamzorg; doel hiervan is om de kraamverzorgenden minder te belasten. De uitkomsten van deze pilot kunnen worden benut om de wachtdiensten in de kraamzorg naar de toekomst toe op een effectievere manier te organiseren.

Vraag 522
Hoeveel bedden in totaal zijn er sinds 2013 in de ggz verdwenen; dus hoeveel intensief beschermd wonen (IBW)-bedden, hoeveel klinische bedden, crisisbedden, bedden in de verslavingszorg, bedden in de vrouwenopvang en bedden in de kinder- en jeugd-ggz zijn geschrapt? Indien dit niet bekend is, wordt dit op korte termijn geïnventariseerd?

Antwoord:
Tussen 2013 en 2018 zijn er 4.150 klinische plaatsen afgebouwd. Voor het beschermd wonen is dat 400 plaatsen. Onderstaande tabel maakt deel uit van de Landelijke monitor Ambulantisering 2019. Er zijn geen specifieke

landelijke cijfers beschikbaar over verslavingszorg, plekken in de vrouwenopvang en de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Tabel Geschatte Nederlandse klinische GGZ en beschermd wonen capaciteit, in plaatsen

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Plaatsen eerste opnamejaar	11.100	10.900	10.200	9.750	9.250	8.900	8.700
Plaatsen langdurig verblijf	7.600	7.500	7.100	6.800	6.550	6.250	5.550
Totaal aantal klinische plaatsen	*18.700*	*18.400*	*17.300*	*16.550*	*15.800*	*15.150*	*14.250*
Plaatsen beschermd wonen	17.600	17.300	17.200	16.700	16.450	16.470	16.900

Vraag 523

Hoe groot is de toename van personen met verward gedrag in de samenleving sinds gestart is met de afbouw van bedden in 2013?

Antwoord:
Er is meermaals onderzoek gedaan naar de vermeende samenhang tussen ambulantisering en de toename van het aantal meldingen over mensen met verward gedrag die de politie registreert (de zgn. E33 meldingen) Het Trimbos-instituut heeft met haar factsheet «Verwarde personen» geconcludeerd dat er geen cijfermatige aanwijzingen zijn voor een relatie tussen het stijgend aantal politieregistraties van «verwarde of overspannen personen» en de ambulantisering van de ggz. Uw Kamer is over de uitkomsten hiervan o.a. geïnformeerd bij brief van 18 oktober 2019 (Kamerstukken II, 2019–2020, 35 300 XVI, nr. 10).

Op de vraag of de problematiek met personen verward gedrag toeneemt is geen eensluidend antwoord te geven. Wel zien we een toename van het aantal E33-meldingen, maar onduidelijk is wat de aard en achtergrond van de problematiek is, waarover deze meldingen exact gaan en of het aantal personen waarop de meldingen zien toeneemt in omvang of dat er meer meldingen over dezelfde personen worden gedaan. De beschikbare cijfers zijn dus diffuus en de term «verward gedrag» is breed; slechts een beperkt deel van deze groep mensen heeft te kampen met ggz-problematiek.

Vraag 524.
Kunt u een overzicht geven van de bezuinigingen die sinds 2008 tot en met heden op de ggz hebben plaatsgevonden?

Antwoord:
In de periode 2008–2019 groeiden de uitgaven voor de geestelijke gezondheidszorg van € 4,9 miljard in 2008 tot € 7,6 miljard in 2019. Voor 2020 is € 8,0 miljard geraamd. Dit betreffen de totale GGZ-uitgaven (Zvw, Wlz, Wmo, Jeugdwet).

Uitgaven (x € 1 miljard) totale GGZ 2008–2019

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Uitgaven	4,9	5,4	5,7	5,9	6,0	5,9	6,0	6,4	6,6	6,8	7,0	7,6

Binnen deze periode viel er enkel in het jaar 2013 een beperkte daling van de uitgaven te zien. In regeerakkoord-Rutte I was er een voornemen om € 593 mln. te bezuinigen in de GGZ. Uiteindelijk heeft dit voornemen geleid tot een bezuiniging op het GGZ-kader van € 388 miljoen in 2012. Dit is deels opgevangen met de groeiruimte voor de volumegroei in de GGZ, waardoor er uiteindelijk een beperking van de uitgaven van netto circa € 200 miljoen is overgebleven. Hierdoor was in 2013 een beperkte daling van de uitgaven te zien.

Vanwege de forse onderuitputting in de geneeskundige GGZ (ca. € 300 miljoen) is in het hoofdlijnenakkoord GGZ 2019–2022 afgesproken om deze onderuitputting af te romen. Tegelijk groeide het GGZ-kader met € 50 miljoen aan middelen voor aanvullende maatregelen, o.a. voor (verdere) aanpak wachtlijstenproblematiek, alsmede met extra groeiruimte 2019–2022 (oplopend tot € 154 miljoen).

Bezuinigingen (x € 1 miljoen)

2010: Tariefmaatregel	119
2011: Verleggen patiëntenstromen	35
2012: Regeerakkoord (o.a. eigen bijdrage, tariefmaatregel)	388
2016: Stringent pakketbeheer	25
2019: Afroming onderuitputting	300

Vraag 525
Hoeveel is sinds 2013 geïnvesteerd in de ambulante ggz?

Antwoord:
De uitgaven voor ambulante ggz bestaan uit de Zvw-uitgaven voor POH-ggz, generalistische basis ggz en specialistische ggz zonder verblijf. De bedragen voor 2013 en 2014 zijn nog inclusief ambulante ggz voor de invoering van de hervorming van de langdurige zorg in 2015, wat het lastig vergelijken maakt. De totale uitgaven voor ambulante ggz stegen van € 2,0 miljard in 2015 tot € 2,5 miljard in 2019.

Uitgaven (x € 1 miljoen) ambulante ggz 2013–2019

	2013*	2014*	2015	2016	2017	2018	2019
Uitgaven	2.418	2.362	1.972	2.072	2.187	2.375	2.535

* Incl. ambulante GGZ-zorg voor de invoering van hervorming langdurige zorg.
** ZIN cijfers betreffen een raming voor het gehele jaar.
*** In de Rijksbegroting voor 2019 van het Ministerie van VWS (Ministerie van VWS, 2018). Rijksbegroting 2019 XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 2018–2019, 35 000 XVI, nr.1) worden bij het totaal aantal middelen voor de Zvw-gefinancierde ggz, de uitgaven aan de POH-ggz meegenomen. De POH-ggz uitgaven worden daarom ook in Tabel 1 gepresenteerd.

Vraag 526
Hoeveel patiëntenstops zijn er in 2020 geweest in de ggz?

Antwoord:
Er is nog geen informatie over het totaal aantal patiëntenstops in de ggz in 2020. De NZa geeft in de Monitor contractering 2020 wel informatie over patiëntenstops in 2019. De uitkomsten van deze monitor zijn gebaseerd op een enquête. Deze enquête is helaas beperkt ingevuld door vrijgevestigde aanbieders, waardoor uitkomsten voor vrijgevestigden minder betrouwbaar zijn. Uit de monitor blijkt dat ongeveer een derde van de zorgaanbieders die de vragenlijst heeft ingevuld (zowel instellingen als vrijgevestigden), een algemene of specifieke patiëntenstop in hebben moeten stellen door het bereiken van het omzetplafond. Vrijgevestigde zorgaanbieders stellen voornamelijk een patiëntenstop in vanwege gebrek aan personele capaciteit om patiënten te behandelen.

Vraag 527
Hoeveel is bezuinigd dan wel geïnvesteerd op de beschermde woonvormen? Kunt u een overzicht geven van de afgelopen jaren?

Antwoord:
Er is van rijkswege geen sprake van een bezuiniging op de middelen die gemeenten hebben ontvangen voor beschermd wonen. In verband met de

ambulantisering in het ggz-domein zijn in 2019 extra middelen geïnvesteerd. In de komende jaren lopen deze extra middelen op tot € 95 miljoen structureel vanaf 2022, waarvan het overgrote deel aan het budget voor beschermd wonen wordt toegevoegd.

Vraag 528
Kunt u een overzicht geven van de uitgaven voor de beschermde woonvormen van 2015 tot en met heden?

Antwoord:
De uitgaven voor beschermd wonen zijn onderdeel van de totale uitgaven aan de Wmo. Gemeenten leveren via het Iv3-systeem (informatie voor derden) informatie aan over hun begroting en hun daadwerkelijke gerealiseerde uitgaven. Dit Iv3-systeem kent een sterk geaggregeerd niveau en overlap met andere gemeentelijke taken, waardoor het gevraagde inzicht voor alleen beschermd wonen niet kan worden gegeven. Wel kan worden gemeld dat het budget voor beschermd wonen apart via de integratie-uitkering beschermd wonen aan de centrumgemeenten wordt verstrekt. Het gaat om een bedrag ter hoogte van € 1,4 miljard in 2015 en 2016, € 1,5 miljard in 2017, € 1,6 miljard in 2018, € 1,8 miljard in 2019 en € 1,9 miljard in 2020. Beschermd wonen wordt separaat benoemd omdat dit budget – in tegenstelling tot de overige onderdelen van de oude integratie-uitkering Sociaal domein deel Wmo 2015 –, (nog) niet is overgeheveld naar de algemene uitkering van het gemeentefonds.

Vraag 529
Hoe groot zijn de tekorten op beschikbare plekken in de beschermde woonvormen?

Antwoord:
Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het bieden van beschermde woonvormen aan mensen die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving. Zij zijn verantwoordelijk voor het inkopen van voldoende plekken, passend bij wat in hun regio noodzakelijk is. Het aantal beschikbare plekken kan daarmee fluctueren. Er is geen centrale registratie van de beschikbare plekken in beschermde woonvormen en dus ook niet van eventuele tekorten op beschikbare plekken.

Vraag 530
Hoe vaak hebben zorgverzekeraars extra ggz zorg ingekocht, na het bereiken van het budgetplafond?

Antwoord:
Uit de monitor van de NZa over de contractering ggz 2020 (Kamerstuk 32 620, nr. 261) komt naar voren dat in 2019 73% van de gecontracteerde instellingen en 25% van de vrijgevestigde zorgaanbieders die de enquête van de NZa invulden een verzoek tot bijcontractering heeft ingediend. Van de vrijgevestigde zorgaanbieders geeft 94% het bereiken van het omzetplafond aan als reden hiervoor, bij de instellingen is dat 89%. Uit de gegevens die de NZa ontving (over het contractjaar 2019) van drie grote en twee kleinere zorgverzekeraars en een inkoopcombinatie (die drie kleinere zorgverzekeraars vertegenwoordigt) blijkt dat bij instellingen 79% van de betreffende verzoeken (deels) gehonoreerd zijn, terwijl dat bij vrijgevestigde zorgaanbieders 59% is. De gegevens die de NZa ontving van deze zorgverzekeraars lijken een redelijke afspiegeling van de markt. Verzekeraars moeten vanuit hun zorgplicht voldoende zorg voor hun verzekerden inkopen. Zij spreken met zorgaanbieders een omzetplafond af om de zorg betaalbaar te houden. Als een aanbieder dat plafond bereikt, kan een zorgverzekeraar besluiten om het contract bij te stellen en extra

zorg in te kopen (bijcontracteren). Het is de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars om hierover tijdig met elkaar te overleggen. De zorgaanbieder moet de zorgverzekeraar informeren als hij verwacht binnen afzienbare tijd het omzetplafond te bereiken en ook tijdig een goed onderbouwde aanvraag voor bijcontractering indienen. De zorgverzekeraar kan vervolgens zorgen dat de zorg toegankelijk blijft door meer zorg in te kopen of patiënten naar een andere aanbieder te bemiddelen.

Vraag 531
Hoe groot is het personeelstekort in de ggz? Hoeveel nieuw personeel heeft de inzet voor extra personeel in de ggz in 2019 opgeleverd? Wat zijn de verwachtingen voor 2020?

Antwoord:
Bij de laatste prognose (voorjaar 2019) was het verwachte personeelstekort in de ggz voor 2020 ruim 800 medewerkers. Het aantal van ruim 800 betreft de som van alle tekorten bij de afzonderlijke beroepsgroepen op de kwalificatieniveaus 1 tot en met 6 (bron: Prismant, model zorggebruik) en is het hoge scenario. In november verwachten we nieuwe prognoses. Hierover wordt u geïnformeerd in de eerstvolgende voortgangsrapportage van het actieprogramma Werken in de zorg die uw Kamer in november ontvangt.

Uit de meest recente, voorlopige cijfers van het CBS blijkt dat het aantal werknemers in de ggz sinds het eerste kwartaal van 2019 met 2.200 is gestegen, van 93.600 in het eerste kwartaal van 2019 naar 95.800 in het eerste kwartaal van 2020 (voorlopige cijfers, seizoensgecorrigeerd). De verwachtingen voor heel 2020 zijn onzeker, omdat de ontwikkeling van het aantal werknemers waarschijnlijk beïnvloed zal worden door de coronacrisis.

Vraag 532
Bij hoeveel zorgaanbieders in de ggz zijn er wachtlijsten en hoe lang zijn deze wachtlijsten?

Antwoord:
Ggz-zorgaanbieders onder de Zorgverzekeringswet (curatieve ggz) zijn op grond van de Transparantieregeling van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verplicht om maandelijks wachttijdinformatie aan te leveren. Dat zijn cijfers over de gemiddelde wachttijden:
in weken;
op vestigingsniveau;
uitgesplitst naar aanmeldwachttijd en behandelwachttijd voor de basis-ggz en voor de gespecialiseerde ggz aanvullend ook nog naar hoofddiagnosegroepen.
Zorgaanbieders leveren deze informatie aan bij Vektis en publiceren deze ook op hun eigen website. Daarnaast wordt de informatie gepubliceerd via www.kiezenindeggz.nl, zodat patiënten en verwijzers met de wachttijden rekening kunnen houden als zij een zorgaanbieder kiezen. Uw vraag richt zich op het aantal aanbieders in de ggz met een wachtlijst. Er zijn meer dan 3500 vestigingen van zorgaanbieders (vrijgevestigden, instellingen en onderdelen van instellingen) die wachttijdinformatie aanleveren bij Vektis. Ik heb geen precieze informatie over welk deel van deze aanbieders een wachtlijst heeft, maar dat zal bij het overgrote deel het geval zijn: patiënten kunnen veelal niet direct op de dag van de verwijzing terecht voor een intakegesprek. Dat is niet per definitie problematisch, pas bij overschrijding van de Treeknorm spreken we van een te lange wachttijd. Daarom richten we ons bij het verzamelen van

wachttijdinformatie ook op de wachtduur in relatie tot de geldende Treeknormen.
Voor de laatste uitgebreide stand van de landelijke en regionale gemiddelde wachttijden verwijs ik u naar de «Analyse van de gevolgen van de coronacrisis voor de geestelijke gezondheidszorg» van de NZa, die ik op 4 juni naar de Kamer heb gestuurd (Kamerstuk 25 424 nr. 531). In de analyse van 2 oktober 2020 van de NZa[40] staan de meest recente cijfers, maar deze zijn minder uitgebreid. Daarnaast hebben de branchepartijen van ggz-aanbieders, de Nederlandse ggz en MEERGGZ in mei een uitvraag gedaan bij hun leden om zicht te krijgen op de aantallen wachtenden op dat moment. Eind mei 2020 waren er 30.500 personen aangemeld voor gespecialiseerde ggz, waarvan 51,6% langer dan vier weken (de Treeknorm voor de aanmeldwachttijd) moest wachten op een intakegesprek en 31,2% langer dan veertien weken (de Treeknorm voor totale wachttijd) moest wachten op de start van de behandeling. Per 1 januari 2021 is de NZa voornemens ggz-aanbieders structureel te verplichten om cijfers over aantallen wachtenden aan te leveren, binnen en buiten de Treeknorm. Daarmee zal het inzicht in de wachttijden en wachtlijsten verder verbeteren.

Ten aanzien van ggz-zorgaanbieders onder de Wet langdurige zorg (langdurige ggz) publiceert het Zorginstituut op de website https://www.istandaarden.nl/wachtlijsten de stand van de wachtlijst op instellings- en locatieniveau. Dit overzicht geeft voor de sector geestelijke gezondheidszorg, per locatie, inzicht in het aantal actief wachtenden en niet-actief wachtenden. Bij de wachttijd wordt onderscheid gemaakt tussen binnen en buiten de Treeknorm. Het overzicht bestaat uit de volgende onderdelen:
Actief wachtend, binnen de treeknorm, geen zorg uit de Wlz.
Actief wachtend, binnen de treeknorm, met zorg uit de Wlz.
Actief wachtend, buiten de treeknorm, geen zorg uit de Wlz.
Actief wachtend, buiten de treeknorm met zorg uit de Wlz.
Niet-actief wachtend, geen zorg uit de Wlz.
Niet-actief wachtend, met zorg uit de Wlz.

Tijdens debatten met uw Kamer heb ik aangegeven dat er meer rubricering wordt doorgevoerd in de wachtlijstcijfers. Doel is de situatie van de cliënt meer inzichtelijk te maken. Met ingang van 2021 zal de wachtlijstinformatie er anders uit gaan zien.

Vraag 533
Wat is de stand van zaken met betrekking tot de inzet van ggz-expertise in de wijk?

Antwoord:
In het kader van het actieprogramma lokale initiatieven voor mensen met verward gedrag (het AVG) loopt een groot aantal projecten op wijk-, gemeentelijk of regionaal niveau waarbij de inzet van ggz-expertise versterkt wordt. De afgelopen jaren zijn er meer dan 500 lokale of regionale projecten ondersteund via het actieprogramma.

In het kader van ggz-expertise in de wijk is bijvoorbeeld de implementatie van de Wijk-GGD'er een mooi voorbeeld van een project dat onder meer via het actieprogramma verder is uitgerold. De Wijk-GGD'er is een «verbindingsofficier» in het netwerk van veiligheid en zorg bepaalt samen met (zorg)ketenpartners welke aanpak en zorg de persoon met verward gedrag nodig heeft en regelt dit. In 2017 is vanuit het Ministerie van J&V in 13 gemeenten gestart met een proef voor de implementatie van deze

[40] https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_322871_22/1/

vorm van ondersteuning, daarnaast financiert ZonMw sinds 2018 nog eens 34 Wijk-GGD'ers. Daarmee hebben in totaal 47 gemeenten vanuit de rijksoverheid ondersteuning ontvangen om deze aanpak op te zetten.

Op de website van het AVG staat per regio aangegeven hoe veel en wat voor soort projecten er precies zijn ondersteund de afgelopen jaren.[41]

Vraag 534
Welke maatregelen op het gebied van preventie worden genomen om de kans op dementie te verkleinen, gezien de grote maatschappelijke kosten van deze ziekte? Is daarbij ook aandacht voor het vergroten van het bewustzijn over de hersengezondheid bij risicogroepen?

Antwoord:
Om meer kennis over vermindering van het risico op dementie te krijgen komt er in het te starten dementie-onderzoeksprogramma bij ZonMw een specifiek thema «risicoreductie». Met NWO en de topsector Life Sciences & Health bekijken we of en hoe dit thema ook binnen de onderzoeksprogrammeringen van deze organisaties een plaats kan krijgen. Hieruit volgt een brede, gecoördineerde onderzoeksinzet op reductie van het risico op dementie.
Daarnaast gaan we in het kader van de Nationale Dementiestrategie 2021–2030 met gerichte activiteiten kennis over de mogelijkheden om het risico op dementie te verminderen, waarover een brede wetenschappelijke consensus is, verspreiden onder het algemeen publiek. We beginnen hiermee bij risicogroepen, zoals mensen met diabetes, overgewicht en hart- en vaatziekten. Hierbij werken we samen met onder meer gezondheidsfondsen, zorgprofessionals, zorgverzekeraars en gemeenten.

Vraag 535
Hoeveel onderzoeksvoorstellen binnen het programma «Gender en Gezondheid» konden niet toegekend worden vanwege het budget of de looptijd van het programma?

Antwoord:
Uit de evaluatie van het programma[42] blijkt dat van de 233 honorabele aanvragen er 94 zijn toegekend. Dat betekent dat 139 honorabele voorstellen zijn afgewezen.

Vraag 536
Het totaalbedrag van 24,9 miljoen euro aan subsidies voor Lichaamsmateriaal in 2021 is opgesplitst in een deel dat gaat naar de Nederlandse Transplantatie Stichting (14 miljoen euro) en een deel dat gaat naar ziekenhuizen binnen de zeven orgaandonatieregio's (4,9 miljoen euro); bij wie is de overige 6 miljoen euro ondergebracht?

Antwoord:
Behalve naar de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS) en ziekenhuizen zijn de subsidies bestemd voor donatie bij leven (€ 0,8 miljoen) (zie ook vraag 543), stamceldonatie (€ 1 miljoen) en verbeteringen ten behoeve van donatie in ziekenhuizen en orgaanperfusie (€ 4,2 miljoen), waaronder pilots voor weefseldonatie in algemene ziekenhuizen.

Vraag 537
Kan inzicht worden gegeven in de verdeling van subsidiegelden voor het flankerend beleid ten behoeve van het stimuleren van orgaandonatie, te

---

[41] https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/geestelijke-gezondheid/verward-gedrag/praktijkprojecten/
[42] https://publicaties.zonmw.nl/eindevaluatie-kennisprogramma-gender-en-gezondheid/.

weten 1) de nierteams aan huis; 2) orgaanperfusie; 3) donatie bij leven en 4) orgaandonatie na euthanasie?

Antwoord:
De nierteams aan huis worden in 2021 vanuit de premie bekostigd. Voor orgaanperfusie is 2,7 miljoen euro begroot (p. 66), voor de subsidies donatie bij leven 0,8 miljoen euro. Voor orgaandonatie na euthanasie zie vraag 544.

Vraag 538
Is in de begroting geld apart gereserveerd om de optie van orgaandonatie na euthanasie onder de aandacht te brengen van patiëntenverenigingen, huisartsen en specialisten in de ziekenhuizen, en zo ja hoeveel?

Antwoord:
In de VWS begroting is niet apart geld gereserveerd om orgaandonatie na euthanasie onder de aandacht te brengen. De middelen die worden ingezet ten behoeve van orgaandonatie na euthanasie, zoals het maken en verspreiden van informatiebrochures voor artsen en patiënten, komen uit instellingssubsidie aan de Nederlandse Transplantatie Stichting. Naar schatting is uit de instellingssubsidie 2020 een bedrag van circa 7.000 euro besteed aan orgaandonatie na euthanasie. De verwachte besteding in 2021 is nog niet vastgesteld, dit is mede afhankelijk van de belasting voor artsen in verband met covid-19.

Vraag 539
Is in de begroting geld gereserveerd voor het stimuleren van het tijdige gesprek tussen huisarts en patiënt over het levenseinde, en zo ja hoeveel?

Antwoord:
Voor zover nodig worden de activiteiten door VWS gefinancierd uit de nog besteedbare middelen van ca. € 0,2 miljoen voor Medische Ethiek. Waaraan en hoeveel er precies besteed zal worden is nog onbekend, omdat dit afhankelijk is van de resultaten van de behoeftepeiling bij patiënten, ouderen en mantelzorgers welke dit najaar bekend worden.

Vraag 540
Horen tot de beschermingsmiddelen ook handschoenen zoals gebruikt in de thuiszorg, bijvoorbeeld bij het verzorgen van huidproblemen? Zo ja, mogen mensen die deze verzorging nodig hebben verwachten dat de verzorgende over de handschoenen beschikt en waar nodig en desgevraagd deze ook gebruikt, zodat het niet meer zo kan zijn dat de zorgorganisatie vraagt aan cliënten om zelf handschoenen te kopen?

Antwoord:
De wijkverpleegkundige is verantwoordelijk voor het indiceren en organiseren van de zorg met als uitgangspunt dat alle zorg conform geldende richtlijnen en kwaliteitsstandaarden wordt geleverd. De verpleegkundigen en verzorgenden handelen veilig en zorgvuldig. Indien dat veilig en zorgvuldig handelen het gebruik van handschoenen vergt, dan is het aan de zorgorganisatie en/of de zorgprofessional (in het geval van ZZP-schap) om hiervoor te zorgen.

Vraag 541
Er is geld beschikbaar voor «een internationaal onderzoeksprogramma (Gard-P) voor de ontwikkeling van nieuwe antibiotica...»; wordt in dit internationaal onderzoeksprogramma ook aandacht geschonken aan de financiering van antibiotica om de beschikbaarheid van antibiotica voor de toekomst veilig te stellen?

Antwoord:
Ja, GARDP financiert onderzoek naar nieuwe antibiotica, om de beschikbaarheid van antibiotica voor de toekomst veilig te stellen. De not-for-profit-organisatie «Global Antibiotic Research & Development Partnership (GARDP)» is een initiatief van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en het Drugs for Neglected Diseases Initiative (DNDi). De organisatie is in 2016 tijdens de World Health Assembly door Nederland, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk en Zuid-Afrika opgericht.
Binnen dit internationaal verband werken publieke en private partijen aan de ontwikkeling van nieuwe antibiotica. De doelen van GARDP zijn:
– nieuwe antibiotica ontwikkelen en produceren op basis van een duidelijke behoefte, die gebaseerd is op de WHO-prioriteitenlijst van infectieziektes en pathogenen;
– het verbeteren van de betaalbaarheid en toegankelijkheid van antibioticabehandelingen, voor alle patiënten en gezondheidssystemen;
– stimuleren van prudent gebruik van antibiotica, ten einde antibioticaresistentie tegen te gaan.

Om beschikbaarheid en toegankelijkheid van antibiotica te verzekeren zorgt GARDP ervoor dat financieringsstromen van overheden, not-for-profit-organisaties en andere financierende partnerschappen, meewerken aan klinische en farmaceutische ontwikkeling, waardoor de kosten (en het risico) van R&D projecten worden verlaagd. GARDP werkt ook aan de ontwikkeling van duurzame toegangsstrategieën en aan de bevordering van duurzame vergoedingsmodellen voor antibiotica.

Vraag 542
Hoe draagt de subisidieregeling «Veelbelovende zorg sneller bij de patient» bij aan een snellere voorwaardelijke toelating van weesgeneesmiddelen?

Antwoord:
Weesgeneesmiddelen komen niet in aanmerking voor de subsidieregeling «Veelbelovende zorg sneller bij de patiënt». Specifiek voor (onder meer) weesgeneesmiddelen is in oktober 2019 het nieuwe beleidskader voor de voorwaardelijke toelating geneesmiddelen in werking getreden.

Vraag 543
Kan nader worden toegelicht hoe vaak de voorbije jaren door vrijgevestigde medisch specialisten gebruik is gemaakt van de stimuleringsregeling voor de overstap naar loondienst, en welk deel van de daarvoor begrote middelen derhalve daadwerkelijk is uitgegeven? Is dit altijd voor het volledige bedrag van 100.000 euro per specialist?

Antwoord:
In 2015 hebben 449 medisch specialisten gebruik gemaakt van de subsidieregeling, gevolgd door 16 medisch specialisten in 2016, 1 in 2017, 1 in 2018, 9 in 2019 en 1 in 2020. Hierbij is altijd sprake van het gehele bedrag van 100.000 euro, mits een medisch specialist bij de vaststelling van de subsidie na 4 jaar aan alle voorwaarden van de regeling voldoet. In de afgelopen jaren waren telkens meer middelen beschikbaar. Voor de subsidieregelingen t/m 2019 geldt dat de middelen op basis van afspraken met de partijen van het hoofdlijnenakkoord MSZ afkomstig waren uit het MSZ-kader voor de zorginkoop binnen het Uitgavenplafond zorg. Niet bestede middelen bleven voor latere jaren beschikbaar of zijn weer aan het kader voor de zorginkoop toegevoegd.

Vraag 544
Kan nader worden toegelicht hoe vaak de voorbije jaren een aanvraag door vrijgevestigde medisch specialisten voor de stimuleringsregeling voor de overstap naar loondienst is afgewezen?

Antwoord:
In de afgelopen jaren zijn er inderdaad meer aanvragen ingediend dan uiteindelijk gehonoreerd. De reden voor het niet honoreren van aanvragen is in de meeste gevallen niet op inhoudelijke gronden gebaseerd, maar omdat een ziekenhuis of een medisch specialist de aanvraag heeft ingetrokken of te laat heeft ingediend.

Vraag 545
Kan schematisch worden uitgesplitst waarom aanvragen door vrijgevestigde medisch specialisten voor de stimuleringsregeling voor de overstap naar loondienst zijn afgewezen?

Antwoord:
Zie mijn antwoord bij vraag 544. Een verdere uitsplitsing heb ik niet beschikbaar.

Vraag 546
Wat zijn de precieze criteria om een geslaagd beroep op deze stimuleringsregeling te kunnen doen?

Antwoord:
Er wordt subsidie verstrekt aan een medisch specialist die:
het gehele jaar voorafgaand aan de overstapperiode een vrijgevestigde medisch specialist was die op grond van de voor hem voor dat jaar geldende één of meer overeenkomsten ten minste twintig uren per week aanwezig was in een instelling ter uitoefening van zijn beroep;
met ingang van een in de overstapperiode gelegen tijdstip zijn hoedanigheid als vrijgevestigd medisch specialist heeft beëindigd;
zonder dat sprake is of zal zijn van een andere vergoeding daarvoor dan een onmiddellijke of middellijke vergoeding in de vorm van een geldsom van een zorgaanbieder waarmee hij een arbeidsovereenkomst heeft gesloten:
zijn activiteiten als vrijgevestigd medisch specialist heeft gestaakt;
de activiteiten als vrijgevestigd medisch specialist in een rechtspersoon heeft beëindigd, en
uitsluitend op basis van één of meer arbeidsovereenkomsten met één of meer zorgaanbieders als medisch specialist werkzaam is en zal zijn.
direct na de overstap voor een periode van vier kalenderjaren niet werkzaam zal zijn als vrijgevestigd medisch specialist.

Vraag 547
Op welke wijze heeft u de stimuleringsregeling voor de overstap naar loondienst de voorbije jaren precies onder de aandacht gebracht bij vrijgevestigde medisch specialisten?

Antwoord:
In de voorbije jaren is hierover contact geweest met de Federatie Medisch Specialisten (FMS). De subsidieregeling is dit jaar, gezien de omstandigheden met Covid-19, niet onder de aandacht gebracht.

Vraag 548
Wat zijn volgens u de hoofdredenen dat de voorbije jaren zo zelden een aanvraag door vrijgevestigde medisch specialisten is gedaan voor de stimuleringsregeling voor de overstap naar loondienst?

Antwoord:
Vorig jaar heb ik adviesbureau SiRM gevraagd hiernaar onderzoek te doen. De evaluatie van de subsidieregeling heb ik u eerder toegestuurd (Kamerstuk, 32 620 nr. 314). SiRM concludeerde allereerst dat de subsidieregeling vaak is gebruikt wanneer ook andere specifieke redenen bestonden voor een overstap naar loondienst, zoals wanneer een ziekenhuis te maken heeft met een fusie of met financiële problemen. Daarnaast concludeerde SiRM dat de subsidieregeling nauwelijks de financiële belemmeringen voor een overstap naar loondienst mitigeert. Zo gelden er als ondernemer fiscale voordelen en dekt de subsidie niet de volledige kosten die een overstap naar loondienst met zich meebrengt. Daarnaast kunnen redenen zoals het (vermeende) verlies van professionele autonomie of de uniformiteit van een vakgroep, meespelen in de keuze om vrijgevestigde te blijven.

Vraag 549
Kan nader worden onderbouwd waarom de uitgaven voor de subsidieregeling en het bevorderen van gelijkgerichtheid in 2021 worden geraamd op 8,7 miljoen euro? Hoe verhoudt zich dit tot het geraamde bedrag in eerdere jaren, en het bedrag dat daarvan daadwerkelijk is uitgegeven?

Antwoord:
Voor de regeling is in 2020 en 2021 in totaal een bedrag van 8 miljoen euro beschikbaar. Dit staat zo goed als in verhouding met het bedrag dat voor 2017–2019 beschikbaar was en dat toen 10 miljoen euro voor drie jaar was. Daarnaast zijn er middelen beschikbaar voor de vaststellingen van de regeling uit 2016 en om gelijkgerichtheid op andere manieren te kunnen bevorderen.

Vraag 550
Wat omvat de component gelijkgerichtheid precies en voor welk aandeel van de geraamde 8,7 miljoen euro?

Antwoord:
In het regeerakkoord is opgenomen dat het kabinet voor meer gelijkgerichtheid in het ziekenhuis stimuleert dat medisch specialisten de stap maken naar het participatiemodel of loondienst. Wat betreft de stap naar loondienst is voor 2020 en 2021 de subsidieregeling voortgezet. Aangezien het participatiemodel tot op heden niet mogelijk is, wordt naar andere manieren gekeken om gelijkgerichtheid te bevorderen. Hiervoor volgt dit jaar nog een brief aan uw Kamer.

Vraag 551
Kan nader worden toegelicht hoe men tot de juridische en financiële onderbouwing is gekomen voor het bedrag dat (beweerdelijk) aan goodwill zou moeten worden betaald in geval dat de overheid vrijgevestigde artsen wettelijk zou verplichten in loondienst te treden? Wie is hiervoor geconsulteerd en welke adviezen liggen hieraan ten grondslag?

Antwoord:
Als de vragensteller doelt op het bedrag van € 2 miljard dat is opgenomen in Zorgkeuzes in Kaart 2020 dan kan hierover het volgende worden toegelicht. Dat bedrag is – uiteraard – een inschatting en geen hard gegeven. In de voetnoten 9 en 10 bij maatregel 37 in Zorgkeuzes in Kaart 2020 wordt toegelicht hoe de berekening is gemaakt: deze is afgeleid van het door SIRM voor 2019 gehanteerde winstaandeel per specialist en het aantal vrijgevestigde specialisten. Vervolgens is dat doorgerekend naar 2021, hetgeen leidt tot een bedrag van € 1,971 miljard. In Zorgkeuzes in Kaart 2020 is dit afgerond naar € 2 miljard.

Vraag 552
Bestaat de kans dat bij een wettelijke variant die medisch specialistische zorg slechts declarabel maakt als deze is geleverd door een specialist in loondienst, er geen goodwill hoeft te worden betaald aan specialisten die om deze reden de overstap maken?

Antwoord:
Het invoeren van deze wettelijke variant zal juridisch waarschijnlijk worden gezien als een vorm van eigendomsontneming; vrije vestiging is dan immers de facto onmogelijk gemaakt. Er moet rekening worden gehouden met een afkoopsom van tot € 2 miljard, zoals in Zorgkeuzes in Kaart 2020 is vermeld. Dit bedrag kan bij de rechter hoger of lager uitvallen.

Vraag 553
Kunt u toelichten wat de ervaringen in de ggz-sector waren met de inzet van e-health tijdens de coronacrisis?

Antwoord:
Er zijn onder meer door MIND, de Alliantie Kwaliteit Geestelijke Gezondheidszorg en de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) ervaringen opgetekend.
De ervaringen in de GGZ geven een gemengd beeld. Zo waren er soms duidelijke en soms onverwachte voordelen, die ook vaak breed worden gedeeld. Zo had digitale zorg ten tijde van corona een positief effect op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg, zeker waar andere opties wegvielen. We horen ook positieve geluiden van zorgverleners, zoals de laagdrempelige manier van zorg verlenen die beeldbellen biedt aan jeugdhulpverleners of medewerkers in de ggz. Via beeldbellen kan toch even binnen gekeken worden bij gezinnen of personen die anders moeilijk te bereiken zijn – al zie je natuurlijk lang niet alles. In de meeste sectoren zijn patiënten tevreden over het alternatief dat digitale zorg ten tijde van corona biedt. Ze geven bijvoorbeeld aan het prettig te vinden om te praten vanuit de (thuis)omgeving, of zelf een actievere rol te kunnen spelen. Dat blijkt ook uit cijfers: zo wil een meerderheid van de cliënten van het Helen Downing Instituut ook na de coronacrisis de mogelijkheid behouden om te beeldbellen met hun therapeuten.

Tegelijkertijd komt ook duidelijk een aantal knelpunten naar voren. Zo wordt beeldbellen door met name zorgverleners in de ggz ook als beperkend ervaren voor de kwaliteit van zorg. Die geluiden zijn ook te horen onder sommige ggz-cliënten. Zij ervaren hoe alleen contact via beeldbellen op gespannen voet kan staan met het opbouwen van een therapeutische relatie tussen cliënt en zorgverlener, zeker bij nieuwe cliënten, bij kwetsbare patiënten of bij complexe hulpvragen.

Van belang is dat we de ervaren voordelen van digitale zorg in de GGZ vasthouden. Tegelijkertijd is van belang dat cliënt en zorgverlener samen beslissen over wat de gewenste manier van zorg verlenen is, fysiek of digitaal of een mengvorm van beiden: de zogenaamde blended aanpak.

Vraag 554
Kunt u aangeven wat na het twee keer opleggen van een bestuursrechtelijke boete de vervolgstappen zijn bij het niet nakomen van de verzekeringsplicht, aangezien tot twee keer een bestuursrechtelijke boete kan worden opgelegd?

Antwoord:
Nadat de tweede boete is opgelegd wordt (na drie maanden) opnieuw gecontroleerd of betrokkene al een zorgverzekering heeft gesloten.

Als dat niet het geval blijkt, en betrokkene nog steeds verzekeringsplichtig is, wordt hij door het CAK ambtshalve aangemeld bij een zorgverzekeraar en betaalt hij aan het CAK (gedurende een jaar) een hogere bestuursrechtelijke premie dan hij aan nominale premie verschuldigd zou zijn geweest. Als betrokkene aantoont dat hij al een verzekering had gesloten in de drie maanden nadat de tweede boete werd opgelegd, kan hij de ambtshalve verzekering laten vernietigen.
De ambtshalve verzekering kan gedurende het eerste jaar niet worden opgezegd.

Vraag 555
Is de eenzaamheid sinds het lanceren van het programma «Eén tegen eenzaamheid» op 18 maart 2018 afgenomen bij respectievelijk 18-plussers, 75-plussers en 85-plussers?

Antwoord:
Halverwege 2021 verschijnt de nieuwe Gezondheidsmonitor waarin een vergelijking met de meting in 2016 kan worden gemaakt op de verschillende leeftijdsgroepen. Kanttekening daarbij is dat de invloed van Corona op de eenzaamheidscijfers niet onderschat kan worden. De eerste signalen duiden op een toename van eenzaamheid door de maatregelen rondom Corona, zoals blijkt uit het rapport Sociaal welbevinden ten tijde van Corona van het SCP.

Vraag 556
Welke belemmerde regels bij goede initiatieven om eenzaamheid te verminderen zijn weggenomen sinds 18 maart 2018?

Antwoord:
Burgerinitiatieven ervaren soms belemmerende regels van de lokale of landelijke overheid. Deze belemmeringen bij initiatieven zijn onderzocht door Nederland Zorgt voor Elkaar. Naar aanleiding daarvan ondersteunt VWS deze organisatie middels subsidie in het ondersteunen van burgerinitiatieven, bijvoorbeeld door kennisdeling. Ook ontwerpt het Landelijk Samenwerkingsverband Actieve bewoners (LSA) in het kader van het Betrokken Buurten-programma een toolkit Betrokken Buurten tegen eenzaamheid die in november van dit jaar wordt opgeleverd.

Vraag 557
Hoeveel lokale coalities tegen eenzaamheid zijn sinds 18 maart 2018 opgericht en actief?

Antwoord:
Bij het openingscongres van de Week tegen eenzaamheid dit jaar op 1 oktober werd de 200e gemeente verwelkomd in de gezamenlijke aanpak van eenzaamheid. In januari van dit jaar waren dit er nog 126.
In oktober van dit jaar wordt de benchmark verstuurd naar deelnemende gemeenten. Deze verschaft inzicht over hoe ver gemeenten en lokale coalities zijn in hun aanpak van eenzaamheid.

Vraag 558
In hoeveel gemeenten worden 75-plussers jaarlijks bezocht?

Antwoord:
In de benchmark van 2019 gaven 44 van de 64 ondervraagde gemeenten aan jaarlijks een bezoek te brengen aan 75-plussers. Dit jaar wordt dit wederom uitgevraagd in de benchmark die in oktober van dit jaar wordt verstuurd aan alle deelnemende gemeenten.

Vraag 559
Kunt u concreet aangeven wat uw «inspirerende rol» inhoudt binnen het programma «Één tegen eenzaamheid»? Is dat een actieve of passieve rol, aangezien verder op de pagina staat dat de inzet van het programma verschuift van agenderen naar het stimuleren van acties?

Antwoord:
Het ministerie vervult een zeer actieve rol in het aanjagen van de aanpak van eenzaamheid, zowel als het gaat om het agenderen als het daadwerkelijk aanpakken. Dit wordt bijvoorbeeld gedaan door een podium te bieden aan goede voorbeelden van gemeenten en initiatieven van bedrijven, maatschappelijke organisaties en samenwerkingen daartussen. Met de publiekscampagne wordt het algemeen publiek geïnspireerd om met een klein gebaar het verschil te maken. Het programma stelt een adviseur met een in de praktijk ontwikkelde toolkit voor de lokale aanpak van eenzaamheid beschikbaar, aan iedere gemeente van Nederland. De uitvoering blijft in handen van de gemeenten en organisaties in de Nationale en lokale coalitie(s) tegen eenzaamheid. Met een subsidieregeling via ZonMw ondersteunt het ministerie ook dit onderdeel van de aanpak van eenzaamheid. In de Week tegen eenzaamheid, georganiseerd vanuit het ministerie, wordt alle activiteit samengebracht.

Vraag 560
Hoeveel lokaal beleid en concrete ideeën die lokaal zijn ontstaan zijn verankerd en ingezet in andere gebieden?

Antwoord:
In de benchmark van 2019 gaven 57 van de 64 ondervraagde gemeenten aan gebruik te maken van pilots en tools in de aanpak van eenzaamheid voortvloeiend uit het actieprogramma. De adviseurs die gemeenten ondersteunen ontwikkelen handreikingen gebaseerd op best-practices die zij in gemeenten tegenkomen. Deze handreikingen worden vervolgens onderdeel van de toolkit die elke adviseur weer meeneemt. Bijvoorbeeld de handreikingen, «handreiking voor het betrekken van lokale ondernemers bij de aanpak van eenzaamheid.», «handreiking huisbezoeken van 75-plussers», en «monitoring en evaluatie van eenzaamheid.». Ook zijn er specifieke instrumenten, zoals het signaalpunt tegen eenzaamheid, dat ontwikkeld is in Rotterdam en nu in verschillende gemeenten wordt geïmplementeerd. Een groot deel van de adviseurs worden geleverd door Movisie. Die nemen kennis mee van lokaal beleid ook op andere thema's in het sociaal domein, waar vervolgens een koppeling mee gelegd wordt.

Vraag 561
Voor hoeveel locaties in de intramurale ouderenzorg bestaan wachtlijsten en wat is de omvang van elk van deze wachtlijsten, zowel binnen als buiten de treeknorm?

Antwoord:
Het Zorginstituut publiceert op de site https://www.istandaarden.nl/wachtlijsten de stand van de wachtlijst op instellings- en locatieniveau. Dit overzicht geeft voor de sector verpleging en verzorging, per locatie, inzicht in het aantal actief wachtenden en niet-actief wachtenden. Bij de wachttijd wordt onderscheid gemaakt tussen binnen en buiten de Treeknorm. Het overzicht bestaat uit de volgende onderdelen:
Actief wachtend, binnen de treeknorm, geen zorg uit de Wlz.
Actief wachtend, binnen de treeknorm, met zorg uit de Wlz.
Actief wachtend, buiten de treeknorm, geen zorg uit de Wlz.
Actief wachtend, buiten de treeknorm met zorg uit de Wlz.
Niet-actief wachtend, geen zorg uit de Wlz.
Niet-actief wachtend, met zorg uit de Wlz.

Tijdens debatten met uw Kamer heb ik aangegeven dat er meer rubricering wordt doorgevoerd in de wachtlijstcijfers. Doel is de situatie van de cliënt meer inzichtelijk te maken en afscheid te nemen van het onderscheid tussen actief wachtend en niet-actief wachtenden. Met ingang van 2021 zal de wachtlijstinformatie er anders uit gaan zien.

Vraag 562
Voor hoeveel locaties in de intramurale gehandicaptenzorg bestaan wachtlijsten en wat is de omvang van elk van deze wachtlijsten, zowel binnen als buiten de treeknorm?

Antwoord:
Het Zorginstituut publiceert op hun site, https://www.istandaarden.nl/wachtlijsten, de stand van de wachtlijst op instellings- en locatieniveau. Dit overzicht geeft voor de sector gehandicaptenzorg, per locatie, inzicht in het aantal actief wachtenden en niet-actief wachtenden. Bij de wachttijd wordt onderscheid gemaakt tussen binnen en buiten de Treeknorm. Het overzicht bestaat uit de volgende onderdelen:
Actief wachtend, binnen de treeknorm, geen zorg uit de Wlz.
Actief wachtend, binnen de treeknorm, met zorg uit de Wlz.
Actief wachtend, buiten de treeknorm, geen zorg uit de Wlz.
Actief wachtend, buiten de treeknorm met zorg uit de Wlz.
Niet-actief wachtend, geen zorg uit de Wlz.
Niet-actief wachtend, met zorg uit de Wlz.

Tijdens debatten met uw Kamer heb ik aangegeven dat er meer rubricering wordt doorgevoerd in de wachtlijstcijfers. Doel is de situatie van de cliënt meer inzichtelijk te maken en afscheid te nemen van het onderscheid tussen actief wachtend en niet-actief wachtenden. Met ingang van 2021 zal de wachtlijstinformatie er anders uit gaan zien.

Vraag 563
Voor hoeveel locaties in de intramurale geestelijke gezondheidszorg bestaan wachtlijsten en wat is de omvang van elk van deze wachtlijsten, zowel binnen als buiten de treeknorm?

Antwoord:
De intramurale geestelijke gezondheidszorg valt onder zowel de Zorgverzekeringswet als de Wet langdurige zorg.

Ggz-zorgaanbieders onder de Zorgverzekeringswet (curatieve ggz) zijn op grond van de Transparantieregeling van de Nederlandse Zorgautoriteit verplicht om maandelijks wachttijdinformatie aan te leveren. Dat zijn cijfers over de gemiddelde wachttijden:
in weken;
uitgesplitst naar aanmeldwachttijd en behandelwachttijd voor de basis-ggz en voor de gespecialiseerde ggz aanvullend ook nog naar hoofddiagnosegroepen.
Zorgaanbieders leveren deze informatie aan bij Vektis en publiceren deze ook op hun eigen website. Daarnaast wordt de informatie gepubliceerd via www.kiezenindeggz.nl, zodat patiënten en verwijzers met de wachttijden rekening kunnen houden als zij een zorgaanbieder kiezen. De aangeleverde wachttijdcijfers in de curatieve ggz worden aangeleverd per vestiging, maar niet uitgesplitst naar extramurale en intramurale zorg. Ik kan u daarom op basis van de huidige wachttijdcijfers geen overzicht geven van het aantal locaties in de intramurale ggz onder de Zorgverzekeringswet dat wachtlijsten heeft.
Voor de laatste uitgebreide stand van de landelijke en regionale gemiddelde wachttijden verwijs ik u naar de «Analyse van de gevolgen van de coronacrisis voor de geestelijke gezondheidszorg» van de NZa, die ik in

4 juni naar de Kamer heb gestuurd (Kamerstuk 25 424 nr. 531). In de analyse van 2 oktober van de NZa[43] staan de meest recente cijfers, maar deze zijn minder uitgebreid. Daarnaast hebben de branchepartijen van ggz-aanbieders, de Nederlandse ggz en MEERGGZ in mei een uitvraag gedaan bij hun leden om zicht te krijgen op de aantallen wachtenden op dat moment. Eind mei 2020 waren er 30.500 personen aangemeld voor gespecialiseerde ggz, waarvan 51,6% langer dan vier weken (de Treeknorm voor de aanmeldwachttijd) moest wachten op een intakegesprek en 31,2% langer dan veertien weken (de Treeknorm voor totale wachttijd) moest wachten op de start van de behandeling. Per 1 januari 2021 is de NZa voornemens ggz-aanbieders structureel te verplichten om cijfers over aantallen wachtenden aan te leveren, binnen en buiten de Treeknorm. Daarmee zal het inzicht in de wachttijden en wachtlijsten verder verbeteren.

Bij ggz-zorgaanbieders onder de Wet langdurige zorg (langdurige ggz) is altijd sprake van intramurale zorg. Het Zorginstituut publiceert op hun site, https://www.istandaarden.nl/wachtlijsten, de stand van de wachtlijst op instellings- en locatieniveau. Dit overzicht geeft voor de sector geestelijke gezondheidszorg, per locatie, inzicht in het aantal actief wachtenden en niet-actief wachtenden. Bij de wachttijd wordt onderscheid gemaakt tussen binnen en buiten de Treeknorm. Het overzicht bestaat uit de volgende onderdelen:
Actief wachtend, binnen de treeknorm, geen zorg uit de Wlz.
Actief wachtend, binnen de treeknorm, met zorg uit de Wlz.
Actief wachtend, buiten de treeknorm, geen zorg uit de Wlz.
Actief wachtend, buiten de treeknorm met zorg uit de Wlz.
Niet-actief wachtend, geen zorg uit de Wlz.
Niet-actief wachtend, met zorg uit de Wlz.
Tijdens debatten met uw Kamer heb ik aangegeven dat er meer rubricering wordt doorgevoerd in de wachtlijstcijfers. Doel is de situatie van de cliënt meer inzichtelijk te maken. Met ingang van 2021 zal de wachtlijstinformatie er anders uit gaan zien.

Vraag 564
Hoeveel mensen staan op een wachtlijst voor zorg thuis, wat is daarbij de gemiddelde wachttijd en wat zijn de minimum- en maximumwachttijden?

Antwoord:
Het leeuwendeel van de mensen stroomt vanuit de wijkverpleging door naar zorg vanuit de Wlz, zodra men een Wlz-indicatie heeft gekregen van het CIZ. De zorg wordt meestal geleverd in de vorm van een modulair pakket thuis (leveringsvorm mpt). De omzetting is doorgaans binnen 5 dagen geregeld, waardoor er geen sprake is van een significante wachttijd.

Vraag 565
Hoe groot zijn de wachtlijsten in de Wlz, uitgesplitst naar de afzonderlijke sectoren?

Antwoord:
Het Zorginstituut publiceert op hun site, https://www.istandaarden.nl/wachtlijsten, de stand van de wachtlijst op instellings- en locatieniveau. Dit overzicht geeft voor de sectoren verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg, per locatie, inzicht in het aantal actief wachtenden en niet-actief wachtenden. Bij de wachttijd wordt onderscheid gemaakt tussen binnen en buiten de Treeknorm. Het overzicht bestaat uit de volgende onderdelen:

[43] https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_322871_22/1/

Actief wachtend, binnen de treeknorm, geen zorg uit de Wlz.
Actief wachtend, binnen de treeknorm, met zorg uit de Wlz.
Actief wachtend, buiten de treeknorm, geen zorg uit de Wlz.
Actief wachtend, buiten de treeknorm met zorg uit de Wlz.
Niet-actief wachtend, geen zorg uit de Wlz.
Niet-actief wachtend, met zorg uit de Wlz.

Tijdens debatten met uw Kamer heb ik aangegeven dat er meer rubricering wordt doorgevoerd in de wachtlijstcijfers. Doel is de situatie van de cliënt meer inzichtelijk te maken en afscheid te nemen van het onderscheid tussen actief wachtend en niet-actief wachtenden. Met ingang van 2021 zal de wachtlijstinformatie er anders uit gaan zien.

Vraag 566
Hoe groot zijn de wachtlijsten bij zorginstellingen die gefinancierd worden vanuit de zorgverzekeringswet, inclusief de ggz?

Antwoord:
Ggz
Zie hiervoor het antwoord op vraag 532.

MSZ
In de MSZ zijn wachttijden een blijvend punt van aandacht. Op 9 december 2019 heeft mijn voorganger u geïnformeerd over de laatste rapportage van de NZa over inspanningen van zorgverzekeraars om wachttijden in de MSZ, ggz en wijkverpleging te verminderen (Kamerstuk 2019–2020 32 629, nr 244). De NZa is bezig om aan de hand van de wachttijden die aanbieders moeten aanleveren haar toezicht toe te spitsen op de regio's met de grootste problemen en bekijkt daar of partijen (aanbieders en verzekeraars) zich voldoende inspannen om de wachttijden te verminderen.

De toezichthouders (NZa en IGJ) houden de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg nauwlettend in de gaten. Met het anders organiseren van ziekenhuiszorg waarbij het functioneren van mensen voorop staat, willen we de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg juist verbeteren. Zorg voorkomen, verplaatsen en vervangen, zoals we met de Juiste Zorg op de Juiste Plek beogen, zal daarbij ook een positieve impact hebben op de wachtlijsten in de MSZ.

Vanwege de covid-crisis lag begrijpelijkerwijs de prioriteit niet bij de aanlevering van wachttijden. De NZa heeft mij laten weten dat het inzicht in wachttijden hierdoor tijdelijk niet goed was. Inmiddels is dit, na actie van NZa, weer op het oude niveau. Uit de informatie komt naar voren dat de wachttijden in de MSZ vergelijkbaar zijn met de situatie voor de crisis.

De NZa is daarnaast bezig om de wachttijdenregeling ter herijken; daarbij neemt zij de behoeften van zorgverzekeraars en zorgaanbieders mee.

Wijkverpleging
Voor de wijkverpleging is er geen wachtlijst(registratie). Aangezien er geen signalen zijn over wachttijden, is er geen aanleiding om wachttijden en wachtlijsten te gaan registreren. Specifiek voor casemanagement dementie geldt sinds 1 december 2018 de NZa-regeling Transparantie zorgaanbieders casemanagement dementie (NR/REG-1827). Deze regeling heeft tot doel wachttijden voor casemanagement dementie op eenduidige wijze transparant en vergelijkbaar te maken voor patiënten. Deze regeling is conform afspraak in het voorjaar van 2020 geëvalueerd door bureau Hhm. Uit de evaluatie kwam een aantal aanbevelingen, zowel voor de NZa als voor betrokken partijen. De NZa is voortvarend aan het werk met het

aanpassen van de regeling conform de aanbevelingen. Betrokken partijen hebben afgesproken, ook conform de aanbevelingen, aan de slag te gaan met het versterken van het draagvlak voor deze (aangepaste) regeling.

Huisartsenzorg
In de huisartsenzorg zijn geen wachtlijsten. Iemand moet altijd terecht kunnen voor huisartsenzorg. Wel is het zo dat in sommige regio's het steeds moeilijker is om je te laten inschrijven bij een huisartsenpraktijk. Het is aan de zorgverzekeraar om patiënten te bemiddelen naar een huisarts. Daarbij geven zorgverzekeraars aan dat patiënten bij spoed altijd als passant bij een huisarts terecht kunnen. Samen met de Landelijke Huisartsen Vereniging ondersteunen wij de 8–10 meest urgente regio's met de toegankelijkheid van huisartsenzorg.

Vraag 567
Hoeveel verpleeghuizen zijn gesloten en hoeveel zijn dat er naar verwachting in 2020?

Antwoord:
Er wordt landelijk geen lijst bijgehouden van locaties die sluiten of gaan sluiten.

Vraag 568
Hoeveel verpleeghuizen en kleinschalige zorgvoorzieningen zijn er bijgebouwd vanaf 2019 tot heden?

Antwoord:
Er wordt landelijk geen lijst bijgehouden van verpleeghuizen en kleinschalige zorgvoorzieningen die zijn bijgebouwd.

Vraag 569
Kunt u een overzicht geven van alle organisaties die meedoen aan «Waardigheid en trots»? Kunt u daarbij aangeven hoeveel en welke van deze organisaties de afgelopen jaren een maatregel van de IGJ opgelegd hebben gekregen?

Antwoord:
Informatie over de voortgang en de deelname aan «Waardigheid en Trots op locatie» wordt gegeven bij de voortgangsrapportages van «Thuis in het verpleeghuis». Daarin is onder andere het aantal deelnemers, hoe ver de deelnemers zijn met de realisatie van het kwaliteitskader en de aard van de ondersteuning aangegeven. De namen van de zorgaanbieders worden niet gedeeld omdat dit bedrijfsgevoelige gegevens zijn. Het is dan ook niet mogelijk aan te geven welke organisaties die meedoen aan «Waardigheid en Trots op locatie» een maatregel van IGJ opgelegd hebben gekregen.

Vraag 570
Hoeveel ouderen zijn de laatste jaren mishandeld en wat zijn de meest actuele cijfers?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 33.

Vraag 571
Hoeveel ouderen komen jaarlijks bij de huisarts en bij de SEH met opmerkelijk en onverklaarbaar letsel?

Antwoord:
Er zijn geen landelijke cijfers bekend over de hoeveelheid ouderen die jaarlijks bij de huisarts en bij de SEH komen met onverklaarbaar letsel. In het programma Geweld Hoort Nergens Thuis wordt ingezet op het herkennen van de signalen van ouderenmishandeling door professionals. In dit kader heb ik een opdracht verleend aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen voor een pilottest in drie ziekenhuizen op de bruikbaarheid van een screeningstool voor ouderenmishandeling. Doel van deze pilot is ervoor te zorgen dat artsen, met name op de spoedeisende hulp, beter in staat zijn om signalen van ouderenmishandeling te herkennen.

Vraag 572
Wat is de laatste stand van zaken met betrekking tot ondervoeding van ouderen?

Antwoord:
Ondervoeding is een complex probleem. Hoewel ondervoeding in toenemende mate erkend en herkend wordt als zorgprobleem, blijft aandacht voor bewustwording voor de omvang en gevolgen ervan nodig. Het ontbreekt aan inzicht in ondervoeding in de drie domeinen (medisch, sociaal en publiek). Ik heb de Stuurgroep Ondervoeding dan ook de opdrachtBorging aanpak ondervoeding» gegeven. De Stuurgroep Ondervoeding begint met het monitoren in welke mate gebruik wordt gemaakt van de bestaande instrumenten en expertise op het gebied van ondervoeding door het medische, sociale en publieke domein. Met de nulmeting als vertrekpunt bereidt de Stuurgroep Ondervoeding een brede inventarisatie voor naar mogelijkheden om preventie, screening en behandeling van ondervoeding te borgen in het medische, sociale en publieke domein. Hierover zal de Stuurgroep Ondervoeding een adviesrapport opstellen. Dit adviesrapport is in de zomer van 2021 klaar.

Daarnaast zien we dat er in coronatijd extra aandacht is voor het risico op ondervoeding, vooral bij thuiswonende ouderen. Zo heeft de Nederlandse Vereniging van Diëtisten in samenwerking met de Stuurgroep Ondervoeding en het Voedingscentrum een flyer gemaakt over ondervoeding bij kwetsbare mensen in coronatijd. Ook is de, in opdracht van het Ministerie van VWS, door de Stuurgroep Ondervoeding ontwikkelde website www.goedgevoedouderworden.nl in coronatijd driemaal zo veel bezocht als normaal.

Vraag 573
Hoeveel mensen hebben geen netwerk om zich heen dat kan helpen bij ziekte of zorg?

Antwoord:
Uit de publicatie «Zorg en ondersteuning: kerncijfers 2016» van het SCP blijkt dat één op de tien Nederlanders een sociaal netwerk voor zorg mist. Bij ouderen of mensen met beperkingen geldt dit bij 1 op de 5 mensen. Er zijn nog geen recentere cijfers gepubliceerd.

Vraag 574
Hoe vaak werd in 2020 gedwongen zorg gemeld bij de IGJ? Wat voor gedwongen zorg betrof dit? Kunt u aangeven hoe het aantal meldingen zich verhoudt tot voorgaande jaren?

Antwoord:
De BOPZ cijfers over 2019 staan op de website van de IGJ met een korte duiding. De cijfers over 2020 zijn nog niet bekend. Belangrijk om daarbij te vermelden is dat op 1 januari 2020 de Wet zorg en dwang (Wzd) en de Wet verplichte ggz (Wvggz) in werking zijn getreden. Op grond van deze

wetten wordt onvrijwillige en verplichte zorg niet meer per individu gemeld, maar per halfjaarlijks overzicht van de uitgevoerde onvrijwillige en verplichte zorg. In het kader van de overgangsbepalingen was de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) voor een deel van de patiënten en cliënten nog van toepassing. Dit betekent dat er in 2020 nog wel gedwongen zorg op grond van de Wet Bopz uitgevoerd en gemeld kan worden, maar dat dit afneemt. Zoals onder meer gemeld in de brief van 20 december 2019 (Kamerstukken 32 399, nr. 91) hebben de zorgaanbieders aangegeven dat de systemen in 2020 nog niet op orde waren om te voldoen aan de verplichting op grond van de Wvggz en de Wzd om (halfjaarlijks) cijfers m.b.t. de uitgevoerde onvrijwillige en verplichte zorg aan te leveren bij de IGJ. Er zijn daarom afwijkende afspraken gemaakt. Als gevolg hiervan heeft de IGJ over 2020 een verminderde informatiepositie ten aanzien van de uitgevoerde onvrijwillige en verplichte zorg.

Vraag 575
Hoeveel ouderen die opgenomen waren in het ziekenhuis moesten daar noodgedwongen langer blijven omdat ergens anders geen plek voor hen was?

Antwoord:
Bij de beantwoording van deze vraag ga ik uit van de cijfers over zogenoemde «verkeerde bedden». Een «verkeerd bed» is in de beleidsregels van de NZa gedefinieerd als noodgedwongen verblijf in een instelling voor medisch-specialistische zorg na een opname, dat tot stand komt omdat er geen mogelijkheid is tot opname in een instelling die Wlz-zorg met verblijf biedt. Op basis van cijfers van de NZa ging het bij gedeclareerde verkeerde bedden in 2018 om circa 26 duizend personen.

Vraag 576
Welke meerjaren prognose of raming maakt u voor de behoefte aan intramurale ouderenzorg tot 2030?

Antwoord:
Naar aanleiding van vragen van uw Kamer heb ik TNO gevraagd de behoefteontwikkeling naar verpleeg(huis)zorg in beeld te brengen voor de komende vijf, tien en twintig jaar. TNO verwacht een behoefte aan verpleeghuiscapaciteit van 200.630 in het jaar 2030. U treft dit aantal aan op pagina 60 van het TNO-rapport Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg fase II dat ik u heb toegestuurd op 24 augustus jl (Kamerstuk, 31 765, nr. 515).

Vraag 577
Op welke basis wordt de meerjaren prognose of raming voor behoefte aan intramurale ouderenzorg gemaakt?

Antwoord:
Het kabinet maakt onder meer gebruik van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) van het RIVM. Deze verschijnt elke vier jaar, in opdracht van het Ministerie van VWS. In de meest recente rapportage (VTV-2014) heeft het RIVM een prognose gemaakt van trends tot 2030. Deze prognose geeft onder andere een beeld van de behoefte aan intramurale ouderenzorg tot 2030 zonder aanvullend beleid. Daarnaast is in het TNO-rapport Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg fase II, dat ik u heb toegestuurd op 24 augustus jl (Kamerstukken II 2019/20, 31 765, nr. 515), de behoefteontwikkeling naar verpleeg(huis)zorg in beeld gebracht. De toekomstige behoefte is afhankelijk van verschillende trends. Een zeer belangrijke trend is de demografie. Daarnaast onderscheidt TNO technologie, sociale omgeving en het zorgsysteem als relevante trends.

Vraag 578
Welke knelpunten worden in de toekomstige behoefte aan intramurale ouderenzorg voorzien op het gebied van vastgoed, beschikbare zorgwoningen, personeel en andere zaken?

Antwoord:
Een belangrijk knelpunt is de toenemende schaarste aan verpleeghuisplekken als gevolg van een toename van de vraag. In het TNO-rapport Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg fase II dat ik u heb toegestuurd op 24 augustus jl (Kamerstukken II 2019/20, 31 765, nr. 515) is geraamd dat er een behoefte is aan ruim 287.000 verpleeghuisplaatsen in het jaar 2040. Mijn reactie op het rapport heeft u op 21 september ontvangen (Kamerstukken II 2019/20, 31 765, nr. 517). De concrete bouwplannen van de onderzochte verpleeghuisorganisaties op korte en middellange termijn zijn onvoldoende om aan de toenemende vraag in deze periode te kunnen voldoen. Zowel de gemeenten en de lokale partners als de zorgkantoren werken daarom aan regionale woon-zorgplannen, die een impuls moeten geven aan de creatie van extra capaciteit op de korte en middellange termijn. Met het actieprogramma Werken in de zorg zet ik me in om de verwachte personeelstekorten zoveel als mogelijk terug te dringen. Ik informeer u regelmatig over de voortgang van alle trajecten en programma's.

Vraag 579
Hoe verandert de verhouding tussen het aantal ouderen dat thuis blijft wonen en de ouderen die in een verpleeghuis wonen?

Antwoord:
De laatste decennia is er sprake van een trend waarbij ouderen langer zelfstandig blijven wonen. We zien een relatieve daling van het aantal ouderen dat in het verpleeghuis woont ten opzichte van het percentage dat thuis blijft wonen. In 1998 woonde 24,9% van de 80-plussers in institutionele woonvormen waaronder verpleeghuizen (bron: CBS). In 2019 is dat 11,5% van de 80-plussers.
De komende jaren zal het aantal ouderen flink toenemen. Het aantal personen in de bevolking van 80 jaar of ouder neemt naar verwachting toe van ongeveer 0,8 miljoen in 2019 tot ongeveer 1,6 miljoen in 2040 (zie: https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/51/prognose-19-miljoen-inwoners-in-2039).
In welke mate ook het aandeel van de ouderen dat thuis blijft wonen zal stijgen, is niet geheel duidelijk. Ik verwijs u naar de analyses uit het TNO-rapport Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg fase II, dat ik u heb toegestuurd op 24 augustus jl (Kamerstukken 31 765, nr. 515) en mijn reactie hierop van 21 september (Kamerstukken 31 765, nr. 517). Aannemelijk is dat als er nieuwe woonvormen tot stand komen, er meer alternatieven voor verpleeghuisopname ontwikkeld kunnen worden. Dit kan binnen de Wlz leiden een verdere verschuiving van verblijf naar extramurale leveringsvormen zoals het VPT, MPT en pgb.

Vraag 580
Hoe groot is de toename van het aantal ouderen dat een beroep zal doen op de verpleeghuiszorg in vergelijking met de groep ouderen die thuis woont? Zal die verhouding veranderen?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 579.

Vraag 581
Zorg in een verpleeghuis is veelal zorg in de laatste levensfase, wat is de huidige gemiddelde opnameduur?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 589.

Vraag 582
Hoeveel ouderen hebben nu plek nodig in een kleinschalige woonvorm of verpleeghuis terwijl er geen plek voor ze is? Wat is de verwachting voor de toekomst, wordt deze groep groter of kleiner?

Antwoord:
De cijfers waarover het Zorginstituut beschikt, geven aan welke landelijke trend er gaande is in de wachtlijstontwikkeling, zie https://www.istandaarden.nl/wachtlijsten. Ik heb echter landelijk geen inzicht in de voorkeuren en behoeften van individuele cliënten. Ik beschik daarom niet over concrete cijfers en kan nu geen kwantitatieve uitspraak doen. Het zorgkantoor heeft, vanwege de zorgplicht en de zorgbemiddeling, wel een beeld van wat cliënten willen. Per regio zullen zich accentverschillen voordoen.

Vraag 583
Hoeveel brengt de Wlz-premie op?

Antwoord:
Voor 2021 wordt de opbrengst van de Wlz-premie geraamd op € 14,6 miljard (zie pagina 207 van de ontwerpbegroting).

Vraag 584
Hoeveel zou het opbrengen als de aftopping van de Wlz-premie zou worden afgeschaft?

Antwoord:
De opbrengst van de Wlz-premie zou uitkomen op € 25,6 miljard als de Wlz-premie geheven zou worden over alle schijven van de inkomensheffing.

Vraag 585
Hoeveel partners kunnen meeverhuizen naar het verzorgingshuis, verpleeghuis of kleinschalige woonvorm?

Antwoord:
De zorginstelling geeft aan wanneer er sprake is van een partneropname. Het aantal partneropnames is sinds 2018 geleidelijk gestegen.

	1-1-18	1-1-19	1-4-19	1-4-20	1-9-20
Aantal cliënten met partneropname	1.576	1.706	1.766	1.783	1.725

In de Wet langdurige zorg (Wlz) is expliciet geregeld dat de partner van een echtpaar waarvan een van beiden een geldige indicatie heeft voor opname in een instelling, opgenomen kan worden in dezelfde instelling zonder zelf over een indicatie te beschikken. Ik heb echter geen overzicht dat aangeeft bij welke instellingen en locaties partneropname mogelijk is.

Desondanks kan het voorkomen dat de zorginstelling van voorkeur niet beschikt over echtparenappartementen of dat deze reeds bezet zijn. Het is niet mogelijk na te gaan hoe vaak dit voorkomt. Partneropname wordt niet geïndiceerd door het CIZ, maar wordt geregistreerd op het moment dat de zorginstelling de niet-geïndiceerde partner opneemt. Indien de zorginstelling van voorkeur geen mogelijkheden heeft voor partneropname kunnen echtparen zich wenden tot het zorgkantoor. Het zorgkantoor heeft

een inspanningsverplichting om bij een wens tot partneropname te bemiddelen naar een passende plek.
Of echtparen uiteindelijk kiezen voor partneropname hangt ook af van de situatie van de betrokken cliënten. Het komt voor dat de niet-geïndiceerde partner besluit, na het afwegen van de mogelijkheden, geen gebruik te maken van de mogelijkheid tot partneropname bijvoorbeeld omdat het geboden woon- of zorgklimaat voor de niet-geïndiceerde partner onvoldoende aansluit bij zijn of haar wensen en behoeften (bijvoorbeeld een niet-geïndiceerde partner zonder dementie op een gesloten afdeling voor psychogeriatrie).

Vraag 586
Zijn er ook zorginstellingen waar het niet mogelijk is om als partner mee te verhuizen? Zo ja, hoeveel?

Antwoord:
Niet alle zorginstellingen zijn geschikt om te voorzien in partneropname. Ik beschik echter niet over een overzicht dat aangeeft bij welke instellingen en locaties partneropname niet mogelijk is. Zorgaanbieders geven dit doorgaans aan in hun voorlichtingsmateriaal, hun websites en voeren hierover het gesprek met de cliënten.

Vraag 587
Hoeveel verpleeghuizen voldoen niet aan de norm van de personeelssamenstelling zoals genoemd in het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg?

Antwoord:
Vanaf 2022 worden verpleeghuizen geacht aan het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg te voldoen, inclusief de daarin opgenomen personeelsnorm. De investering van € 2,1 miljard, juist bedoeld om aan die personeelsnorm te kunnen voldoen, is ook over een langere periode gespreid, van 2018 tot en met 2021. In het najaar van 2020 hebben de verpleeghuizen dan ook nog niet de daarvoor benodigde middelen tot hun beschikking.
In de vierde voortgangsrapportage Thuis in het Verpleeghuis, die uw Kamer in juni 2020 is toegestuurd, is het voorziene groeipad voor de personele ontwikkeling in de verpleeghuiszorg afgezet tegen de tot en met 2019 daadwerkelijk gerealiseerde ontwikkeling. Daaruit blijkt dat de sector eind 2019 goed op schema ligt om eind 2021 aan de personeelsnorm van het kwaliteitskader te kunnen voldoen.

Vraag 588
Hoeveel plaatsen zijn nodig in verpleeghuizen en kleinschalige woonvormen om aan de toekomstige vraag naar instellingszorg te voldoen voor de komende jaren?

Antwoord:
TNO raamt een behoefte aan totale verpleeghuiscapaciteit van 200.630 in het jaar 2030 en 287.390 in 2014. U treft deze aantallen aan in de derde tabel op p. 60 van het TNO-rapport Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg fase II dat ik u heb toegestuurd op 24 augustus jl (Kamerstukken II 2019/20, 31 765, nr. 515). In deze tabel is geen onderscheid gemaakt naar kleinschalige of grootschalige verpleeghuiscapaciteit.
Hoeveel verpleeghuiscapaciteit in de toekomst precies nodig is hangt ook af van andere ontwikkelingen, zoals het realiseren van nieuwe woonvormen in de volkshuisvesting.

Vraag 589
Wat is de huidige gemiddelde opnameduur in een verpleeghuis en hoelang verblijft men gemiddeld in een kleinschalige woonvorm? Zijn er verschillen tussen het verpleeghuis en een kleinschalige woonvorm qua opnameduur?

Antwoord:
Volgens gegevens van het CBS bedraagt het gemiddeld aantal opgenomen dagen van alle cliënten die in 2018 zijn overleden 1.101 dagen. Er zijn geen gegevens beschikbaar van de gemiddelde verpleegduur in kleinschalige woonvormen. In onderstaande tabel is het gemiddeld aantal Wlz-opnamedagen weergegeven van personen die in 2018 overleden zijn met een ZZP VV01 t/m VV10.
Te zien is dat cliënten die zijn overleden met als laatste ZZP een VV01 of VV02 gemiddeld langer opgenomen zijn geweest dan cliënten met een hoog zzp bij overlijden.

U treft de tabel aan op:
https://www.monitorlangdurigezorg.nl/publicaties/

Label	aantal overleden	Gemiddeld aantal dagen
VV01	40	3.469
VV02	130	3.076
VV03	405	2.767
VV04	5.055	1.026
VV05	22.990	1.019
VV06	11.820	1.026
VV07	4.080	1.666
VV08	895	1.514
VV09B	685	331
VV10	50	957
Totaal VV01 t/m VV10	46.150	1.101

Vraag 590
Hoeveel bewoners in zorginstellingen hebben het afgelopen jaar gedwongen moeten verhuizen naar een andere locatie?

Antwoord:
Het komt voor dat mensen door omstandigheden moeten verhuizen naar een andere locatie. Ik beschik echter niet over een landelijke registratie, waaruit af te leiden is hoe vaak dit voorkomt. Relevant daarbij is steeds de context waarbinnen een verhuizing plaatsvindt. Dat is een zaak tussen de cliënt en de zorgaanbieder.

Vraag 591
Hoeveel mensen maken gebruik van de Wmo 2015, uitgesplitst in thuiszorg (huishoudelijke hulp), dagbesteding, begeleiding, beschermd wonen en hulpmiddelen (en/of een combinatie hiervan)?

Antwoord:
Zie antwoord vraag 106.

Vraag 592
Hoeveel bezwaren zijn in 2020 ingediend tegen besluiten van de gemeente betreffende de Wmo 2015? Hoeveel waren dit er in voorgaande jaren?

Antwoord:
Op landelijk niveau zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal bezwaren die zijn ingediend tegen besluiten van de gemeenten uit hoofde van de Wmo 2015.

Vraag 593
Hoeveel rechtszaken zijn in 2020 gevoerd tegen besluiten van de gemeente betreffende de Wmo 2015? Hoeveel waren dit er in 2015, 2016, 2017, 2018 en 2019?

Antwoord:
De Raad voor de Rechtspraak houdt het aantal rechtszaken bij rechterlijke instanties bij. Analyse van zaken in het kader van de Wmo 2015, in beroep en hoger beroep, geeft het volgende beeld.

Jaar	Uitstroom Wmo-zaken rechtbanken	Uitstroom Wmo-zaken Centrale Raad van Beroep
2015	1.551	251
2016	2.347	541
2017	1.366	426
2018	1.202	242
2019	1509	275
2020 t/m september	882	124

Vraag 594
Hoeveel mensen hebben het afgelopen jaar afgezien van zorg vanuit de Wmo 2015 omdat ze dit niet meer kunnen betalen?

Antwoord:
Hoeveel mensen afzien van ondersteuning vanuit de Wmo 2015 door de eigen bijdrage is onbekend. Het Rijk beschikt dan ook niet over deze gegevens.

Vraag 595
Hoeveel Wmo-regio's (groepen gemeenten die gezamenlijk de zorg inkopen) zijn er?

Antwoord:
Er is geen (landelijk) vastgestelde regio-indeling voor de uitvoering van de Wmo. Voor Maatschappelijke Opvang en Beschermd Wonen bestaan er op dit moment 43 samenwerkingsverbanden. Voor voorzieningen van vrouwenopvang zijn er 35 centrumgemeenten. Er zijn daarnaast 26 Veilig Thuis-organisaties, die tezamen een landelijk dekkend netwerk vormen en nauw samenwerken met de Veiligheidsregio's.

Vraag 596
Hoeveel Wmo-overlegtafels zijn er georganiseerd, hoe vaak vindt dit overleg plaats en wie zitten er aan tafel?

Antwoord:
Ik heb geen registratie van de overleggen waarin op landelijk, regionaal of lokaal niveau gesproken wordt over aangelegenheden die de Wmo betreffen. Op landelijk niveau worden verschillende overleggen gevoerd, in wisselende samenstellingen, zowel bestuurlijk als ambtelijk, met o.a. VNG, gemeenten, organisaties van cliënten, aanbieders, zorgverzekeraars en sociale partners.

Vraag 597
Welke partijen in deze overlegtafels zijn door u gesubsidieerd?

Antwoord:
Er vindt geen aparte subsidiëring van Wmo 2015-overlegtafels plaats.

Vraag 598
Zijn er Wmo-verordeningen aangepast of vernietigd? Zo ja, hoeveel? Zo ja, bij welke gemeenten en waarom?

Antwoord:
Gemeenten passen de Wmo-verordeningen periodiek aan. Ik heb daarvan geen overzicht. Vanuit VWS zijn geen Wmo-verordeningen voorgedragen voor vernietiging. Evenmin beschik ik over een overzicht van dergelijke verordeningen.

Vraag 599
Hoeveel gemeenten zijn door u op de vingers getikt, omdat zij Wmo-beleid uitvoerden dat in strijd was met de wetgeving over 2019 en 2020? Welke gemeenten waren dit en waarom?

Antwoord:
In het kader van het interbestuurlijk toezicht zijn 26 gemeenten in 2018 en 2019 verzocht om een bestuurlijke reactie omtrent de toegang tot de maatschappelijke opvang. Dit verzoek was ingegeven doordat mystery guests eerder, in 2017 en/of 2018, geen toegang kregen tot een slaapplek in de maatschappelijke opvang (2018/19, 29 325, nr. 95). Daardoor was het niet zeker dat de op grond van de Wmo 2015 vereiste landelijke toegankelijkheid door de betreffende gemeenten kon worden geborgd. Elf van deze gemeenten is vervolgens gevraagd hieromtrent een plan van aanpak in te dienen (gemeenten Almere, Amsterdam, Breda, Delft, Ede, Enschede, Gouda, Hoorn, Maastricht, Nijmegen en Venlo). Hiermee eindigde ook het contact in het kader van dit interbestuurlijk toezicht.

Daarnaast heb ik in 2019 intensief contact gehad met de gemeenten Tilburg en Assen over de vormgeving van het beleid inzake de huishoudelijke hulp en, voor wat betreft Assen, de invoering van het abonnementstarief. Beide gemeenten hebben het beleid na deze contacten aangepast en in overeenstemming gebracht met de uitgangspunten van de Wmo 2015.

In 2020 is tot nu toe geen sprake van het uitoefenen van interbestuurlijk toezicht in verband met aan de Wmo 2015 strijdig beleid.

Vraag 600
Wat kost de Wmo 2015 jaarlijks, uitgesplitst in huishoudelijke verzorging, dagbesteding, beschermd wonen, vervoer en hulpmiddelen?

Antwoord:
De gemeenten leveren via het Iv3-systeem (informatie voor derden) informatie aan over hun begroting en hun daadwerkelijke gerealiseerde uitgaven. Het Iv3-systeem kent een sterk geaggregeerd niveau en overlap met andere gemeentelijke taken, waardoor de gevraagde uitsplitsing op landelijk niveau niet kan worden gemaakt.

Vraag 601
Kunt u in een tabel aangeven wat in de Wmo 2015 de bezuinigingen zijn op de huishoudelijke verzorging, begeleiding en dagbesteding vanaf 2015 tot heden?

Antwoord:
Gemeenten kunnen zelf bepalen in hoeverre zij – binnen de kaders van de wet – sturen op de uitgaven van bepaalde voorzieningen. Er is geen landelijk overzicht beschikbaar van de omvang van deze bezuinigingen.

Vraag 602
Hoeveel is bezuinigd op de huishoudelijke verzorging, dagbesteding en begeleiding de afgelopen jaren? Kunt u dit per jaar inzichtelijk maken?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 607.

Vraag 603
Hoeveel mensen zijn geherindiceerd afgelopen jaar en hoeveel mensen hebben minder uren/meer uren/dezelfde uren gekregen, zowel voor de Wlz als voor de Wmo 2015?

Antwoord:
Er bestaat op landelijk niveau geen inzicht in het aantal mensen dat in het afgelopen jaar een nieuwe beschikking op basis van de Wmo 2015 heeft ontvangen. Ook is er geen inzicht in de precieze inhoud van die beschikkingen. Wel is het aantal maatwerkvoorzieningen dat op basis van de Wmo 2015 wordt verstrekt bekend. Voor deze aantallen verwijs ik naar het antwoord op vraag 112.
Voor de Wlz beschik ik op dit moment niet over de gevraagde informatie. Het CIZ is gevraagd om deze gegevens wel aan te leveren, ik kan u daar dus op later moment over informeren.

Vraag 604
Hoeveel en welke gemeenten hanteren voor de indicatiestelling de norm: «resultaatgericht schoon huis»?

Antwoord:
Uit de database achter de Monitor gemeentelijke zorginkoop 2019, aan u toegestuurd als bijlage bij brief van 10 februari 2020 (Kamerstuk 34 477 nr. 70), blijkt dat in 2019 van de 238 gemeenten die in dit onderzoek zijn opgenomen voor de Wmo-maatwerkvoorziening huishoudelijke hulp in totaal 98 gemeenten resultaatgerichte bekostiging hanteerden.

Vraag 605
Hoeveel rechtszaken hebben plaatsgevonden bij gemeenten die voor de indicatiestelling de norm: «resultaatgericht schoon huis» hanteren? Hoeveel rechtszaken hebben gemeenten hierin geschikt, gewonnen of verloren?

Antwoord:
Ik beschik niet over dit overzicht. De Raad voor de Rechtspraak houdt niet per sub onderwerp bij hoeveel rechtszaken op een domein aanhangig zijn en wat daarvan de uitkomst is.

Vraag 606
Hoeveel huishoudelijk verzorgenden zijn in de afgelopen jaren gekort in hun loon?

Antwoord:
Dergelijke informatie wordt niet bijgehouden. Een antwoord op deze vraag kan dan ook niet worden gegeven.

Vraag 607
Hoe ziet de verdeelsleutel eruit voor de uitkering uit het gemeentefonds van gemeenten voor de Wmo 2015 (dagbesteding, persoonlijke begeleiding en beschermde woonvormen) en voor de jeugdzorg?

Antwoord:
De middelen die gemeenten ontvangen voor de uitvoering van de Wmo 2015 en de Jeugdwet worden verstrekt via verschillende verdeelmodellen. De middelen die gemeenten ontvangen via de decentralisatie-uitkeringen maatschappelijke opvang en vrouwenopvang, en de algemene uitkering, worden objectief verdeeld. Dit betekent dat het budget wordt verdeeld volgens de verwachte kosten die gemeenten zullen maken op grond van hun objectieve structuurkenmerken (demografisch, sociaaleconomisch, gezondheid, fysiek en (sociaal-)geografisch) ten behoeve van de uitvoering van de verantwoordelijkheden zoals deze in Wmo 2015 en de Jeugdwet zijn opgenomen. Voor het budget dat gemeenten ontvangen voor beschermd wonen geldt dat dit momenteel wordt verdeeld op basis van een historische reconstructie. In 2022 zal een deel van de middelen voor beschermd wonen voor het eerst objectief worden verdeeld vanuit de algemene uitkering van het gemeentefonds.

Vraag 608
Op welke wijze wordt de arbeidsproductiviteit berekend van een medewerker in de langdurige zorg?

Antwoord:
Er is geen berekening van de arbeidsproductiviteit van een medewerker in de langdurige zorg. Het berekenen van de arbeidsproductiviteit in de langdurige zorg is niet eenvoudig. Er kan uitgegaan worden van de fte/cliënt-ratio. Daarbij dient dan wel gecorrigeerd te worden voor de zorgzwaarte en bij voorkeur ook voor de kwaliteit van de geleverde zorg. Omdat de meeste aanbieders in de langdurige zorg ook andere vormen van zorg aanbieden, is de berekening nog meer complex. Zo bieden aanbieders van verpleeghuiszorg ook vaak geriatrische revalidatiezorg aan, hebben ze ELV-bedden en zijn ze vaak ook betrokken bij wijkverpleging en Wmo-zorg. Vaak komt het ook voor dat het (zorg)personeel voor verschillende vormen van zorg ingezet wordt. Dit alles maakt het niet eenvoudig om de arbeidsproductiviteit in de langdurige zorg betrouwbaar in kaart te brengen.

Vraag 609
Hoe is de ontwikkeling geweest van de arbeidsproductiviteit van een medewerker in de langdurige zorg in de afgelopen vier jaar?

Antwoord:
Deze gegevens zijn niet beschikbaar.

Vraag 610
Hoeveel zwerfjongeren telt Nederland nu en hoeveel opvangplekken zijn er voor deze zwerfjongeren?

Antwoord:
Het CBS schat dat op 1 januari 2018 ongeveer 9.400 jongeren van 18–27 jaar in Nederland dak- of thuisloos waren. Er is geen landelijk beeld van het aantal dak- en thuisloze jongeren onder de 18 jaar. De verwachting is dat het CBS in het eerste kwartaal van 2021 cijfers publiceert over het aantal dak- en thuisloze jongeren op 1 januari 2019 en 1 januari 2020.

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de opvang en begeleiding van mensen die de thuissituatie hebben verlaten en niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving. Zij zijn verantwoordelijk voor het inkopen van voldoende opvangplekken, passend bij wat in hun regio noodzakelijk is. De capaciteit en het aantal opvanglocaties fluctueert daarmee en kan ook variëren door het jaar heen. Er is geen centrale registratie van het aantal opvanglocaties of het aantal opvangplekken. Wel zal in het kader van het Actieprogramma Dak- en Thuisloze Jongeren en de brede aanpak van dakloosheid (Een (t)huis, een toekomst) in 2020 en 2021 worden gemonitord hoeveel dak- en thuisloze mensen (incl. jongeren) en opvangplekken er zijn. De eerste resultaten van deze meting worden eind 2020 verwacht.

Vraag 611
Hoeveel opvangplekken zijn de afgelopen jaren gesloten?

Antwoord:
Zie hiervoor het antwoord op vraag 610.

Vraag 612
Hoeveel opvangplekken zijn er voor gezinnen en is dit voldoende?

Antwoord:
Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de opvang en begeleiding van mensen die de thuissituatie hebben verlaten en niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving. Zij zijn verantwoordelijk voor het inkopen van voldoende opvangplekken, passend bij wat in hun regio noodzakelijk is. De capaciteit en het aantal opvanglocaties fluctueert daarmee en kan ook variëren door het jaar heen. Er is geen centrale registratie van het aantal opvangplekken. Wel zal in het kader van het Actieprogramma Dak- en Thuisloze Jongeren en de brede aanpak van dakloosheid (Een (t)huis, een toekomst) in 2020 en 2021 worden gemonitord hoeveel opvangplekken er in totaal in Nederland zijn. De eerste resultaten van deze meting worden eind 2020 verwacht.

Vraag 613
Zijn er voor zwerfjongeren en daklozen voldoende aansluitingsmogelijkheden naar werk, wonen en zorg? Wat is hiervan de huidige capaciteit?

Antwoord:
Hierover is geen landelijk beeld beschikbaar. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de opvang en begeleiding van mensen die de thuissituatie hebben verlaten en niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving. Zij zijn ook verantwoordelijk voor de aansluitingsmogelijkheden naar werk, wonen en zorg. Zowel in de meerjarenagenda beschermd wonen en maatschappelijke opvang, als het Actieprogramma Dak- en Thuisloze Jongeren, als de brede aanpak van dakloosheid (Een (t)huis, een toekomst) vormt dit een belangrijk uitgangspunt en ondersteun ik gemeenten bij de realisatie hiervan.

Vraag 614
Wat is de voortgang van het programma Dak- en thuisloze jongeren?

Antwoord:
De pilotgemeenten van het actieprogramma Dak- en thuisloze jongeren stellen, ondanks de coronacrisis, alles in het werk de doelstelling van het programma te halen, nl woonplekken met begeleiding voor alle jongeren in deze gemeenten. Op basis van de doorbraken die op dit moment worden gerealiseerd in de pilotgemeenten wordt de komende tijd gezocht naar patronen/standaarden die alle jongeren in alle gemeenten kunnen

helpen. De actieve inzet van het jongerenpanel van het actieprogramma is daarbij zeer waardevol. Zij volgen de inspanningen van gemeenten nauwgezet en agenderen ook de kwesties waar nog extra inzet op nodig is. De bewegingen die gemeenten maken naar een integrale aanpak en een verbeterde uitvoeringspraktijk zijn goed zichtbaar. Bijvoorbeeld als het gaat om de interne samenwerking binnen de gemeente tussen werk en inkomen en de maatschappelijke opvang collega's. Zij beoordelen gezamenlijk de aanvraag door de jongere. Verder worden grote stappen gezet als het gaat om de regie van de zorg rondom de jongeren waarbij er een duidelijk aanspreekpunt is om de jongeren te ondersteunen bij de regels en administratieve handelingen waar ze mee worden geconfronteerd. De verbeterde uitvoeringspraktijk is essentieel om de uitdagingen waar gemeenten voor staan de komende tijd het hoofd te kunnen bieden. Zeker nu de coronacrisis de positie van deze jongeren nog kwetsbaarder maakt. Ook de impuls van € 200 mln voor de brede aanpak dakloosheid helpt gemeenten om de ambities van het actieprogramma dak- en thuisloze jongeren te verwezenlijken.

Vraag 615
Hoeveel dak- en thuisloze jongeren zijn al geholpen als gevolg van het programma Dak- en thuisloze jongeren?

Antwoord:
Het streven naar een 100% afname, waarbij iedereen geholpen wordt met maximaal drie maanden opvang, geldt voor de pilotgemeenten die mee doen met het Actieprogramma. Bij deze gemeenten heeft een nulmeting plaatsgevonden die afgelopen juni is afgerond. We doorlopen met de pilotgemeenten en hun partners een proces om de kwaliteit, volledigheid en vergelijkbaarheid van aangeleverde gegevens te verbeteren. We streven ernaar om eind dit jaar de 1 meting af te ronden. Dan is het ook mogelijk om in- en doorstroom te zien binnen de pilotgemeenten.

Vraag 616
Welke acties worden ondernomen om de overgang van 18- naar 18+ binnen de maatschappelijke opvang te verbeteren?

Antwoord:
Bij de maatschappelijke opvang worden jongeren opgevangen van 18 jaar en ouder. Jongeren maken bij problematiek tot 18 jaar gebruik van jeugdhulp vanuit de Jeugdwet. Na de 18e verjaardag kan sprake zijn van begeleiding vanuit de Wmo, behandeling vanuit Zvw in geval van GGZ-problematiek, of van langdurige zorg vanuit de Wlz. In het uiterste geval, wanneer een jongere dakloos raakt, kan deze een beroep doen op de maatschappelijk opvang. We streven er in twee actieprogramma's juist naar om uitval en een gang naar de maatschappelijke opvang te voorkomen:
Vanuit het Actieprogramma Zorg voor de Jeugd is een van de doelstellingen om jongeren in kwetsbare posities beter op weg te helpen zelfstandig te worden (zie beantwoording vraag 869).
Ook vanuit het Actieprogramma dak- en thuisloze jongeren (18–27 jaar) wordt aandacht besteed aan de overgang 18-/18+ om de instroom van jongvolwassenen in de opvang te voorkomen. In de 14 pilotgemeenten die zich hebben gecommitteerd aan de ambitie een forse vermindering van het aantal dak- en thuisloze jongeren te bewerkstelligen, is de integrale ondersteuning op alle leefgebieden en de inzet van een jongerenregisseur daarom expliciet onderdeel van beleid en werkwijze.

Vraag 617
Hoeveel locaties maatschappelijke opvang zijn er in Nederland?

Antwoord:
Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de opvang en begeleiding van mensen die de thuissituatie hebben verlaten en niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving. Zij zijn verantwoordelijk voor het inkopen van voldoende opvangplekken, passend bij wat in hun regio noodzakelijk is. De capaciteit en het aantal opvanglocaties fluctueert daarmee en kan ook variëren door het jaar heen. Er is geen centrale registratie van het aantal opvanglocaties.

Vraag 618
Hoeveel locaties vrouwelijke opvang zijn er in Nederland?

Antwoord:
Er is een landelijk dekkend stelsel van vrouwenopvang met landelijke toegankelijkheid. De 35 centrumgemeenten vrouwenopvang hebben hiervoor, mede namens hun regiogemeenten, opvangplaatsen beschikbaar op 22 opvanglocaties. Het aanbod vanuit deze opvanglocaties varieert van crisisbedden en safe houses (bij ernstige bedreiging) tot ambulante hulpverlening.

Vraag 619
Hoeveel opvanglocaties zijn er in totaal in Nederland?

Antwoord:
Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de opvang en begeleiding van mensen die de thuissituatie hebben verlaten en niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving. Zij zijn verantwoordelijk voor het inkopen van voldoende opvangplekken, passend bij wat in hun regio noodzakelijk is. De capaciteit en het aantal opvanglocaties fluctueert daarmee en kan ook variëren door het jaar heen. Er is geen centrale registratie van de capaciteit van opvanglocaties beschikbaar. Ook is er geen (landelijk) beeld van de eventuele tekorten en de regio's waar dit eventueel speelt. In juni 2020 heeft het kabinet voor de periode 2020 en 2021 200 miljoen euro beschikbaar gesteld voor de aanpak van daklosheid. Dit bedrag komt bovenop de 385 miljoen euro die gemeenten jaarlijks ontvangen voor de maatschappelijke opvang.

Vraag 620
Hoeveel maatschappelijke opvang en vrouwencentra hebben te maken met wachtlijsten en hoe lang zijn deze wachtlijsten?

Antwoord:
Zowel voor de maatschappelijke opvang als de vrouwenopvang geldt dat wachtlijsten niet worden bijgehouden op landelijk niveau. Het is aan gemeenten om eventuele wachtlijsten in beeld te brengen.

Vraag 621
Wat is de huidige capaciteit voor opvangcentra, welke tekorten zijn er en in welke regio's?

Antwoord:
Zie hiervoor het antwoord op vraag 619.

Het Ministerie van VWS heeft, naar aanleiding van signalen over een tekort aan opvangplekken- in acute crisissituaties – in de vrouwenopvang, samen met de VNG en in samenwerking met Valente (de brancheorganisatie van de instellingen die opvang bieden) in 2019 een onderzoek laten uitvoeren naar de beschikbaarheid van opvangplaatsen in deze situaties. Uit het onderzoek bleek dat in 2019 146 keer een alternatieve opvang geboden is omdat binnen de daarvoor bedoelde opvang geen plek

beschikbaar was. Gemeenten werken momenteel met de instellingen aan het verbeteren van de in-, door- en uitstroom. Het Ministerie van VWS heeft hiervoor én voor het organiseren van voldoende opvangplaatsen vanaf 2020 jaarlijks structureel 14 miljoen beschikbaar gesteld aan gemeenten.

Vraag 622
Welke resultaten zijn er inmiddels behaald met de aanpak van dak- en thuisloosheid? Hoeveel daklozen zijn inmiddels geholpen? Hoe zit dit precies met jongeren?

Antwoord:
De Minister van BZK en ik hebben met gemeenten, VNG en Aedes afspraken gemaakt over de gezamenlijke ambitie om in 1,5 jaar tijd 10.000 extra woonplekken te realiseren voor de groep dak- en thuisloze mensen. Een forse, maar noodzakelijke ambitie. Vanuit het kabinet is in 2020 50 miljoen euro beschikbaar gekomen voor de huisvesting van kwetsbare groepen. Daarnaast heeft het kabinet 200 miljoen euro beschikbaar gesteld voor o.a. de begeleiding van dak- en thuisloze mensen. Eind dit jaar verwacht ik u een eerste overzicht te kunnen bieden van de resultaten die zijn geboekt.

Voor hoe het specifiek zit met de jongeren, verwijs ik naar het antwoord op vraag 615.

Vraag 623
Hoeveel extra woonplekken zijn inmiddels gerealiseerd voor dak- en thuislozen? Welke afspraken zijn al specifiek gemaakt met gemeenten om eind 2021 een aantal van 10.000 woonplekken georganiseerd te hebben?

Antwoord:
Er is een landelijke ambitie gesteld om voor 1 januari 2022, 10.000 extra woonplekken voor dak- en thuisloze mensen te realiseren. Vanuit het kabinet zijn middelen beschikbaar gesteld voor de realisatie van woonplekken voor kwetsbare groepen én voor de begeleiding van dak- en thuisloze mensen. Gemeenten hebben hiervoor regionale plannen opgesteld. Hiernaast zullen de VNG en Aedes zich inspannen voor extra flexwoningen voor dak- en thuisloze mensen. Om (centrum)gemeenten extra te ondersteunen, biedt het Rijk een stevig ondersteuningsaanbod aan gemeenten en andere betrokken partijen. Eind dit jaar verwacht ik u een eerste overzicht te kunnen bieden van de resultaten die zijn geboekt.

Vraag 624
Hoeveel van de 10.000 extra woonplekken voor dak-thuislozen zijn reeds gerealiseerd?

Antwoord:
Eind dit jaar verwacht ik u een eerste overzicht te kunnen bieden van de resultaten die zijn geboekt.

Vraag 625
Hebben alle gemeenten een specifiek plan voor wat betreft de aanpak van schulden?

Antwoord:
Op grond van de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening, die onder de verantwoordelijkheid valt van de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, moeten alle gemeenten een plan vaststellen dat richting geeft aan de integrale schuldhulpverlening aan hun inwoners. Dit plan wordt voor een periode van ten hoogste vier jaren vastgesteld.

Vraag 626
Welke indicatoren heeft het Nivel gemaakt en welk inzicht geven die?

Antwoord:
Nivel heeft overkoepelende indicatoren voor het programma Onbeperkt meedoen! gemaakt. Doel van dit programma is dat mensen met een beperking merkbaar minder drempels gaan tegenkomen die het meedoen in de weg staan.

De indicatoren van het Nivel richten zich op het monitoren van de overkoepelende ambitie. Centrale vraag bij deze indicatoren is: ervaren de mensen zelf dat zij beter naar wens en vermogen kunnen meedoen? De indicatoren geven op basis van paneldata inzicht in de mate van participatie die mensen zelf rapporteren, met een verdieping van die cijfers op onderdelen die mensen zelf belangrijk vinden. Een voorbeeld van een indicator is de mate waarin mensen aangeven dat zij gebruik maken van het openbaar vervoer. Ook brengen de indicatoren in beeld in welke mate mensen aangeven dat zij het gevoel hebben mee te tellen in de maatschappij en naar wens en vermogen kunnen participeren.

De indicatoren in het beheer van het Nivel worden tezamen met indicatoren in beheer van het RIVM gepresenteerd. De indicatoren van het RIVM richten zich op de vraag of met maatregelen meer toegankelijkheid en participatiemogelijkheden worden bewerkstelligd, zoals bijvoorbeeld in het openbaar vervoer of op de arbeidsmarkt. De eerstvolgende indicatorenrapportage verschijnt tezamen met de voortgangsrapportage van het programma Onbeperkt meedoen! voor het einde van 2020.

Vraag 627
Hoeveel daklozen waren er in 2010 en in 2019?

Antwoord:
Het CBS maakt schattingen van het aantal dakloze mensen in Nederland. Zij kijkt daarbij naar peildata. Het CBS schat dat op 1 januari 2010 23.300 mensen dakloos waren en op 1 januari 2018 39.300. Er zijn nog geen cijfers beschikbaar over het aantal dakloze mensen op 1 januari 2019 en 1 januari 2020. De verwachting is dat het CBS deze cijfers in het eerste kwartaal van 2021 publiceert.

Vraag 628
Hoe wordt geborgd dat de circa 9000 cliënten die vanuit de Wmo 2015 en Zvw overgaan naar de Wlz goed begeleid worden?

Antwoord:
Tijdens het aanvraagproces worden de cliënten begeleid door de zorgaanbieder. Tevens zijn er regionale voorlichtingsbijeenkomsten geweest voor cliënten via MIND. Daarnaast bestaat er de mogelijkheid dat de cliënt zich laat ondersteunen door een onafhankelijke cliëntondersteuner. Het zorgkantoor voert gesprekken met de pgb-houders en de zorgaanbieders zodat de cliënten in 2021 zorg kunnen ontvangen vanuit de Wlz.
Ik ben in goed overleg met Zorgverzekeraars Nederland en de VNG zodat de overgang van de cliënten met een psychische stoornis naar de Wlz zorgvuldig verloopt.

Vraag 629
Wat is het bedrag wat in 2020 naar de 21 centrumgemeenten is gegaan ten behoeve van de brede aanpak dak- en thuisloosheid? Hoe groot is het bedrag voor de brede aanpak dak- en thuisloosheid waar gemeenten in 2021 aanspraak op kunnen maken?

Antwoord:
Het kabinet stelt voor de aanpak van dak- en thuisloosheid een financiële impuls beschikbaar van in totaal € 200 miljoen voor de jaren 2020 en 2021.

Hiervan wordt een bedrag van € 73 miljoen in 2020 aan gemeenten verstrekt. In 2020 is een bedrag van € 67,5 miljoen verdeeld over 21 centrumgemeenten maatschappelijke opvang en beschermd wonen. De 312 regiogemeenten ontvangen in totaal € 5,5 miljoen wat uitkomt op een bedrag van ieder € 17.628.

In 2021 is € 123 miljoen voor gemeenten beschikbaar. In 2021 gaat het om een bedrag van € 113 miljoen dat verdeeld wordt over 43 centrumgemeenten maatschappelijke opvang en beschermd wonen. De 312 regiogemeenten ontvangen ieder een bedrag van € 32.051 in 2021 wat optelt tot een totaal van € 10 miljoen.

Met de resterende middelen (4 miljoen euro) wordt onder andere het ondersteuningsaanbod aan gemeenten, de maatschappelijke kostenbatenanalyse en monitoring gefinancierd.

Vraag 630
Het actieprogramma «Dak- en thuisloze jongeren» beoogt in de periode 2019–2021 een forse vermindering van het huidige dak- en thuisloze jongeren; met welk aantal is het aantal dak- en thuisloze jongeren sinds 2019 afgenomen? Er wordt gestreefd naar 100% afname, wat is de huidige (tussen)stand?

Antwoord:
Het streven naar een 100% afname geldt voor de pilotgemeenten die mee doen met het Actieprogramma. Bij deze gemeenten heeft een nulmeting plaatsgevonden die afgelopen juni is afgerond. We doorlopen met de pilotgemeenten en hun partners een proces om de kwaliteit, volledigheid en vergelijkbaarheid van aangeleverde gegevens te verbeteren. We streven ernaar om eind dit jaar de 1 meting af te ronden. Dan is het ook mogelijk om in- en doorstroom te zien binnen de pilotgemeenten.

Vraag 631
Wat zijn de (meest recente) cijfers betreffende de wachtlijsten voor een verpleeghuisplek? Hoeveel verpleeghuisplekken zijn er respectievelijk in 2019 en 2020 bijgekomen? Hoe groot was de wachtlijst voor een verpleeghuisplek in de jaren 2010 en 2019?

Antwoord:
Er is geen registratie van het aantal fysieke verzorgings-/verpleeghuisplekken. Wel heb ik u middels mijn schrijven op 24 augustus jl. u laten weten dat ik TNO heb gevraagd om onderzoek uit te voeren naar het in beeld brengen van verpleeghuiscapaciteit (TK 31 765, nr. 515). Bij de uitvoering van het onderzoek is TNO begeleid door een werkgroep bestaande uit ZN, enkele zorgkantoren, ActiZ en VWS. Op basis van declaraties is reeds een inschatting te maken van het aantal plekken dat bezet is (bron: CBS monitor langdurige zorg).

Verzorgingshuisplekken worden in dit antwoord gedefinieerd als plekken waar zorg is geleverd aan cliënten met een zzp VV 1–3. Vanaf 2013 worden geen nieuwe indicaties VV 1–2 meer verstrekt en vanaf 2014 niet meer voor VV 3, waardoor het aantal plekken afneemt.
In 2019 zijn er op grond van de Wlz circa 2.400 verzorgingshuisplekken voor cliënten met een zorgprofiel VV 1–3. Dit aantal is afgeleid van de omvang van de declaraties die zorgkantoren over 2019 bij Vektis hebben

aangeleverd voor deze zorg. In 2019 betroffen deze declaraties 877.000 dagen. Er zijn nog geen recentere gegevens beschikbaar. In 2010 waren er op grond van de AWBZ circa 52.000 verzorgingshuisplekken voor cliënten met een zorgprofiel VV 1–3. Dit aantal is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg in 2010 hebben gemaakt. In 2010 betroffen deze afspraken circa 19 miljoen dagen. (bron: CBS Monitor Langdurige Zorg)

Het Zorginstituut publiceert op de site https://www.istandaarden.nl/wachtlijsten de stand van de actuele wachtlijst op instellings- en locatieniveau. U kunt daar tevens de wachtlijstcijfers raadplegen van 2019 evenals cijfers uit een verder verleden. De wachtlijstinformatie gaat terug tot 2013, dus de cijfers van 2010 kan ik u niet verschaffen.

In 2013 werd de langdurige zorg vanuit de AWBZ bekostigd. Vergeleken met de cijfers van ultimo 2013 is de wachtlijst in 2019 toegenomen, namelijk van ongeveer 12.500 naar ruim 18.000.

Sector: Verpleging en verzorging	December 2013, AWBZ	December 2019, WLZ	Augustus 2020 Wlz
Actief wachtend, nog geen zorg	53	47	81
Actief wachtend, met zorg	125	185	190
Niet-actief wachtend	12.267	17.877	18.751
totaal	12.445	18.109	19.022

NB: De totalen zijn exclusief de actief wachtenden koster dan de treeknorm (in augustus 2020 zijn dat 1.182 personen)

Vraag 631
Hoeveel verpleeghuisplekken zijn er op dit moment? Hoeveel verpleeghuisplekken waren er in de jaren 2010 en 2019?

Antwoord:
Verpleeghuisplekken worden in dit antwoord gedefinieerd als plekken waar zorg is geleverd aan cliënten met een zzp VV 4–10.
In 2019 zijn er op grond van de Wlz circa 122.000 verpleeghuisplekken voor cliënten met een zorgprofiel VV 4–10. Dit aantal is afgeleid van de omvang van de declaraties die zorgkantoren over 2019 bij Vektis hebben aangeleverd voor deze zorg. In 2019 betroffen deze declaraties circa 45 miljoen dagen. Er zijn nog geen recentere gegevens beschikbaar.
In 2010 waren er op grond van de AWBZ circa 106.000 verpleeghuisplekken voor cliënten met een zorgprofiel VV 4–10. Dit aantal is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg in 2010 hebben gemaakt. In 2010 betroffen deze afspraken circa 39 miljoen dagen.
(bron: CBS Monitor Langdurige Zorg)

Vraag 632
Hoeveel verzorgingshuisplekken zijn er op dit moment? Hoeveel verzorgingshuisplekken waren er in de jaren 2010 en 2019?

Antwoord:
Verzorgingshuisplekken worden in dit antwoord gedefinieerd als plekken waar zorg is geleverd aan cliënten met een zzp VV 1–3. Vanaf 2013 worden geen nieuwe indicaties VV 1–2 meer verstrekt en vanaf 2014 niet meer voor VV 3, waardoor het aantal plekken afneemt.
In 2019 zijn er op grond van de Wlz circa 2.400 verzorgingshuisplekken voor cliënten met een zorgprofiel VV 1–3. Dit aantal is afgeleid van de omvang van de declaraties die zorgkantoren over 2019 bij Vektis hebben aangeleverd voor deze zorg. In 2019 betroffen deze declaraties 877.000 dagen. Er zijn nog geen recentere gegevens beschikbaar.

In 2010 waren er op grond van de AWBZ circa 52.000 verzorgingshuisplekken voor cliënten met een zorgprofiel VV 1–3. Dit aantal is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg in 2010 hebben gemaakt. In 2010 betroffen deze afspraken circa 19 miljoen dagen.
(bron: CBS Monitor Langdurige Zorg)

Vraag 634
Hoeveel seniorenwoning waren er in de jaren 2010 en 2019?

Antwoord:
Het aantal seniorenwoningen wordt op dit moment niet bijgehouden. Om een beter beeld te krijgen van de vraag en aanbod naar ouderenhuisvesting hebben de Minister van BZK en de Minister van VWS de opdracht gegeven een monitor ouderenhuisvesting te ontwikkelen. De Kamer ontvangt deze monitor aan het einde van 2020. Wel is er in 2019 een nulmeting geweest naar het aantal geclusterde wooneenheden. RIGO heeft de geclusterde woonvormen in 63% van de gemeenten in kaart gebracht. Daarin zijn op dit moment 1.903 woonlocaties geïnventariseerd met in totaal 91.467 wooneenheden, verdeeld over 235 gemeenten. RIGO gaat de komende maanden een vervolgmeting doen. Hiermee verwacht ik een beeld te krijgen van de verandering in het aantal geclusterde wooneenheden.

Vraag 635
Wanneer, concreet, zijn de regioplannen per zorgkantoor gereed?

Antwoord:
De regioplannen capaciteit verpleeghuizen zijn in december 2020 gereed.

Vraag 636
Hoeveel gemeenten hebben nu een lokale visie op wonen en zorg voor ouderen? Hoeveel provincies hebben een dergelijk document?

Antwoord:
Een derde van de gemeenten die aan de nulmeting van de Taskforce wonen en zorg hebben meegedaan, beschikt over een woonzorgvisie (69 van de 218 gemeenten). Een woonzorgvisie is daarbij een document waarin – op basis van de woonzorganalyse – ambities zijn geformuleerd en keuzes zijn gemaakt over de aanpak van de woonzorgopgaven in de komende jaren. We hebben geen gegevens over het aantal provincies dat een visie op wonen en zorg heeft.

Vraag 637
Wat wordt bedoeld met de «middellange termijn» bij de doelstelling voor wachtlijsten voor verpleeghuizen?

Antwoord:
Bij de middellange termijn gaat het om de komende 5 jaar.

Vraag 638
Wat waren de opbrengsten van het onderzoeksprogramma «Memorabel»?

Antwoord:
Het doel van Memorabel is de kwaliteit van leven van mensen met dementie en de aan hen geleverde zorg en ondersteuning te verbeteren door:
het uitvoeren van baanbrekend onderzoek om het ontstaan van dementie te begrijpen en te voorkomen, en aangrijpingspunten te vinden voor diagnostiek en behandeling;

het ontwikkelen en toepassen van effectieve en doelmatige instrumenten, interventies, zorgmodellen en innovaties, om de zorglast te verminderen die samenhangt met het toenemende aantal mensen met dementie.

Door het Memorabel programma is kennis ontwikkeld voor «de patiënt van morgen» over onder andere genen, zenuwcellen, gliacellen, eiwitten en neuro-inflammatie. Zo is er een nieuwe genetische oorzaak voor Lewy-body dementie en Parkinson ontdekt. Er zijn stappen gezet in het begrijpen van mechanismen van het ontstaan van dementie, zoals: de verspreiding van het Alzheimereiwit tau, de werking van microglia, inzichten in de rol van immunologische processen en er is meer kennis over de variatie in cognitieve reserve. Het onderzoek naar hersenstructuren en processen in de hersenen die verband houden met dementie worden ingezet in de zoektocht naar behandelmogelijkheden van dementie. Tientallen studies zijn in Europees verband uitgevoerd, waarbij het harmoniseren, verrijken en samenvoegen van data heeft gezorgd voor nieuwe inzichten in het verloop van dementie. Nederlands patiënten profiteren van deze kennis.

Ook het doel om een behandeling voor dementie te vinden is een stukje dichterbij gekomen. Er is meer inzicht gekomen in hoe medicijnen de bloed-hersenbarrière kunnen passeren. Momenteel worden combinaties van verschillende medicijnen getest, evenals het effect van (diepe) hersenstimulatie van RNA-modulatie.

De opbrengsten voor «de patiënt van vandaag» vergroten de kennis en handvatten om de zelfredzaamheid en kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun naasten te vergroten c.q. te verbeteren. De projecten vinden plaats onder de thema's: zelfmanagement en eigen regie, mantelzorg, gedrag, beweging, ICT en technologie, interventies voor mensen met een migratieachtergrond en de organisatie van zorg en leefomgeving. Een aantal projecten levert nu al een verbetering op in de praktijk, zoals ontmoetingscentra, DemenTalent en de implementatie van sociale robots.

Vraag 639
Hoe wordt het extra dementieonderzoeksbudget ingezet?

Antwoord:
Het onderzoeksprogramma Memorabel, uitgevoerd door ZonMw, eindigt dit jaar. Met gebruikmaking van zowel het bestaande budget van € 8 mln per jaar als het extra budget (met € 2 mln stijgend per jaar tot € 8 mln vanaf 2024) wordt een nieuw onderzoeksprogramma ingericht. Vanaf 2024 is hier dus € 16 miljoen voor beschikbaar. Dit nieuwe onderzoeksprogramma heeft een focus op fundamenteel onderzoek, diagnostiek, risicoreductie, veelbelovende technologische ontwikkelingen en het integreren van onderzoek, zorg en onderwijs.

Vraag 640
Wordt ook budget vrijgemaakt voor onderzoek om dementie vroeger te signaleren? Wordt ook budget vrijgemaakt voor onderzoek om de periode tussen diagnose en behandeling te verkorten? Welke partijen zijn bij dit onderzoek betrokken?

Antwoord:
Op dit moment zijn wij bezig met de nadere uitwerking van het nieuwe dementie-onderzoeksprogramma. In dit programma ligt de focus onder meer op onderzoek naar het ontstaan en beloop van dementie en verbetering van diagnostiek. Daarbij is aandacht voor de bevordering van kennisoverdracht tussen domeinen en snellere translatie van onderzoeks-

resultaten naar de zorgpraktijk. Uit deze uitwerking van het programma volgt ook een verdeling van het onderzoeksbudget over de verschillende onderwerpen en betrokken onderzoeksconsortia. Nu zijn nog geen beslissingen genomen over de partijen die het onderzoek gaan uitvoeren.

Vraag 641
Welk budget is beschikbaar voor de activiteiten van de Taskforce Wonen en Zorg in 2021? Op welke wijze worden de lessen van de Taskforce Wonen en Zorg geborgd?

Antwoord:
Er is 1,8 miljoen euro beschikbaar voor 2021. De lessen van de Taskforce worden op verschillende wijzen geborgd. Door de samenwerking tussen Platform31, de Rijksdienst van Ondernemend Nederland (RVO) en de Taskforce komen de lessen terug in de handreikingen die worden gemaakt, goede voorbeelden die worden gedeeld in bijeenkomsten en leerkringen, oplossingen die door het ondersteuningsteam wonen en zorg worden aangeleverd en de webinars en werksessies die worden georganiseerd.

Vraag 642
In de begroting wordt de Nationale Dementiestrategie 2021–2030 aangekondigd, die op 21 september jl. is verschenen; welk budget is binnen de begroting VWS beschikbaar voor de drie afzonderlijke pijlers van de Nationale Dementiestrategie: dementie de wereld uit, mensen met dementie tellen mee en steun op maat bij leven met dementie?

Antwoord:
Voor het onderzoek, thema «dementie de wereld uit», is in 2021 € 10 miljoen beschikbaar. Dit bedrag neemt stapsgewijs toe tot € 16 miljoen vanaf 2024. Voor de andere twee thema's in de strategie is nog geen budget vastgesteld.

Vraag 643
Hoeveel verminkingen en gedwongen huwelijken zijn in beeld gekomen, aangezien in de actieagenda «Schadelijke traditionele praktijken» maatregelen zijn opgenomen om vrouwelijke genitale verminking en huwelijksdwang eerder in beeld te krijgen of te stoppen en duurzaam op te lossen? Hoeveel verminkingen en gedwongen huwelijken zijn voorkomen?

Antwoord:
De actieagenda schadelijke praktijken is op 18 februari 2020 door de Minister van VWS en de Minister voor Rechtsbescherming aangeboden aan de Tweede Kamer. Vanwege het uitbreken van de corona-crisis is pas in augustus 2020 gestart met de uitvoering. Op dit moment zijn de effecten van de actieagenda dus nog niet zichtbaar en kunnen nog geen uitspraken worden gedaan of en hoeveel verminkingen en gedwongen huwelijken in beeld zijn gekomen dan wel voorkomen. Wel is zicht op het aantal vrouwen dat risico loopt om besneden te worden en hoeveel meldingen Veilig Thuis heeft geregistreerd over huwelijksdwang.

Uit een prevalentie-onderzoek van Pharos uit 2019 blijkt dat 41.000 vrouwen in Nederland besneden zijn. Daarnaast lopen van de 38.000 meisjes in de leeftijd van 0–19 jaar met tenminste één ouder uit één van de 29 landen waar VGV voorkomt en waar prevalentiecijfers beschikbaar zijn naar schatting 4200 meisjes het risico om besneden te worden. In 2019 heeft Veilig Thuis 270 meldingen geregistreerd van huwelijksdwang en achterlating.

Vraag 644
Hoeveel mantelzorgers zijn er in Nederland, wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord:
1 op de 3 Nederlanders van 16 jaar en ouder gaven in 2016 mantelzorg. Dit komt uit op circa 4,4 miljoen mantelzorgers. Dit zijn de meest recente cijfers, daterend uit 2016 (Voor Elkaar, SCP 2017). Eind 2020 komt het SCP met nieuwe cijfers over mantelzorg.

Vraag 645
Wordt verwacht dat het aantal mantelzorgers en vrijwilligers toeneemt, gelijk blijft of daalt? Zo ja, wat is de reden daarvan?

Antwoord:
Nee, het aantal vrijwilligers blijft volgens het CBS ongeveer gelijk. Bijna de helft van alle Nederlanders van 15 jaar of ouder doet minimaal één keer per jaar vrijwilligerswerk. Voor het aantal mantelzorgers verwachten het PBL en SCP voor 2040 een daling vanwege de toenemende vergrijzing. Door de toenemende vergrijzing zijn per oudere minder mantelzorgers beschikbaar.

Vraag 646
Hoeveel overbelaste mantelzorgers zijn er in Nederland, wat zijn de meest recente cijfers? Hoe is de ontwikkeling hierin vergeleken met voorgaande jaren?

Antwoord:
Van de 4,4 miljoen mantelzorgers in Nederland zijn er 8,6% zwaarbelast. Dat zijn 380.000 mensen waarvan:
- 30.000 mantelzorgers van een naaste met een terminale ziekte;
- 110.000 mantelzorgers van mensen met dementie of geheugenproblemen;
- 100.000 mantelzorgers van mensen met een psychisch probleem

(Bron: Voor elkaar, SCP 2017).

Het aantal overbelaste mantelzorgers is de afgelopen 2 jaar niet veranderd. Het SCP komt eind 2020 met nieuwe mantelzorgcijfers.

Vraag 647
Hoeveel respijtvoorzieningen en logeeropvanghuizen zijn er in Nederland? Zijn het aantal respijtvoorzieningen in 2020 gestegen, gelijk gebleven of gedaald en wat is uw duiding hiervan?

Antwoord:
Dat is niet bekend, omdat hiervan geen landelijke registratie plaatsvindt. Het is aan gemeenten en (Wlz) zorgaanbieders om dit in te kopen of te regelen.

Vraag 648
Hoe vaak worden mantelzorgers ingezet als vervanging van professionele zorg?

Antwoord:
Dat is niet bekend, omdat hiervan geen landelijke registratie plaatsvindt.

Vraag 649
Waar is het bedrag van 19,6 miljoen euro voor de SET op gebaseerd?

Antwoord:
De Stimuleringsregeling E-health Thuis (SET) is een meerjarige subsidieregeling, waarbij in totaal € 90 miljoen beschikbaar is gesteld voor de opschaling en borging van zorg en ondersteuning op afstand via digitale toepassingen. Het in 2021 beschikbare bedrag van € 19,6 miljoen is gebaseerd op een raming van de RVO (uitvoerder van de SET-regeling) van de verleningen en uitbetalingen voor de SET over 2019 en 2020 en de financiering van SET COVID-19 met € 23 miljoen in 2020.

Vraag 650
Hoe wordt concreet de effectiviteit van de stimuleringsregeling gemeten en aan welke concrete doelstellingen en indiciatoren wordt het succes van de stimuleringsregeling getoetst?

Antwoord:
De effectiviteit en het succes van de Stimuleringsregeling E-health Thuis (SET) wordt op verschillende niveaus gemeten. In de Monitor Langer Thuis[44] is het aantal toegekende subsidieaanvragen bij de SET als indicator opgenomen. Hierbij wordt ook gekeken naar het type e-health-toepassing waarvoor aanvragen zijn ingediend. Uit de laatste monitor blijkt dat de subsidie het meest gebruikt wordt voor e-health toepassingen rondom medicatie, beeldzorg en apps. Monitoring van de ingediende subsidieaanvragen vindt plaats op onder meer het soort aanvraag dat wordt ingediend, het type zorgaanbieder die de aanvraag indient, geografische spreiding en de doelgroep voor wie de e-health-toepassing wordt ingezet. Projecten worden daarnaast eveneens op individuele basis gemonitord door de RVO, uitvoerder van de regeling. Aanvragers van de subsidie rapporteren de voortgang van de tussen- en einddoelen van hun project.

De effectiviteit van de tijdelijke noodregeling SET COVID-19 is daarnaast in een analyse van diepte-interviews onderzocht door onderzoeksbureau Kantar. De resultaten hiervan zijn beschikbaar in het rapport «Digitale zorg binnen de thuis- en huisartsenzorg»[45].

Vraag 651
Waarom wordt de SET afgeschaald, aangezien er in 2021 een bedrag van 19,6 miljoen euro beschikbaar is voor de SET, terwijl dat in 2020 een bedrag van 77 miljoen euro was?

Antwoord:
De Stimuleringsregeling E-health Thuis (SET) is een meerjarig traject waarin subsidie beschikbaar wordt gesteld voor de opschaling en borging van e-health-toepassingen. In 2021 is hiervoor een bedrag van € 19,6 miljoen beschikbaar. Het bedrag van € 77 miljoen dat in 2020 beschikbaar is gesteld, is niet ingezet voor de SET-regeling, maar voor de SET COVID-19 2.0. De SET COVID-19 2.0 is een tijdelijke noodregeling, die is gericht op de inzet van zorg en ondersteuning op afstand ten tijde van de coronacrisis en op duurzame borging en inbedding na de coronacrisis. De beoordelingscriteria en vereisten voor de SET COVID-19 2.0 zijn daarom ook afwijkend van de reguliere SET-regeling. Het bedrag van € 77 miljoen staat dus los van de reguliere SET-regeling.

---

[44] https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/07/03/monitor-langer-thuis-2020
[45] https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=ef1754ca-73d9-4181-80b8-1a53aebef791&title=Digitale%20zorg%20binnen%20de%20thuis%20en%20huisartsenzorg.pdf

Vraag 652
Op welke wijze worden de lessen van het Pact voor de Ouderenzorg (Eén tegen eenzaamheid, Langer thuis, Thuis in het verpleeghuis) geborgd na 2021?

Antwoord:
Elk van de drie programma's onder het Pact voor de Ouderenzorg zal afzonderlijk de geleerde lessen en behaalde resultaten moeten borgen in deze laatste fase. Hoe dat na 2021 precies vorm krijgt, wordt uiteengezet in de komende voortgangsrapportages van de programma's.

Vraag 653
Om nieuwe woonzorginitiatieven te ontwikkelen kan gebruik gemaakt worden van de Stimuleringsregeling Wonen en Zorg, speciaal voor vernieuwende huisvesting. Hoeveel nieuwe woonzorginitiatieven zijn ontwikkeld, zou u daarbij aantallen kunnen noemen? Hoeveel van de Stimuleringsregeling Wonen en Zorg is reeds gebruikt voor woonzorginitiatieven?

Antwoord:
In 2019 zijn er 19 aanvragen voor de initiatieffase ingediend, waarvan er 12 zijn toegekend. In 2020 zijn er tot 1 september 38 aanvragen ingediend voor de initiatieffase, waarvan er 27 zijn toegekend en nog 8 in behandeling zijn. Er is in 2020 totaal voor een bedrag van 478.000 euro aan subsidie verleend. Er zijn 3 leningen voor de planontwikkelfase ingediend. Hiervan is er een afgewezen en twee leningen voor een bedrag van 286.000 euro zijn nog in behandeling. Daarnaast is een lening van bijna 600.000 euro geborgd. We gaan ervan uit dat de komende tijd het aantal aanvragen een stijgende lijn laat zien.

Vraag 654
Kan de Kamer geïnformeerd worden over de stand van zaken met betrekking tot de pilots over maatschappelijk verantwoord inkopen inzake de Jeugdwet en de Wmo 2015?

Antwoord:
Vanwege COVID-19 zijn diverse van de geplande inkopen die zouden deelnemen aan de pilots uitgesteld. De volledige pilots worden daarmee niet meer dit jaar doorlopen. In 2021 worden alsnog pilots gedraaid en ondertussen wordt gewerkt aan de handreiking behorend bij de wetgeving en pilots. Voor de kerst informeer ik u over de voortgang.

Vraag 655
In 2021 is 29,1 miljoen euro beschikbaar voor de Stimuleringsregeling Wonen en Zorg; hoe wordt na 2021 vervolg gegeven aan deze stimuleringsregeling?

Antwoord:
De regeling blijft ook na 2021 bestaan. Van de middelen in 2019, 2020 en 2021 is er 30 miljoen beschikbaar voor leningen in de planontwikkelfase. Deze middelen krijgen een revolverend karakter. Na afbetaling van een lening kunnen deze middelen weer opnieuw worden uitgeleend. Daarnaast wordt 50 miljoen toegevoegd aan een risico-voorziening. Deze middelen worden alleen aangesproken als er een beroep wordt gedaan op de borgstelling op een lening. Omdat ook een premie wordt betaald voor de borgstelling kan de regeling ook in de toekomst blijven bestaan. Over de voortzetting van de subsidies in de initiatieffase in 2022 is nog geen beslissing genomen.

Vraag 656
Wat is de reden voor het afschalen van de Stimuleringsregeling Wonen en Zorg?

Antwoord:
De Stimuleringsregeling is niet afgeschaald maar gewijzigd. Een van de wijzigingen van de stimuleringsregeling hield in dat de financiering van de planontwikkelingsfase wordt uitgevoerd door de Rijksdienst voor Ondernemend Nederland (RVO). Met deze wijziging is het karakter van dit onderdeel van de regeling veranderd: in plaats van borgstellingen waarbij middelen pas worden aangesproken als er een beroep wordt gedaan op de borgstelling, worden de middelen nu uitgeleend en wordt hiermee – in termen van het kasstelsel – direct een beroep op de middelen gedaan. Daarnaast wordt € 3 miljoen van de totaal € 90 miljoen voor de regeling aangewend voor de ondersteuning van de Taskforce wonen en zorg: € 87 miljoen is nog steeds beschikbaar voor de regeling.

Vraag 657
Voor expertise over ernstige gedragsproblemen kunnen zorgverleners terecht bij de Centra voor Consultatie en Expertise (CCE). Hoeveel zorgverleners hebben in respectievelijk 2018, 2019 en 2020 gebruik gemaakt van de expertise van de CCE?

Antwoord:
De door u gevraagde informatie is op dit moment niet beschikbaar. Wel heb ik de volgende cijfers.
Het aantal door het CCE in behandeling genomen consultaties laat de afgelopen jaren de volgende stijging zien:
2018: 1399
2019: 1567
2020: 1600 (schatting)

Vraag 658
Hoeveel subsidie geeft u voor de ontwikkeling van ict-toepassingen in zorginstellingen? Kunt u een overzicht geven van de afgelopen zes jaar?

Antwoord:
In principe is het aan zorginstellingen zelf om te investeren in ICT-toepassingen. Een eenduidig overzicht van alle subsidies voor ontwikkeling van ICT-toepassingen in de afgelopen zes jaar is moeilijk te geven, omdat de investering in ICT vaak onderdeel is van grotere programma's of initiatieven, bijvoorbeeld de programma's van ZonMw en het Topsectorenbeleid.
In ieder geval is vanuit VWS via de versnellingsprogramma's informatie-uitwisseling patiënt – professional, de zogenaamde VIPP's, vanaf 2017 tot en met 2023 circa € 425 miljoen beschikbaar voor zorginstellingen uit diverse sectoren om het invoeren van een nieuwe werkwijze voor informatie-uitwisseling tot stand te brengen. Daarvoor zijn ook ICT aanpassingen nodig.

Vraag 659
Hoeveel subsidie wordt gegeven voor de ontwikkeling van e-health toepassingen? Kunt u een overzicht geven van de afgelopen zes jaar?

Antwoord:
In principe is het aan zorginstellingen zelf om te investeren in ICT-toepassingen. Een eenduidig overzicht van alle subsidies voor ontwikkeling van ICT-toepassingen in de afgelopen zes jaar is moeilijk te geven, omdat de investering in ICT vaak onderdeel is van grotere

programma's of initiatieven. Bijvoorbeeld de programma's van ZonMw, het Topsectorenbeleid of de subsidies aan patiëntenorganisaties.

Vraag 660
Welke kosten hebben zorginstellingen moeten maken om te voldoen aan de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)?

Antwoord:
Er zijn geen gegevens beschikbaar voor specifiek zorginstellingen of ziekenhuizen over de kosten die zij hebben moeten maken om te voldoen aan de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).

Vraag 661
Welke kosten hebben ziekenhuizen moeten maken om te voldoen aan de AVG?

Antwoord:
Er zijn geen gegevens beschikbaar voor specifiek zorginstellingen of ziekenhuizen over de kosten die zij hebben moeten maken om te voldoen aan de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).

Vraag 662
Hoeveel overtredingen zijn in 2020 in zorginstellingen en gemeenten geconstateerd bij het naleven van de AVG?

Antwoord:
Overtredingen die centraal worden gemeld zijn datalekken. Over de gemelde datalekken in 2020 zijn nog geen gegevens bekend.

Vraag 663
Hoeveel winst is gemaakt door aanbieders van gegevensuitwisselingssystemen in ziekenhuizen?

Antwoord:
Er zijn vele partijen die gegevensuitwisseling in de zorg mogelijk (kunnen) maken. Ik heb geen overzicht van de totale winst die door aanbieders van gegevensuitwisselingssystemen in ziekenhuizen wordt gemaakt.

Vraag 664
Voor de inzet bij de uitvoering van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten is, samen met een aantal andere posten, 15 miljoen euro beschikbaar; in hoeverre komt dit budget ten goede aan acties in het kader van de implementatie-agenda van deze wet en om welke acties gaat het?

Antwoord:
De genoemde € 15 miljoen betreft, naast de Wet zorg en dwang, ook de inzet op onder andere dementie, antibioticaresistentie, het terugdringen van de administratieve lasten, het Groninger zorgakkoord, de hersenletselteams en de inzet van vrijwillige mentoren bij kwetsbare cliënten.
Ik ben voornemens om hiervan ca € 2,5 miljoen te verplichten voor de Wet zorg en dwang. De beschikbare middelen voor de Wet zorg en dwang zien toe op de acties die nodig zijn om deze wet te implementeren en uit te voeren. Het gaat daarbij om de financiering aan kenniscentra, beroepsgroepen en brancheverenigingen. Tevens dienen deze middelen voor het standaardiseren van berichtenverkeer.

Vraag 665
Welke acties vallen onder de inzet op dementie en is hierbij ook aandacht voor het Dementieregister en het initiatief samendementievriendelijk,

aangezien er om de zorg merkbaar beter te maken onder andere wordt ingezet op dementie, waarvoor (onder andere) in totaal 15 miljoen euro beschikbaar is?

Antwoord:
Binnen het budget van € 15 miljoen subsidies om de zorg merkbaar beter te maken vallen met betrekking tot dementie de al lopende subsidies voor zogenaamde twinningprogramma's, die Alzheimer Nederland uitvoert. Financiering van het Dementieregister en het initiatief Samen dementie-vriendelijk valt hier niet onder.

Vraag 666
Welk deel van het geld dat met de Wlz wordt opgehaald, wordt daadwerkelijk aan zorg besteed?

Antwoord:
Als met de vraag wordt bedoeld welk deel van de eigen bijdragen ontvangsten in de Wlz wordt besteed aan zorg in de Wlz, geldt dat dit bedrag volledig wordt ingezet ter dekking van de kosten in de Wlz. Dit verklaart het verschil tussen de bruto en netto uitgaven in de Wlz.

Vraag 667
Welk bedrag komt volgend jaar aan Wlz-premie binnen bij de belastingdienst voordat het beslag voor de heffingskortingen plaatsvindt?

Antwoord:
De opbrengst van de Wlz-premie wordt voor 2021 geraamd op € 14,6 miljard. In dit bedrag is voor € 15,8 miljard aan heffingskortingen verrekend. Zonder verrekening van heffingskortingen is de opbrengst dus € 30,4 miljard.

Vraag 668
Hoe hoog moet de Wlz-premie zijn wanneer deze samen met de inkomsten van eigen bijdragen kostendekkend is voor de geraamde uitgaven voor de Wlz?

Antwoord:
Vanaf 2019 is er een rijksbijdrage die ervoor zorgt dat het Fonds langdurige zorg geen tekorten meer kent.
Indien met de vraag wordt bedoeld hoe hoog de Wlz-premie zou moeten zijn als in afwijking van de wettelijk vastgelegde systematiek de heffingskortingen niet in mindering worden gebracht en uit de Wlz-premie en de eigen bijdragen alle Wlz-uitgaven gedekt kunnen worden (en er dus geen rekening wordt gehouden met de BIKK en de rijksbijdrage Wlz), dan is het antwoord 8,1% (tegen nu 9,65%).

Vraag 669
Welk bedrag komt binnen in de bijdrage in de kosten van kortingen (BIKK)? Kunt u daarbij de volgende gegevens in een overzicht plaatsen: (1) jaarlijkse premieopbrengsten AWBZ/Wlz vanaf 1999 tot heden, (2) welk bedrag vanaf 1999 tot heden jaarlijks van de premieopbrengsten AWBZ aan heffingskortingen wordt besteed, (3) welk bedrag vanaf 1999 tot heden jaarlijks via de BIKK wordt gecompenseerd, (4) het verschil tussen de compensatie via de BIKK en het bedrag dat opgaat aan heffingskortingen per jaar vanaf 1999 tot heden, (5) de jaarlijkse uitgaven aan AWBZ-zorgkosten vanaf 1999 tot heden, (6) de jaarlijkse inkomsten aan eigen bijdragen vanaf 1999 tot heden, (7) het verschil tussen de totale premieopbrengsten en de jaarlijkse uitgaven minus de eigen bijdragen vanaf 1999 tot heden, (8) de jaarlijkse opbrengst van de eigen bijdragen vanaf 1999 tot heden, (9) de jaarlijkse uitgaven aan AWBZ-zorgkosten

vanaf 1999 tot heden minus de opbrengst eigen bijdragen, (10) de AWBZ-premies exclusief heffingskortingen minus zorguitgaven en minus opbrengst eigen bijdragen?

Wilt u een raming geven met betrekking tot de bovenstaande vraag, onderdeel 1 tot met 10 voor het jaar 2020?

Antwoord:
Zie in onderstaande tabel de gevraagde gegevens voor de jaren 1999 tot heden.
De vermelde bedragen zijn weergegeven in € miljard.

	(1) Premie-opbrengst AWBZ/Wlz	(2) Heffings-kortingen in AWBZ/Wlz-premie	(3) BIKK	(4) Heffings-kortingen minus BIKK	(5) Uitgaven	(6)(8) Eigen bijdragen	(7) Uitgaven minus eigen bijdragen	(9) Premies minus uitgaven min eigen bijdragen	(10) Premies excl heffingskor-tingen minus uitgaven min eigen bijdragen
	A	B	C	D=B–C	E	F	G=E–F	H=A–G	I=A+B–G
1999	13	–	–	–	13	2	12	1	1
2000	14	–	–	–	15	2	13	1	1
2001	11	9	2	7	16	2	15	– 4	5
2002	12	9	2	7	18	2	17	– 5	4
2003	14	12	4	8	20	2	18	– 4	8
2004	16	13	5	8	21	2	19	– 3	10
2005	16	14	5	9	22	2	20	– 4	10
2006	14	14	5	9	23	2	21	– 7	7
2007	13	14	4	9	23	2	21	– 8	6
2008	16	14	5	10	22	2	20	– 5	10
2009	14	15	5	10	23	2	22	– 8	7
2010	15	15	5	10	24	1	23	– 8	7
2011	15	15	5	10	25	2	24	– 8	7
2012	17	16	5	10	28	2	26	– 10	6
2013	19	15	4	11	27	2	26	– 7	8
2014	19	15	4	11	28	2	26	– 7	8
2015	15	12	3	9	20	2	18	– 2	9
2016	14	12	3	9	20	2	18	– 4	9
2017	15	13	4	9	20	2	18	– 4	9
2018	16	13	4	10	22	2	20	– 3	10
2019	16	14	4	10	24	2	22	– 6	8
2020	15	15	4	11	26	2	24	– 9	6

Vraag 670
Wilt u een raming geven met betrekking tot de bovenstaande vraag 1 tot en met 10 voor de Wlz in het jaar 2020?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 669.

Vraag 671
Wat kosten de pgb's jaarlijks, in totaal en uitgesplitst per wet?

Antwoord:
In onderstaande tabel zijn de (geraamde) uitgaven voor de persoonsgebonden budgetten opgenomen voor de jaren 2015–2020 in totaal en per wet.

Tabel Uitgaven voor persoonsgebonden budgetten in de jaren 2015 t/m 2020 uitgesplitst naar wet.

Uitgaven (bedragen x € 1 miljoen)	Wlz	Wmo[1]	Jeugdwet[1]	Zvw[2]
2015	1.285	673	297	297
2016	1.463	591	286	307
2017	1.756	447	189	328
2018	1.895	424	182	344
2019	2.090[3]	406	174	333
2020	2.260[4]			

[1] Op basis van SVB-gegevens over de toekenningen in de Wmo en Jeugdwet. Voorts geldt ook voor de Wmo en Jeugdwet dat vooraf geen afzonderlijk budgettair kader wordt vastgesteld voor het pgb en er dus voor 2020 nog geen gegevens beschikbaar zijn.
[2] In de Zvw wordt binnen het kader voor de wijkverpleegkundige zorg vooraf geen afzonderlijk kader voor het pgb vastgesteld. Na afloop van 2020 zal derhalve pas bekend zijn wat is uitgegeven aan het pgb in dat jaar.
[3] Bron: jaarverslag Ministerie van Volksgezondheid, Welzijnen Sport 2019 (TK 35 470 XVI-1).
[4] Het betreft hier de geraamde pgb-uitgaven (zie voor bedrag 2020, tabel 8 van het Financieel Beeld Zorg in de VWS ontwerpbegroting 2021).

Vraag 672
Hoeveel pgb's worden jaarlijks afgegeven per zorgdoelgroep en sector?

Antwoord:
In onderstaande tabel zijn het aantal afgegeven pgb's opgenomen voor de Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet. De aantallen voor het Zvw-pgb over 2020 worden bekend in de eerste helft van 2021 wanneer de gegevens over de uitvoering van het Zvw-pgb in 2020 beschikbaar zijn. Op 1 januari 2019 was het aantal budgethouders 18.131. Op 31 december 2019 bedroeg aantal budgethouders 19.043.

	Wlz	Wmo	Jeugdwet
September 2020	50.433	56.997	18.458
30 september 2019	44.350	62.021	20.393

Wlz
De globale verdeling van de verzekerden met een zorgprofiel is als volgt (ultimo juni 2020, o.b.v. Vektis cijfers):
– Verpleging en verzorging: 26%
– Verstandelijke beperking: 61%
– Lichamelijke beperking: 12%
– Zintuiglijke beperking: 1%

Vraag 673
Hoeveel indicaties «Begeleiding» hebben een pgb-financiering?

Antwoord:
In september 2020 waren er 34.726 Wmo-BG-budgetten in PGB1.0 geregistreerd. In PGB2.0 wordt nog geen splitsing gemaakt in begeleiding en hulp bij het huishouden. Vanaf Q3 2022 wordt het mogelijk om de splitsing in PGB2.0 te maken. Naast deze groep die expliciet begeleiding geïndiceerd heeft gekregen, kan begeleiding ook ingekocht worden met een Jeugdwet-pgb en een Wlz-pgb, deze worden niet apart geregistreerd.

Vraag 674
Hoeveel indicaties «Persoonlijke verzorging» hebben een pgb-financiering?

Antwoord:
In september 2020 waren er 50.433 Wlz-budgetten met (onder meer) een zorgfunctie m.b.t. Persoonlijke verzorging.

Van Zvw-budgethouders die hun declaraties rechtstreeks indienen bij de eigen zorgverzekeraar geldt dat eind 2019 1.859 van hen formele verzorging en 7.980 informele verzorging inkochten. Eén budgethouder kan overigens zowel formele verzorging als informele verzorging inkopen.

Vraag 675
Hoeveel informele zorgverleners worden betaald uit het pgb?

Antwoord:
De SVB maakt geen onderscheid tussen «formele» en «informele» zorgverleners. De SVB registreert het type zorgovereenkomst (arbeids-overeenkomst, of overeenkomst van opdracht).

Alleen van Zvw-budgethouders die hun declaraties rechtstreeks indienen bij de eigen zorgverzekeraar is bekend dat eind 2019 2.444 van hen informele verpleging en 7.980 informele verzorging inkochten. Eén budgethouder kan overigens zowel informele verpleging als informele verzorging inkopen.

Vraag 676
Hoeveel mensen zetten per jaar hun zorg in natura om in een pgb?

Antwoord:
Op landelijk niveau zijn geen gegevens bekend van hoeveel mensen jaarlijks hun zorg omzetten van zorg in natura naar pgb.

Vraag 677
Wat is het hoogste en laagste pgb-bedrag voor iemand?

Antwoord:
Het hoogste pgb-bedrag 2020 dat bij de SVB geregistreerd staat is een Wlz-budget en is € 554.602. Het laagste pgb-bedrag 2020 dat bij de SVB geregistreerd staat betreft een Wmo-budget en is € 3,11.

Vraag 678
Hoeveel klachten heeft de Sociale Verzekeringsbank (SVB) de afgelopen twee jaar binnengekregen?

Antwoord:
In 2019 heeft de SVB 1.591 klachten binnengekregen. In 2020 heeft de SVB tot en met augustus 744 klachten binnen gekregen. In 2020 is het effect van de Coronapandemie in de klachten te zien, bijvoorbeeld ten aanzien van telefonische bereikbaarheid en de verwerkingstermijn van stukken.

Vraag 679
Kunt u een overzicht geven van alle plussen en minnen uit de begroting 2021 met betrekking tot het pgb?

Antwoord:
In 2021 is dit € 2.341 miljoen voor pgb binnen de Wlz. Dit is € 81 miljoen meer dan in 2020, toen er € 2.260 miljoen was voor pgb binnen de Wlz. Deze oploop wordt met name verklaard door volumegroei (€ 52 miljoen), het openstellen van de Wlz voor mensen met een psychische stoornis (€ 67 miljoen) en het ontbreken van bedrag voor meerkosten als gevolg van COVID -19 (€ 40 miljoen in 2020). (https://opendata.rijksbegroting.nl/4c_Uitgebreide_verdiepingsbijlage_Wlz_OW_2021.xls)

Voor de Zvw, Wmo 2015 en de Jeugdwet wordt vooraf geen specifiek pgb-kader begroot en is pas achteraf vast te stellen hoeveel in de betreffende domeinen aan pgb's is uitgegeven.

Daarnaast is aan artikel 3 voor 2021 € 24,3 miljoen toegevoegd voor de uitvoeringskosten van pgb's voor de Wmo en de jeugdwet vanuit het systeem van trekkingsrecht door de SVB (verdiepingshoofdstuk p. 216).

Vraag 680
Hoeveel procent van de maandelijks ingediende pgb-declaraties wordt goedgekeurd en hoeveel procent wordt afgekeurd?

Antwoord:
Het percentage declaraties dat direct kan worden goedgekeurd door de SVB is constant. Tot en met september 2020 is per maand gemiddeld 96,9% van de declaraties direct goedgekeurd. 2,3% wordt in eerste instantie afgekeurd waarbij vervolgens aanvullende informatie wordt opgevraagd bij de budgethouder om tot goedkeuring van de declaratie over te kunnen gaan. De overige 0,8% van de declaraties is afgewezen. Het merendeel van de declaraties zal tot uitbetaling leiden indien er voldoende budget beschikbaar is.

Vraag 681
Hoeveel pgb's zijn in 2020 afgegeven, uitgesplitst per maand, indicatie en zorgsector? Hoeveel was dit in 2019?

Antwoord:
In onderstaande tabellen is voor 2019 en 2020 het aantal pgb's opgenomen per wet.

2019

2019 (ultimo per maand)	Wlz	Jeugdwet	Wmo	Zvw
Januari	41.656	16.037	54.567	18.131
Februari	42.026	16.610	55.738	18.239
Maart	42.396	17.265	56.839	18.374
April	42.601	17.902	58.009	18.519
Mei	42.816	18.518	59.091	18.663
Juni	43.710	19.017	59.947	18.737
Juli	44.033	19.524	60.881	18.812
Augustus	44.206	19.955	61.560	18.802
september	44.350	20.393	62.021	18.881
Oktober	44.569	21.732	63.296	18.974
November	44.865	21.731	63.119	18.987
December	45.378	21.730	62.924	19.043

In 2019 zijn 11.360 nieuwe Zvw-pgb's afgegeven.
De aantallen Zvw-pgb over 2020 worden bekend in de eerste helft van 2021 wanneer de gegevens over de uitvoering van het Zvw-pgb in 2010 beschikbaar zijn.

2020

2020 (ultimo per maand)	Wlz	Jeugdwet	Wmo
Januari	44.633	18.462	58.217
Februari	44.996	18.457	58.072
Maart	45.315	18.453	57.931
April	45.668	18.450	57.735
Mei	46.090	18.450	57.558
Juni	46.425	18.460	57.440
Juli	46.706	18.459	57.296
Augustus	NB[1]	18.459	57.147
september	NB	18.458	56.997

[1] NB = niet beschikbaar.

In onderstaande tabel staat het aantal budgethouders dat volgens informatie van Vektis een persoonsgebonden budget uit de Wlz heeft, uitgesplitst naar het geïndiceerde zorgzwaartepakket (ZZP) en onderverdeeld naar: de ouderenzorg (VV), verstandelijk gehandicapten (VG), licht verstandelijk gehandicapten (LVG en SGLVG), zintuiglijk gehandicapten visueel en auditief (ZG), lichamelijk gehandicapten (LG) en GGZ-cliënten (GGZ).

ZZP	Aantal budgethouders (ultimo juni 2019)	Aantal budgethouders (ultimo juni 2020)
ZZP VV 1–3	2	0
ZZP VV 4–10	9.767	12.049
ZZP LVG 1–5	59	32
ZZP VG 1–2	108	80
ZZP VG 3–8	26.700	28.140
ZZP LG 1,3	32	27
ZZP LG 2, 4–7	5.148	5.390
ZZP ZG 1	0	0
ZZP ZG 2–5	536	580
ZZP GGZB	0	0
Wlz-indiceerbaar	44	127
Totaal	42.396	46.425

Vraag 682
Hoeveel gemeenten doen de uitbetaling van pgb's zelf? Welke gemeenten zijn dit?

Antwoord:
Op grond van de Wmo 2015 zijn gemeenten verplicht om de uitbetaling van pgb's door de SVB te laten uitvoeren. De SVB voert voor alle gemeenten de uitbetaling van pgb's uit.

Vraag 683
Hoeveel pgb-aanvragen zijn in 2019 en 2020 geweigerd?

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

In 2019 zijn 13.917 aanvragen gedaan voor een Zvw-pgb en er werden er 2.557 geweigerd. De aantallen aanvragen Zvw-pgb over 2020 worden bekend in de eerste helft van 2021 wanneer de gegevens over de uitvoering van het Zvw-pgb in 2020 beschikbaar zijn.

Vraag 684
Kan een overzicht gegeven worden van alle (voorspelde) kosten met betrekking tot de bouw en de beheerskosten van het PGB 2.0-systeem?

Antwoord:
In het VSO Kostenoverzicht PGB2.0-systeem (kenmerk 25 657, nr. 319) zijn de kosten voor bouw en beheer genoemd. De doorontwikkelkosten bedroegen in eerste instantie € 20,5 miljoen. In het VSO Kostenoverzicht werd ook de verhoging van € 12,5 mln. als gevolg van extra inspanningen bij de conversie en technisch noodzakelijke aanpassingen gemeld. Hiervoor zijn bij de najaarsnota 2019 en voorjaarsnota 2020 middelen toegevoegd. Ten slotte is bij voorjaarsnota 2020 en ontwerpbegroting 2021 additioneel 3,758 beschikbaar gesteld voor de doorontwikkeling. De jaarlijkse structureel beheerskosten bedragen € 9,4 miljoen.

Vraag 685
Welk deel van de 43,3 miljoen euro voor palliatieve zorg wordt besteed aan geestelijke verzorging?

Antwoord:
Via de Regeling palliatieve terminale zorg wordt in 2021 € 6 miljoen besteed aan geestelijke verzorging thuis, ten behoeve van mensen van 50 jaar en ouder en voor palliatieve patiënten van alle leeftijden. Daarnaast wordt ongeveer € 1,3 miljoen besteed aan project- en instellingssubsidies voor geestelijke verzorging in de thuissituatie.

Vraag 686
De raming voor de Rijksbijdrage Wlz is 3,7 miljard euro, terwijl in 2019 de Rijksbijdrage 1,95 miljard euro was; waarom is, concreet, de bijdrage binnen twee jaar bijna verdubbeld? Gaat deze bijdrage volgens u naar verwachting zich om de paar jaar verdubbelen? Heeft u een plan om de Rijksbijdrage op de lange termijn in te dammen, of laat u het voor wat het is?

Antwoord:
De stijging van de Wlz-rijksbijdrage resulteert uit het feit dat de Wlz-uitgaven harder stijgen dan de reguliere Wlz-inkomsten (Wlz-premie, eigen bijdragen en BIKK).
Tussen 2019 en 2021 stijgen de Wlz-uitgaven met € 3,5 miljard, terwijl de inkomsten met € 0,5 miljard lager uitkomen. Er ontstaat daardoor een gat dat, conform afspraak in deze kabinetsperiode, wordt opgevangen door een stijgende rijksbijdrage. De rijksbijdrage 2019 komt niet overeen met het saldo, omdat de cijfers voor de inkomsten en uitgaven nog zijn bijgesteld, nadat de rijksbijdrage is vastgesteld.

	2019	2021	Groei
Wlz-uitgaven	23,8 mld	27,6 mld	+ 3,8 mld
Wlz premie	15,7 mld	14,6 mld	– 1,1 mld
Eigen bijdrage	1,8 mld	2,1 mld	+ 0,3 mld
BIKK	3,7 mld	4,0 mld	+ 0,3 mld
Saldo	– 2,6 mld	– 6,85 mld	– 4,3 mld
Rijksbijdrage	1,95 mld	6,85 mld	4,9 mld

Dat de uitgaven aan langdurige zorg harder groeien dan de premie-opbrengsten is al veel langer het geval. Ten tijde van de AWBZ leidde dat tot een in de tijd oplopend tekort in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ). Bij de beëindiging van de AWBZ resulteerde daardoor een negatief vermogen in dit fonds van circa € 15 miljard. Het bestaan van dit tekort was op zich geen probleem, zolang de uitgaven

maar binnen de uitgavenkaders pasten. Een tekort in het AFBZ past dan binnen het beoogde EMU-saldo. Het tekort in het AFBZ leidde indertijd tot veel vragen en de (onjuiste) gedachte dat dit tekort er mede de oorzaak van was dat er moest worden bezuinigd in de langdurige zorg. Daarom is er deze kabinetsperiode voor gekozen om een oplopend tekort in het Fonds langdurige zorg te voorkomen via de introductie van een rijksbijdrage Wlz. Deze rijksbijdrage Wlz staat op artikel 3 in de begroting en vult het Flz zodat er geen tekort ontstaat binnen het Flz. In de optiek van het kabinet is een stijgende rijksbijdrage geen probleem. Het kabinet ziet dan ook geen reden om hier iets aan te doen.

Vraag 687
Hoe groot is het bedrag voor doorontwikkeling van het PGB 2.0-systeem als onderdeel van de opdracht «Zorgdragen voor langdurige zorg tegen maatschappelijk aanvaardbare kosten»?

Antwoord:
De doorontwikkeling van het PGB2.0-systeem maakt in 2021 voor € 10,2 mln. onderdeel uit van het instrument opdrachten «Zorgdragen voor langdurige zorg tegen maatschappelijk aanvaardbare kosten».

Vraag 688
Kunt u de totale kosten die tot nu toe zijn uitgegeven aan PGB 2.0 vanaf de start van de ontwikkeling ervan per jaar in kaart brengen?

Antwoord:
Vanaf 1 januari 2019 heeft VWS het opdrachtgeverschap en de eindverantwoordelijkheid voor de verdere doorontwikkeling van het Zorgdomein overgenomen van Zorgverzekeraars Nederland en daarmee is de ontwikkeling door DSW ook beëindigd. Vanaf dat moment is VWS eindverantwoordelijk voor de realisatie van het integrale PGB 2.0-systeem. De gerealiseerde incidentele kosten in 2019 bedroegen € 15,9 miljoen voor doorontwikkeling en € 2,6 miljoen voor implementatie. Daarnaast bedragen de jaarlijkse structurele beheerskosten € 9,4 miljoen, zo ook in 2019.
Gerealiseerde kosten voor het jaar 2020 zijn bekend na afloop van het boekjaar.

Vraag 689
Hoeveel regels zijn sinds het van kracht worden van het programma «(Ont)regel de zorg» in mei 2018 geschrapt, aangezien het doel van het desbetreffende programma is het zorgbreed merkbaar verminderen van de ervaren regeldruk voor professionals en patiënt/cliënt? Kunt u hierbij alle voorbeelden geven? Is de ervaren regeldruk sinds mei 2018 afgenomen en zo ja, met welk percentage?

Antwoord:
Van het aantal geschrapte regels valt geen totaaloverzicht te geven, omdat veel formulieren en procedures door of in individuele zorginstellingen gebruikt worden. Steeds meer zorginstellingen zijn ook zelf aan de slag met het terugdringen van (interne) regeldruk. De totale opbrengsten daarvan worden niet centraal geregistreerd.

Van de 171 acties en maatregelen uit het programma [Ont]Regel de Zorg zijn er inmiddels zo'n 90 gerealiseerd. U wordt hierover in meer detail geïnformeerd in de tweede voortgangsrapportage van het programma [Ont]Regel de Zorg, die u dit najaar tegemoet kunt zien. U kunt de voortgang ook raadplegen op de website behorend bij het programma, www.ordz.nl.

De mate waarin de ervaren regeldruk is afgenomen sinds 2018 is wisselend. Een van de methodes waarmee we dit meten is de merkbaarheidsscan: een enquête onder zorgverleners waarin zij kunnen aangeven hoeveel tijd zij besteden aan de administratieve handelingen waar de acties uit het programma betrekking op hebben en daar een rapportcijfer aan kunnen toekennen. In het voorjaar van 2020 is een tweede meting gedaan van de merkbaarheidsscan. Het eindrapport van deze tweede merkbaarheidsscan heeft uw Kamer deze zomer ontvangen (TK 29 515 nr. 447). De korte samenvatting ervan is dat er inderdaad een effect merkbaar is, maar nog niet over de gehele linie en wat ons betreft nog niet voldoende. De grootste afname zien we onder fysiotherapeuten, waar het rapportcijfer is gedaald van een 7,5 naar een 6,7 (een hoger cijfer staat voor hogere ervaren regeldruk).

Vraag 690
Hoe hoog was het percentage administratieve lasten in 2010 en in 2019?

Antwoord:
Die vraag valt niet eenduidig te beantwoorden. In het programma [Ont]Regel de Zorg is onze toetssteen de door zorgverleners ervaren regeldruk. Daarin zien we de afgelopen periode een lichte afname. Deze komt naar voren uit het eindrapport van de tweede merkbaarheidsscan, dat u deze zomer heeft ontvangen (Kamerstukken, 29 515 nr. 447). Deze afname is nog niet over de gehele linie merkbaar en is wat ons betreft nog niet voldoende. Daarom gaan we vol door met de aanpak van regeldruk in de zorg. In de volgende voortgangsrapportage van het programma [Ont]Regel de Zorg, die uw Kamer dit najaar tegemoet kan zien, gaan we hier nader op in.

Vraag 691
Hoeveel mensen maken op dit moment gebruik van een persoonlijke gezondheidsomgeving?

Antwoord:
Er zijn al veel persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO's) beschikbaar, waarvan 30 PGO's met een Medmij label. PGO's bieden diverse ingebouwde functionaliteiten met directe waarde voor de gebruiker, zoals e-health toepassingen, alsmede zelfzorg- en leefstijladvies. Het is niet bekend hoeveel mensen al gebruik maken van deze functionaliteiten. De belangrijkste functionaliteit is de veilige en gestandaardiseerde uitwisseling van gegevens conform MedMij tussen burger en de zorgverlener. Tot nu toe is de beschikbaarheid van medische gegevens nog zeer beperkt. Het aantal mensen dat gebruik maakt of heeft gemaakt van een PGO voor het veilig uitwisselen van gezondheidsgegevens is daarom nog beperkt tot ongeveer honderd (vooral gefaciliteerd vanuit pilots en gecontroleerde livegangen). De verwachting is dat de uitwisseling van gezondheidsgegevens via PGO's begin 2021 op gang zal komen en dat het aantal mensen dat gebruik kan maken van deze functionaliteit snel zal toenemen.

Vraag 692
Hoeveel persoonlijke gezondheidsomgevingen zijn er momenteel?

Antwoord:
Er zijn tientallen aanbieders van persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO's), waarvan er op dit moment 30 zijn met een MedMij label (zie https://www.medmij.nl/pgo/). PGO's met een MedMij label voldoen aan de juridische en technische eisen voor een veilige en gestandaardiseerde uitwisseling van gegevens tussen burger en de zorgverlener. Om gegevensuitwisseling conform MedMij mogelijk te maken zijn zowel

MedMij-gekwalificeerde PGO's als MedMij-gekwalificeerde ICT systemen van zorgaanbieders nodig.

Vraag 693
De (ont)regelbus rijdt langs zorgaanbieders om op locatie met medewerkers en bestuurders aan de slag te gaan met interne regels; hoeveel regels zijn concreet geschrapt met behulp van deze bus? Kunt u alle voorbeelden hierbij sturen?

Antwoord:
Op dit moment zijn zo'n 20 zorginstellingen met ondersteuning van de [Ont]Regelbus gestart met het aanpakken van interne regeldruk. Als gevolg van de Coronacrisis hebben die trajecten vertraging opgelopen. Er is daarom nog geen zorginstelling die een volledig traject voltooid heeft. Bovendien is ieder traject maatwerk: de instelling bepaalt zelf waar zij mee aan de slag willen. Om die redenen is het niet mogelijk een totaaloverzicht van met behulp van de [Ont]Regelbus geschrapte regels te geven. Wel is in september een tussenrapportage van de bevindingen van de [Ont]Regelbus tot nu toe gepubliceerd. Deze is beschikbaar op https://www.ordz.nl/actueel/nieuws/2020/09/01/tussenrapportage-ontregelbus

Vraag 694
Gaat het lukken om de gezamenlijke opdracht bij het op 14 maart 2018 uitgebrachte actieprogramma Werken in de zorg, die luid en duidelijk is: «de personeelstekorten moeten in 2022 naar nul of daar dichtbij» te realiseren? Wat is de tussenstand?

Antwoord:
De ambitie van het actieprogramma Werken in de Zorg is voldoende medewerkers, die goed zijn toegerust voor en tevreden zijn met het belangrijke werk dat zij doen. Volgens de prognose van 2019 is het verwachte tekort in 2022 gedaald tot 80 duizend personen. Er wordt twee keer per jaar uitgebreid gerapporteerd over de voortgang van het actieprogramma Werken in de zorg, in de monitor die met de voortgangsrapportages wordt meegezonden laten we een uitgebreid beeld zien van arbeidsmarktontwikkelingen in de zorg. Naar verwachting ontvangt u begin november een nieuwe voortgangsrapportage, inclusief een nieuwe prognose van het tekort.

Vraag 695
Hoe hoog was het personeelstekort in de zorg in 2010 en in 2019?

Antwoord:
Er zijn geen cijfers bekend over de personeelstekorten in de zorg in 2010. Ook voor 2019 zijn geen cijfers bekend over de daadwerkelijke tekorten, wel over de verwachte tekorten. Bij de laatste prognose (van voorjaar 2019) was dit verwachte personeelstekort in de zorg voor 2019 31.500 werknemers. Voor2022 was het verwachte personeelstekort voor geheel zorg en welzijn 80.000 medewerkers. Deze aantallen betreffen de som van alle tekorten bij de afzonderlijke beroepsgroepen op de kwalificatieniveaus 1 tot en met 6. Deze prognose is gebaseerd op het hoge scenario uit het model zorggebruik (bron: Prismant, model zorggebruik). In november verwachten we nieuwe prognoses. Hierover wordt u geïnformeerd in de eerstvolgende voortgangsrapportage van het actieprogramma Werken in de zorg die u begin november ontvangt.

Vraag 696
Hoeveel meer stageplaatsen zijn er gecreëerd sinds maart 2018?

Antwoord:
Het is niet mogelijk om voor studiejaar 2019–2020 inzage te krijgen in hoeveel meer stageplaatsen zijn ontwikkeld vanaf maart 2018. De Stichting Beroepsonderwijs Bedrijfsleven (SBB) erkent en ondersteunt leerbedrijven. SBB heeft voor studiejaar 2019–2020 voor studenten in zorgopleidingen 40.000 leerbedrijven erkend. Bij deze leerbedrijven zijn circa 50.000 leerbanen en circa 40.000 stages gerealiseerd.

Vraag 697
Meer willen werken = meer kunnen werken, hoeveel contracten zijn in dit verband uitgebreid sinds maart 2018?

Antwoord:
Dergelijke informatie wordt niet bijgehouden. Wel is de deeltijdfactor vanaf 2018 gelijk gebleven (0,68).

Vraag 698
Zijn de administratieve lasten afgenomen sinds maart 2018? Zo ja, waaruit blijkt dat?

Antwoord:
De mate waarin de ervaren regeldruk is afgenomen sinds 2018 is wisselend. Een van de methodes waarmee we dit meten is de merkbaarheidsscan: een enquête onder zorgverleners waarin zij kunnen aangeven hoeveel tijd zij besteden aan de administratieve handelingen waar de acties uit het programma betrekking op hebben en daar een rapportcijfer aan kunnen toekennen. In het voorjaar van 2020 is een tweede meting gedaan van de merkbaarheidsscan. Het eindrapport van deze tweede merkbaarheidsscan heeft uw Kamer deze zomer ontvangen (TK 29 515 nr. 447). De korte samenvatting ervan is dat er inderdaad een effect merkbaar is, maar nog niet over de gehele linie en wat ons betreft nog niet voldoende. In de volgende voortgangsrapportage van het programma [Ont]Regel de Zorg, die uw Kamer dit najaar tegemoet kan zien, gaan we hier nader op in.

Vraag 699
«Beter kiezen, minder uitval», is de uitstroom afgenomen sinds maart 2018, zo ja waaruit blijkt dit?

Antwoord:
Nee, deze uitstroom is niet afgenomen. Uit cijfers van het CBS blijkt dat de uitstroom in het eerste kwartaal van 2018 en het laatste kwartaal van 2019 ongeveer gelijk is: 112.940 versus 113.500 personen. In het eerste kwartaal van 2020 is de uitstroom echter toegenomen naar 118.130 personen (CBS, AZW Statline). Hier heeft COVID-19 hoogstwaarschijnlijk ook een rol in gespeeld. Zo zijn er delen van de zorg geweest waar het zorgvolume is afgenomen vanwege COVID-19. Dat heeft waarschijnlijk voor het niet verlengen van tijdelijke contracten gezorgd.

Vraag 700
«Anders kiezen, meer medewerkers blijven kiezen voor de zorg door betere ondersteuning bij hun volgende stap binnen de zorg», hebben meer medewerkers blijvend voor de zorg gekozen? Zo ja, waaruit blijkt dit? Op welke manier heeft betere ondersteuning plaatsgevonden?

Antwoord:
Het aantal mensen dat in de zorg werkt is in de afgelopen jaren flink toegenomen. Dit is vooral te danken een hoge instroom van nieuwe medewerkers. Helaas blijft de uitstroom hoog. Via het actieprogramma bieden we diverse mogelijkheden voor mensen die een loopbaanstap

naar de zorg of binnen de zorg willen maken. Voor een eerste kennismaking met de sector of een volgende stap kunnen mensen terecht op http://www.ontdekdezorg.nl en de http://www.zorginspirator.nl, voor persoonlijk advies of voor loopbaanbegeleiding kunnen mensen terecht op http://www.sterkinjewerk.nl. Met de subsidie SectorplanPlus bieden we ondersteuning voor eventueel extra benodigde training of opleiding. Hiervoor is deze kabinetsperiode € 420 miljoen euro beschikbaar. Deze instrumenten zijn onderdeel van het actieprogramma Werken in de Zorg, met in iedere regio een aanpak gericht op de werving en het behoud van medewerkers. Overigens hebben werkgevers een cruciale rol als het gaat om het behoud van hun medewerkers. Van hen verwachten we dat ze het goede gesprek voeren met hun medewerkers. De sector kan en moet daar nog stappen zetten. Dit ondersteunen we met onder meer een gerichte regionale programmatische aanpak met het VWS-regioteam.

Vraag 701
«Anders werken, meer medewerkers kunnen blijven werken in de zorg door gezonder werken, minder werkdruk, minder ziekteverzuim, minder agressie en meer werkzekerheid», hebben meer medewerkers minder werkdruk sinds maart 2018? Zo ja, waaruit blijkt dit? Hebben meer medewerkers zich minder vaak ziekgemeld sinds maart 2018? Zo ja, waaruit blijkt dit? Hebben meer medewerkers minder te maken met agressie sinds maart 2018? Zo ja, waaruit blijkt dit? Hebben meer medewerkers sinds maart 2018 meer werkzekerheid? Zo ja, waaruit blijkt dit?

Antwoord:
Om de bovenstaande vragen te beantwoorden is gebruik gemaakt van de cijfers van CBS AZW Statline uit de werknemersenquêtes van 2017 en 2019.

Hieruit komt naar voren dat het aandeel medewerkers in zorg en welzijn dat het idee heeft dat de werkdruk het afgelopen jaar is afgenomen in 2017 op 3% lag. Dit aandeel is in 2019 toegenomen naar 4,2%. Daarnaast gaf in 2017 nog 49% van de medewerkers aan dat de werkdruk te hoog of veel te hoog was, in 2019 is dit aandeel afgenomen naar 43,9%. Meer medewerkers hebben dus minder werkdruk ervaren.

Het aandeel medewerkers dat het afgelopen jaar heeft verzuimd wegens ziekte lag in 2017 op 47,5% en is in 2019 toegenomen naar 51,0%. Het aantal keer dat medewerkers hebben verzuimd vanwege ziekte is in diezelfde periode toegenomen van gemiddeld 1,1 keer naar 1,4 keer. Meer medewerkers hebben zich dus vaker ziekgemeld.

Het aandeel medewerkers in zorg en welzijn dat het idee heeft dat agressie door patiënten of cliënten het afgelopen jaar is afgenomen lag in 2017 op 4%. Dit aandeel lag in 2019 lager, namelijk op 2,5%. Voor agressie door collega's gaat het om een aandeel van 10% in 2017 dat aangeeft dat dit gedrag is afgenomen. In 2019 lag dit aandeel op 4,4%. Voor beide bronnen van agressie zien we dus dat minder medewerkers aangeven dat agressie is afgenomen.

Het aandeel medewerkers in zorg en welzijn dat verwacht om een baan bij de huidige werkgever te behouden lag in 2017 op 95% en is in 2019 toegenomen naar 95,6%. Meer medewerkers hebben dus werkzekerheid.

Vraag 702
Hoe hoog was het ziekteverzuim in de zorg 2010 en in 2019?

Antwoord:
Volgens cijfers van CBS AZW Statline lag het ziekteverzuimpercentage in de sector zorg en welzijn breed in 2010 op gemiddeld 5,4% en in 2019 op gemiddeld 5,7%.

Vraag 703
Hoe hoog was de uitstroom in de zorg in 2010 en in 2019?

Antwoord:
In 2019 stroomden 113.500 werknemers de sector zorg en welzijn (smal) uit. In 2010 stroomden 109.310 werknemers uit (bron: CBS, AZW StatLine).

Vraag 704
Is het aantal zij-instromers (waaronder bijstandgerechtigden) en herintreders met 20% per jaar gestegen in sinds maart 2018 (in 2018, 2019 en 2020)? Heeft dit het verwachte tekort van 30.000 personen opgelost?

Antwoord:
Uw vraag lijkt te refereren aan de tabel «Potentiële effecten van regionale acties op het verwachte tekort in 2022, vertaald naar landelijk niveau» op pagina 17 van het actieprogramma Werken in de zorg[46]. In de betreffende tabel is op basis van het toenmalig inzicht in de arbeidsmarkt het potentiële effect van acties op het tekort in 2022 weergegeven. Het gaf aangrijpingspunten weer voor het terugdringen van het tekort ten behoeve van de partijen in de regio. Het verhogen van het aantal zij-instromers en herintreders met 20% per jaar was daarmee geen ambitie, maar een voorbeeld van het potentiële effect van maatregelen op een bepaald terrein.
Dat gezegd hebbende is het aantal zij-instromers en herintreders in 2018 en 2019 met respectievelijk 13% en 22% toegenomen ten opzichte van 2017.

Vraag 705
Is het gemiddelde opleidingsrendement met 10% gestegen sinds maart 2018 (in 2018, 2019 en 2020)? Heeft dit het verwachte tekort van 15.000 personen opgelost?

Antwoord:
Uw vraag lijkt te refereren aan de tabel «Potentiële effecten van regionale acties op het verwachte tekort in 2022, vertaald naar landelijk niveau.» op pagina 17 van het actieprogramma Werken in de zorg[47]. In de betreffende tabel is op basis van het toenmalig inzicht in de arbeidsmarkt het potentiële effect van acties op het tekort in 2022 weergegeven. Het gaf aangrijpingspunten weer voor het terugdringen van het tekort ten behoeve van de partijen in de regio. Het verhogen van het opleidingsrendement met 10% per jaar was daarmee geen ambitie, maar een voorbeeld van het potentiële effect van maatregelen op een bepaald terrein.
Dat gezegd hebbende is het gemiddelde opleidingsrendement binnen zorg en welzijn opleidingen voor het mbo gestegen van 63% in studiejaar 2017/2018 naar 65% in studiejaar 2018/2019, voor het hbo gedaald van 48% in studiejaar 2017/2018 naar 44% in studiejaar 2018/2019 en voor wo gedaald van 80% in studiejaar 2017/2018 naar 75% in studiejaar 2018/2019. Kanttekening hierbij is dat de verandering van het studierendement ook het gevolg kan zijn van samenstellingseffecten (het opleidingsrendement is gewogen naar het aantal studenten per opleiding).

---

[46] Tweede Kamer, 2017–2018, kamerdossier 25 282, nr. 303
[47] Tweede Kamer, 2017–2018, kamerdossier 25 282, nr. 303

Vraag 706
Is de contractomvang met een uur uitgebreid? Zo ja, op welke schaal? Heeft dit het verwachte tekort van 20.000 personen opgelost?

Antwoord:
Uw vraag lijkt te refereren aan de tabel «Potentiële effecten van regionale acties op het verwachte tekort in 2022, vertaald naar landelijk niveau.» op pagina 17 van het actieprogramma Werken in de zorg[48]. In de betreffende tabel is op basis van het toenmalig inzicht in de arbeidsmarkt het potentiële effect van acties op het tekort in 2022 weergegeven. Het gaf aangrijpingspunten weer voor het terugdringen van het tekort ten behoeve van de partijen in de regio. Het uitbreiden van de contractomvang met 1 uur was daarmee geen ambitie, maar een voorbeeld van het potentiële effect van maatregelen op een bepaald terrein.
Dat gezegd hebbende is de deeltijdfactor tussen het 1ste kwartaal van 2018 en het 1ste kwartaal van 2020 ongewijzigd gebleven op 0,68.

Vraag 707
Zijn de administratieve lasten met een uur per week verminderd sinds maart 2018? Heeft dit het verwachte tekort van 20.000 personen opgelost?

Antwoord:
Uw vraag lijkt te refereren aan de tabel «Potentiële effecten van regionale acties op het verwachte tekort in 2022, vertaald naar landelijk niveau.» op blz 17 van het actieprogramma Werken in de zorg. In de betreffende tabel is op basis van het toenmalig inzicht in de arbeidsmarkt het potentiële effect van acties op het tekort in 2022 weergegeven. Het gaf aangrijpingspunten weer voor het terugdringen van het tekort ten behoeve van de partijen in de regio. Het verminderen van de administratieve lasten van zorgprofessionals met een uur per week (om zo het tekort met 20.000 personen te verminderen) was daarmee geen ambitie, maar een voorbeeld van het potentiële effect van maatregelen op een bepaald terrein. Voor de mate waarin de administratieve lasten de afgelopen periode zijn afgenomen verwijzen wij naar het antwoord op vraag 704.

Vraag 708
Is het ziekteverzuim teruggedrongen naar het percentage gemiddeld in alle sectoren sinds maart 2018? Heeft dit het verwachte tekort van 6.000 personen opgelost?

Antwoord:
Uw vraag lijkt te refereren aan de tabel «Potentiële effecten van regionale acties op het verwachte tekort in 2022, vertaald naar landelijk niveau.» op blz 17 van het actieprogramma Werken in de zorg[49]. In de betreffende tabel is op basis van het toenmalig inzicht in de arbeidsmarkt het potentiële effect van acties op het tekort in 2022 weergegeven. Het gaf aangrijpingspunten weer voor het terugdringen van het tekort ten behoeve van de partijen in de regio. Het terugdringen van het ziekteverzuim was daarmee geen ambitie, maar een voorbeeld van het potentiële effect van maatregelen op een bepaald terrein.
Dat gezegd hebbende is het ziekteverzuim gestegen tussen 2017 en 2019 gestegen van 5,3% naar 5,8%.

Vraag 709
Is de productiviteit met 1% per jaar via arbeidsbesparende technologie sinds maart 2018 (in 2018, 2019 en 2020) gestegen? Heeft dit het verwachte tekort van 25.000 personen opgelost?

---

[48] Tweede Kamer, 2017–2018, kamerdossier 25 282, nr. 303
[49] Tweede Kamer, 2017–2018, kamerdossier 25 282, nr. 303

Antwoord:
Uw vraag lijkt te refereren aan de tabel «Potentiële effecten van regionale acties op het verwachte tekort in 2022, vertaald naar landelijk niveau.» op blz 17 van het actieprogramma Werken in de zorg[50]. In de betreffende tabel is op basis van het toenmalig inzicht in de arbeidsmarkt het potentiële effect van acties op het tekort in 2022 weergegeven. Het gaf aangrijpingspunten weer voor het terugdringen van het tekort ten behoeve van de partijen in de regio. Het verhogen van de productiviteit met 1% per jaar via arbeidsbesparende technologie was daarmee geen ambitie, maar een voorbeeld van het potentiële effect van maatregelen op een bepaald terrein.
Ik beschik niet over cijfers over de productiviteitsontwikkeling binnen de zorg.

Vraag 710
Is de uitstroom uit de zorgsector met 10% teruggedrongen sinds maart 2018? Heeft dit het verwachte tekort van 17.5000 personen opgeleverd?

Antwoord:
Uw vraag lijkt te refereren aan de tabel «Potentiële effecten van regionale acties op het verwachte tekort in 2022, vertaald naar landelijk niveau.» op pagina 17 van het actieprogramma Werken in de zorg[51]. In de betreffende tabel is op basis van het toenmalig inzicht in de arbeidsmarkt het potentiële effect van acties op het tekort in 2022 weergegeven. Het gaf aangrijpingspunten weer voor het terugdringen van het tekort ten behoeve van de partijen in de regio. Het terugdringen van de uitstroom met 10% was daarmee geen ambitie, maar een voorbeeld van het potentiële effect van maatregelen op een bepaald terrein.
Dat gezegd hebbende is de uitstroom in 2018 en 2019 met respectievelijk 2% en 1% gestegen ten opzichte van 2017.

Vraag 711
Hoeveel zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers) werken jaarlijks in de zorg, verdeeld per sector en verdeeld per regio? Kan een overzicht gegeven worden van de jaren 2015 tot en met 2019?

Antwoord:
In onderstaande tabellen is het aantal zzp'ers in de zorg per branche en per regio weergegeven. Hierbij gaat het om het aantal mensen dat hoofdzakelijk als zzp'er werkt. Zorgverleners die naast hun hoofdbaan als werknemer ook nog als zzp'er werken worden hierbij niet meegenomen. Door afrondingen kan er een verschil ontstaan tussen het totaal zorg en welzijn (smal) en de optelsom van de branches of regio's.

[50] Tweede Kamer, 2017–2018, kamerdossier 25 282, nr. 303
[51] Tweede Kamer, 2017–2018, kamerdossier 25 282, nr. 303

Perioden	2015	2016	2017	2018	2019
AZW branches	x 1.000	x 1.000	x 1.000	x 1.000	x 1.000
Universitair medische centra	1	1	0	1	1
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	7	7	8	9	11
Geestelijke gezondheidszorg	13	13	13	13	14
Huisartsen en gezondheidscentra	5	4	4	6	7
Overige zorg en welzijn	39	33	37	41	38
Verpleging, verzorging en thuiszorg	13	12	14	12	14
Gehandicaptenzorg	3	3	3	4	4
Jeugdzorg	2	1	2	1	2
Sociaal werk	5	6	5	5	6
Zorg en welzijn (smal) (x 1.000)	87	79	85	92	95

Bron: AZW StatLine

Perioden	2015	2016	2017	2018	2019
Regio's	x 1.000	x 1.000	x 1.000	x 1.000	x 1.000
Groningen	3	3	3	3	3
Drenthe	2	2	2	2	3
Fryslân	3	3	3	3	3
Regio Zwolle	2	2	2	2	2
Twente	2	2	2	2	3
Stedendriehoek & Noord-Veluwe	3	3	3	4	4
Achterhoek	1	1	1	2	1
Zuid-West Gelderland	3	3	3	4	4
Midden-Gelderland	3	3	4	4	4
Flevoland	2	2	2	2	2
Gooi- en Vechtstreek	2	1	2	2	2
Utrecht en omgeving	6	6	6	7	7
Amersfoort en omgeving	2	2	2	2	2
Noord-Holland Noord	3	3	3	3	3
Zaanstreek en Waterland	1	1	1	1	1
Amsterdam	5	5	5	6	6
Amstelland, Kennemerland en Meerl.	4	4	4	4	4
Rijnstreek	4	3	4	4	4
Rijnmond	5	5	5	5	6
Haaglanden en Nieuwe Waterweg Noord	6	5	6	6	6
Zuid-Holland Zuid	2	2	2	2	2
Zeeland	2	2	2	2	2
West-Brabant	3	3	3	4	4
Midden-Brabant	2	2	2	2	3
Noordoost-Brabant	3	3	3	3	4
Zuidoost-Brabant	4	3	4	4	4
Noord- en Midden-Limburg	3	2	3	3	3
Zuid-Limburg	3	3	3	3	3
Zorg en welzijn (smal)	87	79	85	92	95

Bron: AZW StatLine

Vraag 712
Hoeveel zorgprofessionals hebben gebruik gemaakt van de opschorting van de herregistratieplicht tot nu toe?

Antwoord:
Vanaf 17 maart 2020 is de herregistratieplicht voor alle in artikel 3 van de Wet BIG geregelde zorgberoepen opgeschort in verband met COVID-19. In de periode van 17 maart tot heden hadden normaal gesproken ongeveer 16.000 zorgprofessionals hun herregistratie moeten aanvragen. Dit kan het indienen van een aanvraag betekenen, maar ook het aanleveren van (nadere) bewijsstukken bij het CIBG. Het gros van de zorgprofessionals heeft gebruik gemaakt van de opschorting van de herregistratieplicht. Van deze groep hebben namelijk slechts 583 zorgprofessionals toch een aanvraag tot herregistratie (op basis van werkervaring, dan wel scholing) ingediend bij het CIBG, ondanks dat dit niet nodig was.

Voor de volledigheid verwijs ik u in dit kader ook graag naar de beantwoording van vraag 423.

Vraag 713
Welk gevolgen heeft de nieuwste loonraming van het CPB voor het beschikbare bedrag voor de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (OVA)?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 928.

Vraag 714
Kunt u aangeven wanneer in 2021 de Kamer het wetsvoorstel Wet Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg kan verwachten?

Antwoord:
Het wetsvoorstel wordt naar verwachting in het eerste kwartaal van 2021 naar de Kamer gestuurd.

Vraag 715
Welke initiatieven lopen er bij het Ministerie van VWS wat betreft taakherschikking en in welke fase zitten deze initiatieven?

Antwoord:
Taakherschikking is een belangrijk instrument om in te spelen op de veranderende en stijgende zorgvraag. Taakherschikking past bij het idee dat iedere professional moet doen waar hij goed in is. Hiermee wordt de patiënt zo goed mogelijk geholpen. En dit komt het werkplezier, de kwaliteit én de efficiency van professionals ten goede en daarmee de effectiviteit van de zorg.

Een mooi voorbeeld van taakherschikking zijn de physician assistant (PA) en de verpleegkundig specialist (VS). Zij nemen minder complexe behandelingen over van artsen en medisch specialisten, zodat die zich op de meer complexe zorgvragen kunnen richten. Binnen ziekenhuizen worden deze zorgprofessionals ingezet op onder andere de wondzorg, cardiologie en chirurgie. Ook zijn zij actief binnen de huisartsenzorg. Sinds 2004 bekostigt VWS samen met OCW de opleiding tot PA en VS. Daarnaast faciliteert VWS sinds 2013 het opleiden van PA en VS voor de huisarstenzorg via een aparte stimuleringssubsidie. Daarmee zijn inmiddels in de periode 2013 t/m 2019 167 PA's/VS'en opgeleid. In 2019 heb ik incidenteel extra middelen beschikbaar gesteld zodat 90 studenten extra – bovenop de jaarlijks structurele 700 – konden starten aan een opleiding. Van de 790 beschikbare opleidingsplaatsen zijn er 783 ook daadwerkelijk benut. In 2020 zijn er 700 opleidingsplaatsen beschikbaar. Volgens de laatste cijfers worden daarvan 696 daadwerkelijk benut. Dat is nagenoeg 100%.

Daarnaast is er de Bachelor Medisch Hulpverlener als nieuw beroep. De Bachelor Medisch Hulpverlener is een beroep met een brede medische basisopleiding en werkzaam op de ambulancezorg, spoedeisende hulp en operatieve zorg. De Bachelor Medisch Hulpverlener kan terecht komen in acute levensbedreigende situaties waarin hij gelijk moet kunnen handelen zonder dat een arts daarbij aanwezig is. Op dit moment zijn er 402 BMH'ers succesvol afgestudeerd. Het experiment met de BMH loopt tot mei 2022. Ik verwacht de eerste resultaten van het experiment eind van dit jaar en zal uw Kamer dan informeren.

En dan maak ik ook nog taakherschikking tussen tandartsen en mondhygiënisten mogelijk. Het experiment waarbij geregistreerd-

mondhygiënisten enkele voorbehouden handelingen zelfstandig kunnen verrichten is per 1 juli jl. van start gegaan en loopt tot einde 2023. Ik zal uw Kamer over het experiment tussentijds informeren.

Hiernaast heb ik een inventariserend onderzoek naar de diversiteit, kansen en belemmeringen van taakherschikking in Nederland geïnitieerd. Het onderzoek is uitgevoerd door Nivel en ik verwacht uw Kamer na het herfstreces hierover te informeren.

Vraag 716
Wat is de precieze omvang van bekende én vermoede fraude in de zorg?

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

De meest recente Rapportage resultaten en fraudebeheersing van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) over 2019 geeft (ook) geen volledig beeld van het totaal aan zorgfraude. Het onderzoek van ZN is bedoeld om de door zorgverzekeraars aangetoonde fraude in kaart te brengen. Dit onderzoek is niet bedoeld om het totaal aan (mogelijke) fraude weer te geven.
In 2019 hebben zorgverzekeraars 1.039 fraudeonderzoeken afgerond. Hiervan is in 278 onderzoeken fraude vastgesteld voor in totaal € 80,3 miljoen.

Vraag 717
Hoeveel fraudesignalen waren er in 2020 en hoeveel daarvan zijn voorgelegd voor strafrechtelijk onderzoek? Hoeveel fraudezaken die betrekking hebben op de gezondheidszorg zijn momenteel in behandeling bij het Openbaar Ministerie (OM), uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord:
In 2020 zijn (t/m 30 september) 354 unieke signalen bij het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ) binnengekomen. Deze signalen zijn afkomstig van ketenpartners die aangesloten zijn op het IKZ. Onderstaande tabel geeft het aantal ingebrachte signalen per ketenpartner bij het IKZ weer.

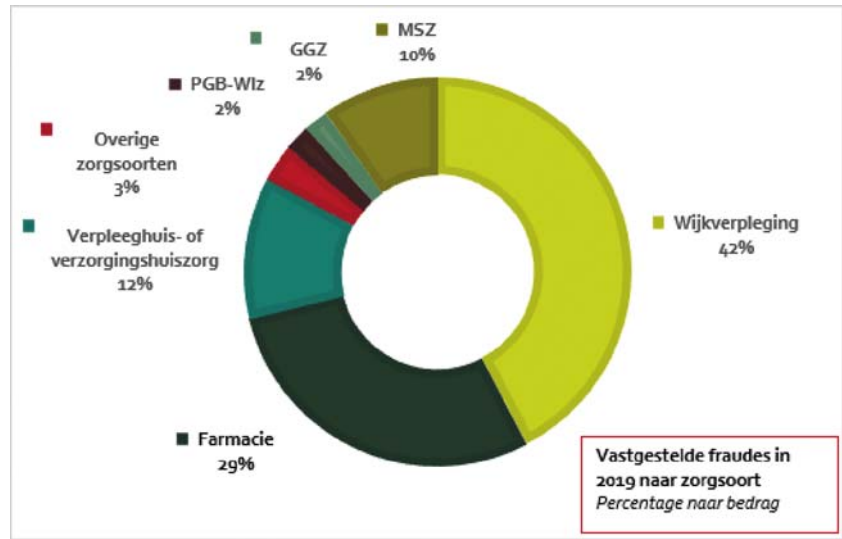
Melder	Totaal
Belastingdienst	2
CIZ	7
Gemeenten	58
IGJ	36
iSZW	2
NZa	232
ZN	17
Eindtotaal	354

De besluitvorming over welke fraudesignalen in aanmerking komen voor strafrechtelijke afdoening vindt plaats in de zogeheten Stuur- en Weegploeg Zorg, onder voorzitterschap van het Openbaar Ministerie (het onder andere in fraude gespecialiseerde Functioneel Parket, OM/FP). Om de voortgang van de onderzoeken niet te schaden, geeft het OM geen

nadere informatie over lopende onderzoeken uit 2020 noch over welke specifieke (sub)sectoren het betreft.

Vraag 718
In welke zorgsectoren vindt de meeste fraude plaats en wat zijn de oorzaken hiervan?

Antwoord:
De hoeveelheid gepleegde fraude is niet bekend. Wel weten we welke resultaten verschillende betrokken partijen melden vanuit hun fraudebeheersingsprocessen. De meest bruikbare rapportage op dit vlak komt van Zorgverzekeraars Nederland.
Zorgverzekeraars hebben over het jaar 2019 fraude vastgesteld in alle verzekeringsvormen. Uit de Rapportage Resultaten fraudebeheersing 2019 van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) blijkt dat vorig jaar de vastgestelde fraude in de Zvw het hoogst was (83% van de bewezen gevallen), gevolgd door de Wlz (14%). Ook in de aanvullende verzekering werd fraude gepleegd (3%). Onderstaande diagram geeft per zorgsoort / verstrekkingsvorm de vastgestelde fraude weer.



De oorzaken van de verschillen tussen de sectoren zijn niet eenduidig. In 2019 is een aantal grote zaken afgesloten, die al jaren in onderzoek waren, waardoor ze in het overzicht van 2019 voorkomen. De fraude zelf is dus al jaren daarvoor gepleegd. Elk jaar zien we tevens verschuivingen tussen de sectoren/zorgsoorten. Deze verschuivingen worden in veel gevallen veroorzaakt door individuele, grote zaken en hoeven niet te duiden op een systematisch probleem in de betreffende sector/zorgsoort.

Het grote aandeel van de wijkverpleging in de fraudes is overigens geen toeval. Zorgverzekeraars weten dat hier relatief veel fraude wordt gepleegd en passen hun controle- en onderzoekscapaciteit hier op aan. Dit leverde in 2019 een aandeel van 42% in het totale aantal vastgestelde fraudegevallen voor de wijkverpleging op.

Vraag 719
Zijn er zorgorganisaties die op dit moment onder verdenking staan van het OM?

Antwoord:
Dit is mij niet bekend. Het OM kan geen mededelingen doen over lopende strafrechtelijke onderzoeken. Dit om het verloop van de onderzoeken niet te schaden.

Vraag 720
Hoeveel personen zijn in 2020 opgepakt voor fraude in de zorg? Hoeveel waren dat er in voorgaande jaren?

Antwoord:
Het OM kan geen mededelingen doen over (lopende) strafrechtelijke onderzoeken. Dit om het verloop van de onderzoeken niet te schaden. Derhalve is dit niet bekend.

Vraag 721
Hoeveel personen zijn berecht in 2020 voor fraude in de zorg?

Antwoord:
Opsporingsinstanties en het OM houden niet systematisch bij of het om fraude in de zorg gaat. Deze informatie is derhalve niet beschikbaar.

Vraag 722
Hoeveel fte is beschikbaar voor de fraudeopsporing, uitgesplitst naar de NZa, het Functioneel Pakket, het OM, zorgverzekeraars en gemeenten?

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

De Inspectie SZW is verantwoordelijk voor de opsporing van zorgfraude. De Inspectie SZW heeft hier structureel circa 68 fte voor beschikbaar. De capaciteitsuitbreiding van 20 fte bij de Inspectie SZW, zoals ook gemeld in de eerste voortgangsrapportage Rechtmatige Zorg (Kamerstukken II, 2018/19, 28 828 nr. 111), zal in 2021 zijn ingevuld.

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

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

Volledigheidshalve merk ik op dat de NZa juridisch gezien geen opsporingstaak heeft. De NZa is krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) verantwoordelijk voor het bestuursrechtelijke toezicht en de handhaving van de rechtmatigheid in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Ook het toezicht op de toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg, het toezicht op het CAK, de zorgfusietoets (markttoezicht) en de voorbereidingen voor de nieuwe taken in het kader van de aanpassingswet Wet toetreding zorgaanbieders (aWtza) zijn onderdeel van het toezicht dat de NZa uitvoert. De capaciteit die de NZa in 2020 in totaal beschikbaar heeft voor toezicht en handhaving is 107 fte.

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

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de rechtmatigheid van de uitgaven in het kader van de Wmo en Jeugdwet. Gemeenten staan zelf aan de lat dit adequaat in te richten.

Vraag 723
Hoeveel fte's waren er in 2020 in totaal belast met het toezichthouden in de zorg? Hoe groot was dat aantal in vorige jaren? Hoe was dat uitgesplitst naar toezichthoudende instantie zoals FIOD, de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA), NZa en IGJ?

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

	2017	2018	2019	2020
IGJ	708,1	756,9	779,3	789,2
NZa	100	100	105	107
Totaal	808,1	856,9	884,3	896,2

Vraag 724
Hoeveel (fraude-)onderzoeken zijn er door de NZa gedaan in 2020? Hoeveel daarvan hebben geleid tot een bestuursrechtelijke maatregel? Hoeveel daarvan hebben geleid tot een strafrechtelijke maatregel? Hoe groot waren die aantallen in de vorige jaren?

Antwoord:
Onderstaande tabel geeft een overzicht van de bestuursrechtelijke maatregelen die de NZa in de periode 2012–2018 heeft uitgevoerd. De cijfers over 2019 en 2020 zijn nog niet bekend. De cijfers over 2019 zullen begin 2021 met uw Kamer gedeeld worden in de 3e voortgangsrapportage van het programma Rechtmatige Zorg.

In 2018 is een flinke daling te zien in het totale aantal interventies van de NZa. Zo is er fors minder gehandhaafd op de informatieverplichtingen en is het aantal interventies bij zorgaanbieders gedaald.
Beide bevindingen zijn het resultaat van de verschuiving van reactief naar proactief toezicht. Een voorbeeld is de proactieve benadering richting zorgaanbieders om aan te geven dat aan de informatieverplichting moet worden voldaan.

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

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

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

[1] In 2016 is het Snelle Interventieteam gestart. De interventies van dit team zijn onderdeel van de aantallen interventies bij zorgaanbieders en verzekeraars/Wlz-uitvoerders (zorgkantoren).
[2] Een interventie is een actie van de NZa richting een toezichtobject, met als doel om een ongewenste situatie te beëindigen. Een interventie kan een rapportageverplichting, informatieverzoek, normoverdragend gesprek en de inzet van formele handhavingsinstrumenten (voornemen tot) aanwijzing of last onder dwangsom zijn.
[3] Aanwijzingen die in 2014 zijn gegeven aan zorgkantoren zijn tevens verstuurd aan de alle achterliggende zorgverzekeraars. De NZa registreert dit als unieke aanwijzingen, waardoor het overzicht dubbeltellingen bevat.

Vraag 725
Hoeveel opsporingscapaciteit is er voor fraude met pgb's, zowel bij OM, FIOD/ECD, Inspectie SZW en zorgkantoren?

Antwoord:
Er zijn geen cijfers beschikbaar met betrekking tot de beschikbare capaciteit van fraude per financieringsvorm. Afhankelijk van de soort zorgfraude die wordt geconstateerd, vindt er door betrokken partijen inzet plaats. Voor de cijfers over de opsporingscapaciteit verwijs ik u naar het antwoord op vraag 728.

Vraag 726
Hoeveel budget is er in 2021 beschikbaar voor de opsporing van fraude met pgb's en voor welk bedrag is sinds de invoering van het Trekkingsrecht gefraudeerd met pgb-gelden?

Antwoord:
Vanaf 2020 is er structureel € 10,6 miljoen beschikbaar voor de Inspectie SZW voor de opsporing van zorgfraude. De meest recente en beschikbare cijfers over fraude met pgb gaan over de resultaten van de strafrechtelijke opsporing- en ontnemingsonderzoeken die de Inspectie SZW in 2019 heeft uitgevoerd. Op basis van deze onderzoeken heeft de Inspectie SZW circa € 3,7 miljoen aan wederrechtelijk verkregen voordeel berekend. Daarvan heeft € 3,5 miljoen betrekking op fraude met pgb.
Ter vergelijking, in 2018 ging het om een totaalcijfer van € 16,1 miljoen aan wederrechtelijk verkregen voordeel, waarvan € 3,5 miljoen fraude met het pgb betrof. Het verschil in het wederrechtelijk verkregen voordeel tussen 2018 en 2019 heeft te maken met de omvang van de zaken die dat jaar behandeld zijn en niet met het aantal zaken of beschikbare fte.

Vraag 727
Welke toezichthoudende instantie(s) zijn het meest bezig met het voorkomen en bestrijden van zorgfraude?

Antwoord:
Om fraude aan te pakken is een ketenbrede aanpak noodzakelijk, waarbij iedere ketenpartij zijn eigen rol en verantwoordelijkheid heeft.

De NZa is krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) verantwoordelijk voor het bestuursrechtelijke toezicht en de handhaving van rechtmatigheid in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Ook het toezicht op de toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg, het toezicht op het CAK, de zorgfusietoets (markttoezicht) en de voorbereidingen voor de nieuwe taken in het kader van de (a)Wtza zijn onderdeel van het toezicht dat de NZa uitvoert.

De zorgverzekeraars voeren reguliere (formele en materiële) controles uit op de rechtmatigheid van de door zorgaanbieders en verzekerden ingediende declaraties. Bij vermoedens van fraude stellen zorgverzekeraars een fraudeonderzoek in.

De IGJ is verantwoordelijk voor het toezicht op de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de rechtmatigheid van de uitgaven in het kader van de WMO en Jeugwet.

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

Vraag 728
Kunt u een overzicht geven van alle lopende activiteiten op het gebied van uitkomstgerichte zorg waar de in het Regeerakkoord beschikbaar gestelde middelen bij aansluiten?

Antwoord:
Het programma Uitkomstgerichte Zorg wordt uitgevoerd met partners uit het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2019–2022. In het programma wordt gewerkt aan het verbeteren van de positie van de patiënt in het zorgproces langs vier lijnen:
het in kaart brengen van de uitkomsten van behandelingen voor patiënten;
ervoor zorgen dat patiënten en professionals samen beslissen over passende behandelopties;
het centraal stellen van de patiënt in de organisatie en financiering van zorg;
de informatie van en voor de patiënt eenvoudig op de juiste plek beschikbaar hebben.
Daarnaast wordt gewerkt aan het stimuleren van veranderingen van organisatie, werkwijzen en gedrag die nodig zijn om de waarde van zorg voor de patiënt centraal te stellen.

We voeren gezamenlijk een breed scala aan activiteiten uit. Ik zal een paar voorbeelden noemen. We ontwikkelen sets van uitkomstenindicatoren in verschillende aandoeningsspecifieke werkgroepen. We werken aan een publiekscampagne rond samen beslissen. We bouwen een vindplaats van goede keuzehulpen om het proces van samen beslissen te ondersteunen. We inventariseren goede voorbeelden rondom uitkomstgericht organiseren en belonen zodat van elkaar geleerd kan worden. En we hebben een website gelanceerd (www.uitkomstgerichtezorg.nl) met informatie over uitkomstgerichte zorg en het programma.

Door de COVID-19 crisis is vertraging in het programma opgetreden. Veel van de partners hebben de afgelopen maanden tijd en energie gestopt in het bestrijden van de crisis. En zijn vervolgens (her)opgestart met de

reguliere zorg die in het gedrang was gekomen. Het is op dit moment nog niet scherp aan te geven wat dit betekent voor de uitvoering van het programma. Ik zal uw Kamer dit kwartaal met een voortgangsrapportage uitgebreider informeren over de voortgang van het programma.

Vraag 729
Kunt u aangeven welke concrete stappen al gezet zijn naar aanleiding van activiteiten op het gebied van uitkomstgerichte zorg?

Antwoord:
Binnen het programma Uitkomstgerichte Zorg zijn en worden diverse acties in gang gezet; zie hiervoor het antwoord op vraag 734.

Vraag 730
Hoeveel zorgverleners werken in deeltijd en voltijds in de zorg? Kunt u dat uitsplitsen per zorgsector?

Antwoord:
Volgens het CBS waren er in 2019 circa 254.000 voltijdsbanen en circa 1 miljoen deeltijdbanen binnen de sector zorg, welzijn en kinderopvang (bron: CBS Statline). Cijfers over deeltijdbanen in zorg en welzijn (zonder kinderopvang) en een uitsplitsing per sector zijn niet voor handen.

Vraag 731
In welke regio's is het arbeidstekort het grootst?

Antwoord:
Bij de laatste prognose (van voorjaar 2019) was het verwachte personeelstekort voor geheel zorg en welzijn voor 2022 in absolute zin het grootst in de regio's Utrecht, Zuidoost-Brabant, Haaglanden en Rijnstreek (bron: Prismant, model zorggebruik).

Vraag 732
Welke beroepen in de zorg hebben precies de grootste tekorten? Hoe groot zijn deze tekorten?

Antwoord:
Bij de laatste prognose (van voorjaar 2019) was het verwachte personeelstekort voor geheel zorg en welzijn voor 2022 het grootst bij de beroepen verzorgende en verpleegkundige, namelijk een tekort van 27.700 voor mbo-verpleegkundigen, 24.500 voor hbo-verpleegkundigen en 21.200 voor verzorgenden (bron: Prismant, model zorggebruik).

Vraag 733
Wat zijn de verwachte personeelstekorten voor de komende jaren en waar zijn de tekorten het grootst?

Antwoord:
Hiervoor verwijs ik naar de antwoorden op de vragen 700, 737 en 738.

Vraag 734
Hoeveel zorgverleners werken in de zorg in 2020?

Antwoord:
Er waren in het eerste kwartaal van 2020 1.249.000 werknemers in de zorg (voorlopige cijfers, seizoensgecorrigeerd; bron: CBS, AZW Statline).

Vraag 735
Hoeveel hbo-verpleegkundigen zijn werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord:
In onderstaande tabel is een indicatie gegeven van het aantal hbo-verpleegkundigen dat werkzaam is in de zorg, uitgesplitst naar branche.

Aantal hbo-verpleegkundigen (inclusief gespecialiseerd verpleegkundigen en verpleegkundig coördinatoren), indicatief, afgerond op honderden werknemers

Zorg en welzijn totaal (exclusief kinderopvang)	130.900
Universitair Medisch Centrum	14.100
Ziekenhuizen en overige medisch specialistische zorg	50.500
Geestelijke gezondheidszorg	15.300
Huisartsenzorg en gezondheidscentra	9.400
Verpleging, verzorging en thuiszorg	29.700
Gehandicaptenzorg	4.400
Jeugdzorg	.
Sociaal werk	.
Overige zorg en welzijn	5.100

Bron – CBS, AZW Werknemersenquête tweede meting 2019, bewerking door CBS.
N.B. Als in plaats van een waarde een punt is weergegeven, is er onvoldoende respons om betrouwbare uitspraken te doen.

Vraag 736
Hoeveel mbo-verpleegkundigen zijn werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord:
In onderstaande tabel is een indicatie gegeven van het aantal mbo-verpleegkundigen dat werkzaam is in de zorg, uitgesplitst naar branche.

Aantal mbo-verpleegkundigen (basisverpleegkundigen niveau 4), indicatief, afgerond op honderden werknemers

Zorg en welzijn totaal (exclusief kinderopvang)	74.200
Universitair Medisch Centrum	3.300
Ziekenhuizen en overige medisch specialistische zorg	21.400
Geestelijke gezondheidszorg	4.300
Huisartsenzorg en gezondheidscentra	.
Verpleging, verzorging en thuiszorg	37.300
Gehandicaptenzorg	6.100
Jeugdzorg	.
Sociaal werk	.
Overige zorg en welzijn	.

Bron – CBS, AZW Werknemersenquête tweede meting 2019, bewerking door CBS.
N.B. Als in plaats van een waarde een punt is weergegeven, is er onvoldoende respons om betrouwbare uitspraken te doen

Vraag 737
Hoeveel wijkverpleegkundigen zijn werkzaam in de thuiszorg?

Antwoord:
Er waren begin 2019 circa 15.000 wijkverpleegkundigen werkzaam in de thuiszorg (bron: CBS, AZW werknemersenquête eerste meting 2019, bewerking door CBS).

Vraag 738
Hoeveel verzorgenden IG zijn werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord:
In onderstaande tabel is een indicatie gegeven van het aantal verzorgenden IG dat werkzaam is in de zorg, uitgesplitst naar branche.

Aantal verzorgenden IG, indicatief, afgerond op honderden werknemers

Zorg en welzijn totaal (exclusief kinderopvang)	61.700
Universitair Medisch Centrum	.
Ziekenhuizen en overige medisch specialistische zorg	.
Geestelijke gezondheidszorg	.
Huisartsenzorg en gezondheidscentra	.
Verpleging, verzorging en thuiszorg	57.900
Gehandicaptenzorg	.
Jeugdzorg	.
Sociaal werk	.
Overige zorg en welzijn	.

Bron – CBS, AZW Werknemersenquête tweede meting 2019, bewerking door CBS
N.B. Als in plaats van een waarde een punt is weergegeven, is er onvoldoende respons om betrouwbare uitspraken te doen

Vraag 739
Hoeveel verzorgenden zijn werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord:
In onderstaande tabel is een indicatie gegeven van het aantal verzorgenden dat werkzaam is in de zorg, uitgesplitst naar branche.

Aantal verzorgenden niveau 3, indicatief, afgerond op honderden werknemers

Zorg en welzijn totaal (exclusief kinderopvang)	167.400
Universitair Medisch Centrum	.
Ziekenhuizen en overige medisch specialistische zorg	.
Geestelijke gezondheidszorg	.
Huisartsenzorg en gezondheidscentra	.
Verpleging, verzorging en thuiszorg	146.300
Gehandicaptenzorg	4.900
Jeugdzorg	.
Sociaal werk	.
Overige zorg en welzijn	8.400

Bron – CBS, AZW Werknemersenquête tweede meting 2019, bewerking door CBS
N.B. Als in plaats van een waarde een punt is weergegeven, is er onvoldoende respons om betrouwbare uitspraken te doen.

Vraag 740
Hoeveel helpenden zijn werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord:
In onderstaande tabel is een indicatie gegeven van het aantal helpenden dat werkzaam is in de zorg, uitgesplitst naar branche.

Aantal helpenden niveau 2, indicatief, afgerond op honderden werknemers

Zorg en welzijn totaal (exclusief kinderopvang)	24.600
Universitair Medisch Centrum	.
Ziekenhuizen en overige medisch specialistische zorg	.
Geestelijke gezondheidszorg	.
Huisartsenzorg en gezondheidscentra	.
Verpleging, verzorging en thuiszorg	21.800
Gehandicaptenzorg	.
Jeugdzorg	.
Sociaal werk	.
Overige zorg en welzijn	.

Bron – CBS, AZW Werknemersenquête tweede meting 2019, bewerking door CBS
N.B. Als in plaats van een waarde een punt is weergegeven, is er onvoldoende respons om betrouwbare uitspraken te doen.

Vraag 741
Hoeveel alfahulpen zijn werkzaam in de zorg?

Antwoord:
Er zijn geen cijfers beschikbaar over het aantal alfahulpen dat werkzaam is in de zorg.

Vraag 742
Hoeveel huishoudelijk verzorgenden zijn werkzaam in de zorg?

Antwoord:
In de kwalificatiestructuur wordt onderscheid gemaakt tussen helpenden zorg en welzijn (niveau 2) en zorghulpen (niveau 1). De term huishoudelijk verzorgende wordt doorgaans gebruikt voor helpenden zorg en welzijn (niveau 2).
In het najaar van 2019 waren er circa 24.600 helpenden en 41.700 zorghulpen werkzaam in de zorg (bron: CBS, AZW Werknemersenquête tweede meting 2019, bewerking door CBS).

Vraag 743
Hoeveel medisch specialisten, uitgesplitst per beroep, zijn werkzaam in de zorg?

Antwoord:
In onderstaande tabel zijn het aantal geregistreerde en werkzame specialisten per 1 januari 2020 opgenomen, inclusief klinisch technologische specialisten en seh-artsen (bron: Capaciteitsorgaan).

	Registraties 1-1-2020	Totale werkzamen 1-1-2020
Anesthesiologie	2.071	1.698
Cardiologie	1.266	1.114
Cardio-thoracale chirurgie	159	137
Dermatologie	656	577
Heelkunde	1.526	1.328
Interne geneeskunde	2.561	2.279
Keel-neus-oorheelkunde	589	507
Kindergeneeskunde	1.698	1.477
Klinische chemie	313	300
Klinische fysica	445	427
Klinische genetica	177	165
Klinische geriatrie	335	302
Longgeneeskunde	767	690
Maag-darm-leverziekten	640	557
Medische microbiologie	327	298
Neurochirurgie	183	150
Neurologie	1.093	995
Obstetrie/gynaecologie	1.221	1.074
Oogheelkunde	812	682
Orthopedie	897	789
Pathologie	505	434
Plastische chirurgie	387	321
Psychiatrie	3.750	3.300
Radiologie, incl. nucleaire geneeskunde	1.615	1.389
Radiotherapie	374	325
Reumatologie	370	318
Revalidatiegeneeskunde	649	591
Spoedeisende eerste hulp	613	595
Sportgeneeskunde	157	149
Urologie	510	444
Ziekenhuisfarmacie	593	593
Totaal	27.259	24.005

Vraag 744
Hoeveel verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen zijn werkzaam in de zorg?

Antwoord:
Er stonden op 1 februari 2020 4.539 verloskundigen geregistreerd in het BIG register en 1.221 medisch specialisten met de specialisatie obstetrie en gynaecologie. Daarvan is het niet bekend hoeveel daarvan ook werkzaam zijn. Via het Pensioenfonds Zorg & Welzijn is er wel inzicht in het aantal werkzame kraamverzorgenden: 9.188 (2018).

Vraag 745
Hoeveel huisartsen zijn werkzaam in de zorg?

Antwoord:
Op 1 januari 2020 was het aantal werkzame huisartsen naar schatting 13.060.
(14.026 geregistreerd, waarvan 93,11% werkzaam (bron: Capaciteits-orgaan))

Vraag 746
Hoeveel verpleeghuisartsen zijn werkzaam in de zorg?

Antwoord:
Er zijn per 1-1-2020 naar schatting 1.729 specialisten ouderengeneeskunde werkzaam (bron: Capaciteitsorgaan)

Vraag 747
Hoeveel nurse practitioners en physician assistants zijn werkzaam in de zorg?

Antwoord:
Er zijn 1365 physician assistants (PA) en 3430 verpleegkundig specialisten (VS) succesvol afgestudeerd (peiling 1-1-2020, bron cijfers Hogescholen ism Capaciteitsorgaan). Uit eerder onderzoek blijkt dat vrijwel alle afgestudeerde PA en VS ook daadwerkelijk een baan krijgen als PA en VS.

Vraag 748
Hoeveel anesthesisten zijn werkzaam in de zorg?

Antwoord:
Het aantal werkzame anesthesisten per 1 januari 2020 bedraagt 1.698 (Bron: Capaciteitsorgaan).

Vraag 749
Hoeveel zzp’ers zijn werkzaam in de zorg en in welke zorgsectoren precies?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 711.

Vraag 750
Wat kosten de zzp’ers jaarlijks?

Antwoord:
Er is geen overzicht te geven van de jaarlijkse totale kosten van zzp’ers in de zorg. Overigens past het om niet alleen naar de kosten van de inzet van zzp’ers, of in bredere zin flexwerkers, te kijken, maar ook nadrukkelijk de baten daarvan in ogenschouw te nemen. In bepaalde zorgsectoren is de inzet van zzp’ers bijvoorbeeld essentieel om kwalitatief goede zorg te

kunnen verlenen. In veel zorgorganisaties bestaat gezien de aard van het werk bovendien behoefte aan een flexibele schil.

Vraag 751
Hoeveel bemiddelingsbureaus zijn er in Nederland die zzp'ers inzetten voor de zorg?

Antwoord:
Hierover zijn geen recente cijfers beschikbaar. Uit een rapport van onderzoeksbureau Panteia uit 2016[52] blijkt dat er ongeveer 250 bedrijven actief zijn die zzp'ers ondersteunen met opdrachtbemiddeling. Volgens Panteia is er sprake van een bemiddelingsfunctie die altijd onderdeel vormt van een breder dienstenpakket waarmee wordt geprobeerd de zorg zo goed mogelijk te laten aansluiten op de verwachtingen van degene die de zorg inhuurt. De diensten van
bemiddelingsbureaus hebben daardoor veel verwantschap met uitzendbureaus of met zorgverleners zoals thuiszorginstellingen. Onder de 250 bemiddelaars zijn dan ook hybride organisaties.

Vraag 752
Hoeveel mondhygiënisten zijn werkzaam in de zorg?

Antwoord:
Het exacte aantal van werkzame mondhygiënisten is niet te geven. Inschrijving bij de beroepsvereniging is geen verplichting en evenmin is uit te sluiten dat mensen wel in het register van de beroepsvereniging staan als mondhygiënist, maar inmiddels niet meer werkzaam zijn. Het geschatte aantal werkende mondhygiënisten rond juli/augustus 2019 is 3.569 (Capaciteitsplan 2021–2024 – Deelrapport 3b Eerstelijns Mondzorg, Capaciteitsorgaan december 2019).

Vanaf 1 juli 2020 is de geregistreerd-mondhygiënist als experimenteerberoep tijdelijk opgenomen in het BIG-register. Op 1 oktober 2020 stonden er 145 geregistreerd-mondhygiënisten in het BIG-register.

Vraag 753
Hoeveel tandartsen zijn er in Nederland werkzaam? Kunt u dit uitsplitsen naar zowel Nederlandse als buitenlandse tandartsen?

Antwoord:
In 2018 waren er 8.400 tandartsen werkzaam in Nederland (Staat van Volksgezondheid en Zorg). Dit is het meest actuele cijfer over het aantal werkzame tandartsen. Voor wat betreft registraties staan er op
1 september 2020 11.821 tandartsen in het BIG-register met een actieve BIG-registratie. In Nederland zijn er 9.457 tandartsen met een actieve BIG-registratie op basis van een Nederlands diploma en 2.364 tandartsen met een actieve BIG-registratie op basis van een niet-Nederlands diploma. Het aantal daadwerkelijk werkzame tandartsen wordt niet apart geregistreerd.

Vraag 754
Hoeveel tandartsen zijn in 2019 en 2020 nieuw opgeleid, hoeveel zijn vanuit het buitenland ingestroomd op de Nederlandse arbeidsmarkt?

Antwoord:
In 2019 zijn er 242 tandartsen met een Nederlands diploma BIG-geregistreerd in Nederland en 146 tandartsen met een

[52] Opdrachtbemiddeling in de zorg, onderzoek onder bemiddelaars en zzp'ers, 22 september 2016

niet-Nederlands diploma. In 2020 zijn tot 30 september 210 tandartsen met een Nederlands diploma BIG-geregistreerd in Nederland en 129 tandartsen met een niet-Nederlands diploma.

Vraag 755
Hoeveel opleidingsplaatsen zijn er in 2020 bijgekomen, uitgesplitst naar artsen, medisch specialisten, verpleegkundig specialisten en physician assistants?

Antwoord:
Onderstaande tabel toont het verloop van de diverse groepen.

Opleidingsplaatsen 2018 t/m 2020

	2018	2019	2020
Artsen	2.785	2.785	2.785
Medisch specialist	1.175	1.225	1.216
Verpleegkundig specialisten en physician assistants	700	790	700

Vraag 756
Hoeveel opleidingsplaatsen zijn opgevuld door zorgverleners afkomstig uit het buitenland? Kunt u dit uitsplitsen per sector?

Antwoord:
Ik beschik niet over de door u gevraagde gegevens.

Vraag 757
Hoeveel buitenlandse zorgverleners zijn geweigerd om in Nederland te komen werken omdat zij niet voldoen aan de eisen?

Antwoord:
Er zijn in 2019 in totaal 511 aanvragen van buitenlands gediplomeerde zorgverleners om erkenning van hun beroepskwalificatie of BIG-registratie afgewezen, omdat zij niet voldeden aan de eisen van de Wet BIG. In 2020 bedraagt het aantal afgewezen aanvragen tot dusver 414.

Vraag 758
Uit welke landen wordt buitenlands personeel aangetrokken om te werken in de zorg in Nederland?

Antwoord:
Het aantrekken van buitenlands zorgpersoneel wordt vanuit VWS niet actief gestimuleerd of gefaciliteerd, maar het staat zorginstellingen vrij om zorgverleners uit het buitenland aan te nemen, mits die aan alle eisen voldoen. Buitenlands gediplomeerden moeten, om in Nederland aan het werk te kunnen als zorgverlener, erkenning van hun beroepskwalificaties aanvragen. De buitenlands gediplomeerden die in 2019 en 2020 een aanvraag tot erkenning en/of BIG-registratie hebben ingediend hebben hun diploma behaald in 82 verschillende landen, zowel binnen als buiten de EER. De meeste aanvragen betreffen zorgverleners met een diploma behaald in België, Duitsland, Spanje, Portugal, Italië, Roemenië, Verenigd Koninkrijk, Syrië, Polen en Griekenland.

Vraag 759
Hoeveel waarschuwingen heeft Nederland ontvangen en gegeven aan andere lidstaten over zorgverleners die niet meer mogen werken vanwege eerdere incidenten?

Antwoord:
Nederland heeft in de periode 1 oktober 2019 t/m 30 september 2020 via het Europese waarschuwingssysteem 27 beroepsbeperkingen en -verboden aan de andere lidstaten gemeld. Er zijn in deze periode 8.673 meldingen ontvangen van andere lidstaten. Slechts een zeer beperkt aandeel daarvan heeft betrekking op zorgverleners die in Nederland een aanvraag tot erkenning hebben gedaan en/of geregistreerd staan in het BIG-register.

Vraag 760
Welke besparing op personeelskosten moet buitenlands personeel opleveren in verhouding tot de kosten voor Nederlands personeel?

Antwoord:
Op grond van Europese regelgeving betreffende het vrij verkeer van werknemers en het vrij verkeer van diensten kunnen Europese zorgverleners in Nederland zorg verlenen. Voor buitenlandse zorgverleners, ook vanuit buiten de EU, die in Nederland werken geldt de Nederlandse arbeidswetgeving, ook waar het gaat om het salaris. Er is wat ons betreft geen relatie tussen de inzet van buitenlands personeel en een besparing op personeelskosten.

Vraag 761
Hoeveel zorgverleners hebben een beroepsverbod gekregen?

Antwoord:
In de periode van 1 oktober 2019 tot en met 30 september 2020 is van 20 personen de bevoegdheid ontnomen om het beroep uit te oefenen.

Vraag 762
Hoeveel zorgverleners hebben een schorsing gekregen?

Antwoord:
In de periode van 1 oktober 2019 tot en met 30 september 2020 zijn 12 schorsingen en 9 voorwaardelijke schorsingen opgelegd.

Vraag 763
Hoeveel zorgverleners hebben een sanctie gekregen?

Antwoord:
In de periode van 1 oktober 2019 tot en met 30 september 2020 zijn 47 maatregelen verwerkt in het BIG-register.

Vraag 764
Hoe hoog is het ziekteverzuim onder zorgverleners, uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord:
De meest recente, voorlopige, ziekteverzuimcijfers zijn van CBS AZW Statline over het eerste kwartaal van 2020. Daarbij de kanttekening dat in het eerste kwartaal de effecten van het griepseizoen het sterkst zijn terug te zien in de ziekteverzuimcijfers. Ook deed aan het einde van dit kwartaal Covid-19 zijn intrede in Nederland.

	2020 1e kwartaal
Zorg en welzijn (smal)	6,7
Universitair medische centra	5,7
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	5,9
Geestelijke gezondheidszorg	6,9
Huisartsen en gezondheidscentra	5
Overige zorg en welzijn	4,6
Verpleging, verzorging en thuiszorg	8
Gehandicaptenzorg	7,5
Jeugdzorg	7,2
Sociaal werk	7,2

Bron: CBS, AZW StatLine

Vraag 765
Wat is de gemiddelde uittredeleeftijd van zorgverleners, uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord:
We beschikken niet over gegevens over de gemiddelde leeftijd waarop zorgverleners de zorgsector verlaten. Wel zijn cijfers beschikbaar over het aandeel werknemers dat de zorg uitstroomt per leeftijdscategorie. Deze cijfers zijn weergegeven in onderstaande tabel. In de leeftijdscategorie 55 jaar en ouder stroomde 10% van de werknemers zorg en welzijn uit (1e kwartaal 2020). Uit cijfers van eind 2018 blijkt dat in deze leeftijdscategorie 45% van de totale uitstroom uitstroom naar pensioen is.

Uitstroom naar leeftijdscategorie als aandeel van het aantal werknemers per leeftijdscategorie, eerste kwartaal 2020

	jonger dan 25 jaar	25 t/m 34 jaar	35 t/m 44 jaar	45 t/m 54 jaar	55 jaar en ouder
Zorg en welzijn, excl. kinderopvang	21%	10%	7%	6%	10%
UMC	25%	9%	5%	4%	9%
Ziekenhuizen en overige med. spec. Zorg	18%	7%	4%	3%	9%
Geestelijke gezondheidszorg	21%	8%	7%	5%	10%
Huisartsen en gezondheidscentra	17%	7%	6%	4%	9%
Verpleging, verzorging en thuiszorg	21%	10%	7%	5%	10%
Gehandicaptenzorg	18%	8%	6%	5%	10%
Jeugdzorg	27%	12%	8%	8%	12%
Sociaal werk	41%	18%	14%	12%	17%
Overige zorg en welzijn	25%	16%	12%	9%	13%

Bron: CBS, AZW dossier

Vraag 766
In welke regio's is er een tekort aan zorgpersoneel, en aan welk zorgpersoneel?

Antwoord:
In alle regio's is in meer of mindere mate sprake van een tekort aan zorgpersoneel. De verwachte personeelstekorten voor 2022 zijn in absolute zin het grootsts in de regio's Utrecht, Zuidoost-Brabant, Haaglanden en Rijnstreek. Het betreft voornamelijk verzorgenden (IG) en verpleegkundigen (mbo, hbo en gespecialiseerd).

Vraag 767
Hoeveel mensen zijn geregistreerd in de Wet BIG en hoeveel mensen zijn dit per beroepsgroep?

Antwoord:
Op de Peildatum 1-10-2020, waren er de volgende aantallen BIG-geregistreerden per beroepsgroep.

Beroepsgroep	Aantallen
Apothekers	5.898
Artsen	74.606
Bachelor Medisch Hulpverleners (tijdelijke BIG-registratie)	238
Fysiotherapeuten	36.009
Geregistreerd-mondhygiënisten (tijdelijke BIG-registratie)	145
Gz-psychologen	16.650
Klinisch technologen	229
Orthopedagogen-generalist	1.672
Physician assistants	1.433
Psychotherapeuten	5.129
Tandartsen	11.862
Verloskundigen	4.608
Verpleegkundigen	203.219

Vraag 768
Hoeveel en welke zorgorganisaties maken gebruik van een au pair regeling bij de zorgverlening?

Antwoord:
Er is geen inzicht in het aantal zorgorganisaties dat gebruik maakt van een au pair regeling.

Vraag 769
Welke maatregelen treft u om de agressie tegen hulpverleners in de zorg aan te pakken?

Antwoord:
Agressie tegen hulpverleners in de zorg is te allen tijde onacceptabel. Zorgverleners moeten veilig zijn en zich veilig voelen zodat ze op een gezonde en prettige manier hun beroep kunnen uitoefenen. Helaas krijgen zorgverleners hier toch regelmatig mee te maken. Als het toch voorkomt, dan is het essentieel dat zorgverleners goed worden opgevangen, de nazorg goed is ingericht en de dader een passende en duidelijke reactie krijgt op zijn grensoverschrijdend gedrag.

Vanuit de Arbowet ligt de verantwoordelijkheid voor het aanpakken van agressie en geweld op de werkvloer in eerste instantie bij de werkgever. Werkgevers zijn verplicht om beleid te voeren om werknemers tegen agressie te beschermen. Ze worden hierbij op verschillende manieren ondersteund vanuit de overheid. Zo is er de afgelopen jaren veel kennis beschikbaar gesteld, onder meer via de zorgbrede campagne «Duidelijk over agressie». Op de bijbehorende website kunnen werkgevers en zorgverleners terecht voor informatie, goede voorbeelden en scholingsmaterialen. Ook zetten we via het platform Gezond & Zeker in op het bieden van handvatten voor het omgaan met agressie, bijvoorbeeld door het aanbod van gratis e-learnings en tips voor zorgverleners over dit onderwerp. In het kader van het inmiddels afgeronde programma Veilige Publieke Taak zijn samen met politie en OM Eenduidige Landelijke Afspraken gemaakt om zorgverleners optimaal te beschermen. Er is bijvoorbeeld opgenomen dat werkgevers aangifte kunnen doen van agressie tegen hun medewerkers, het OM zoveel mogelijk lik-op-stuk beleid hanteert en hoge prioriteit geeft aan de vervolging van agressie en geweld tegen publieke functionarissen zoals zorgverleners.

Op dit moment is er dus al veel kennis en materiaal beschikbaar over het omgaan met agressie. Door personeelswisselingen zal echter blijvend aandacht gevraagd moeten worden om de informatie op dit vlak bij werkgevers en zorgverleners onder de aandacht te blijven houden. We werken daarom met sociale partners aan de ontwikkeling van een

meerjarig programma rond bevordering van veilig en weerbaar werken in zorg en welzijn.

Vraag 770
Hoe groot zijn de wachtlijsten voor de mbo- en hbo-verpleegkundige opleiding?

Antwoord:
Mbo-instellingen hebben de mogelijkheid om de instroom van studenten te maximeren. Zes van de 42 mbo-instellingen die verpleegkunde en verzorgende IG aanbieden hadden voor studiejaar 2018–2019 een numerus fixus ingesteld voor de bol-variant (beroepsopleidende leerweg). De numerus fixus in 2018–2019 lag hoger dan het aantal inschrijvingen voor mbo-verpleegkunde en verzorgende IG. Voor studiejaar 2019–2020 hadden twee mbo-instellingen een numerus fixus ingesteld voor de bol variant van de opleiding Verpleegkunde niveau 4. Voor studiejaar 2020–2021 is nog geen informatie over het aantal opleidingen met beperkte opleidingsplaatsen bekend.

Tot studiejaar 2018–2019 hadden tien van de zeventien hogescholen een numerus fixus voor de opleiding verpleegkunde. Vanaf studiejaar 2019–2020 is het aantal hogescholen met een numerus fixus gedaald tot één. Voor studiejaar 2020–2021 heeft wederom één hogeschool een numerus fixus voor de opleiding Verpleegkunde.[53] We hebben geen signalen dat studenten niet elders hebben kunnen starten met hun opleiding.

Vraag 771
Zijn er wachtlijsten voor andere zorgberoepen? Zo ja, welke? Hoe lang bedraagt de wachttijd gemiddeld?

Antwoord:
Naast de mbo- en hbo-opleiding verpleegkunde is voor studiejaar 2020–2021 nog niet bekend hoeveel mbo-instellingen beperkte opleidingsplaatsen hebben ingesteld voor de zorgopleidingen. Een aantal hogescholen heeft een numerus fixus voor met name de opleiding Fysiotherapie, Medische Hulpverlening of Mondzorgkunde.[54]

Vraag 772
Hoeveel opleidingsplekken zijn er in Nederland voor zorgopleidingen en voor welke niveaus?

Antwoord:
Het Ministerie van VWS is verantwoordelijk voor de bekostiging van diverse vervolgopleidingen in de zorgsector. De aantallen opleidingsplekken in Nederland voor gesubsidieerde vervolgopleidingen in de zorgsector in 2020 zijn in onderstaande tabel weergegeven.

---

[53] https://studiekeuze123nl.cdn.prismic.io/studiekeuze123nl/5a1f9450-66a7-43a1-9e4d-3580c1f7059d_Overzicht+opleidingen+met+numerus+fixus+2021-2022+1+oktober+2020.pdf
[54] https://studiekeuze123nl.cdn.prismic.io/studiekeuze123nl/5a1f9450-66a7-43a1-9e4d-3580c1f7059d_Overzicht+opleidingen+met+numerus+fixus+2021-2022+1+oktober+2020.pdf

Opleiding	Aantal plaatsen
Medisch specialist c.a.	55.351
Medisch specialisten instroom vooropleiding interne geneeskunde en heelkunde	2.762
Huisarts	22.901
Specialist ouderengeneeskunde	4.151
Arts verstandelijk gehandicapten	551
Sociaal geneeskundige	2.741
GGZ	33.691
Verpleegkundig specialist, physician assistant	16.982
Ziekenhuisopleidingen (CZO vervolgopleidingen verpleegkunde en medisch ondersteunende beroepen)	43.622

in fte
in personen
Voor nadere informatie over aantallen opleidingsplekken op mbo- en hbo-niveau en de initiële opleidingen op wo-niveau, verwijs ik u naar de Minister van OCW.

Vraag 773
Hoeveel zorgverleners zijn in 2019 en 2020 ontslagen vanwege bezuinigingen, uitgesplitst per zorgsector en beroep? Wat zijn de cijfers van voorgaande jaren?

Antwoord:
Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal ontslagen medewerkers vanwege bezuinigingen. In algemene zin zien we dat sinds 2016 de werkgelegenheid – net als de zorguitgaven – toeneemt. Dit is terug te zien in de werkgelegenheidscijfers. Het aantal werknemers in zorg en welzijn is sinds 2016 gestegen van 1.131.000 (1e kwartaal 2016) naar 1.249.000 (1e kwartaal 2020).

Vraag 774
Hoeveel in de afgelopen jaren ontslagen zorgverleners hebben inmiddels weer een baan (in de zorg)?

Antwoord:
Ik beschik niet over gegevens over het aantal zorgverleners dat een baan heeft gevonden na ontslag in de afgelopen jaren. Wel is het aantal herintreders vanaf 2016 toegenomen. In 2016 (1e kwartaal) waren er 31.890 herintreders en in 2019 (1e kwartaal) waren dit er 45.370. In het eerste kwartaal van 2020 lijkt het aantal herintreders iets minder te zijn, namelijk: 42.090.

Vraag 775
Hoeveel werkzoekenden zijn er in de zorg per sector en per functieniveau?

Antwoord:
Bij het UWV stonden in mei 2020 in totaal 79.405 mensen met een zorg- of welzijnsachtergrond ingeschreven als werkzoekend, waarvan 55.270 zonder dienstverband en 24.135 met dienstverband. In onderstaande tabel is een onderverdeling naar opleidingsniveau weergegeven. Over werkzoekenden met een dienstverband is niet bekend in welke (zorg)sector of in welke functie ze werken.

	Werkzoekenden zonder dienstverband	Werkzoekenden met dienstverband
Lager opgeleiden (zonder startkwalificatie)	20.176	5.223
Middelbaar opgeleiden (mbo 2, 3, 4 en havo/vwo	19.173	8.924
Hoger opgeleiden (hbo of wo)	12.663	7.879
Opleidingsniveau onbekend	3.258	2.109
Totaal	55.270	24.135

Bron: UWV

Vraag 776
Wat is de loonontwikkeling van in service-verpleegkundigen sinds 2010?

Antwoord:
De loonontwikkeling van inservice-verpleegkundigen is niet te bepalen. Deze hangt af van de feitelijke functie die een inservice-verpleegkundige vervult, alsmede van factoren als leeftijd en ervaring en incidentele loonontwikkeling. Algemeen geldt dat de loonontwikkeling van de zorgmedewerkers die van de cao's volgt. Tussen 2010 en 2019 bedroeg de cao-loonontwikkeling in zorg en welzijn 16%.

Vraag 777
Wat is de loonontwikkeling van mbo-verpleegkundigen sinds 2010?

Antwoord:
De loonontwikkeling van mbo-verpleegkundigen is niet te bepalen. Deze hangt af van de feitelijke functie die een mbo-verpleegkundige vervult, alsmede van factoren als leeftijd en ervaring en incidentele loonontwikkeling. Algemeen geldt dat de loonontwikkeling van de zorgmedewerkers die van de cao's volgt. Tussen 2010 en 2019 bedroeg de cao-loonontwikkeling in zorg en welzijn +16%.

Vraag 778
Wat is de loonontwikkeling van hbo-verpleegkundigen sinds 2010?

Antwoord:
De loonontwikkeling van hbo-verpleegkundigen is niet te bepalen. Deze hangt af van de feitelijke functie die een hbo-verpleegkundige vervult, alsmede van factoren als leeftijd en ervaring en incidentele loonontwikkeling. Algemeen geldt dat de loonontwikkeling van de zorgmedewerkers die van de cao's volgt. Tussen 2010 en 2019 bedroeg de cao-loonontwikkeling in zorg en welzijn +16%.

Vraag 779
Wat is de loonontwikkeling van verzorgenden IG sinds 2010?

Antwoord:
De loonontwikkeling van verzorgenden IG is niet te bepalen. Deze hangt af van de feitelijke functie die een verzorgende IG vervult, alsmede van factoren als leeftijd en ervaring en incidentele loonontwikkeling. Algemeen geldt dat de loonontwikkeling van de zorgmedewerkers die van de cao's volgt. Tussen 2010 en 2019 bedroeg de cao-loonontwikkeling in zorg en welzijn 16%.

Vraag 780
Wat is de loonontwikkeling van verzorgenden sinds 2010?

Antwoord:
De loonontwikkeling van verzorgenden is niet te bepalen. Deze hangt af van de feitelijke functie die een verzorgende vervult, alsmede van factoren als leeftijd en ervaring en incidentele loonontwikkeling. Algemeen geldt dat de loonontwikkeling van de zorgmedewerkers die van de cao's volgt. Tussen 2010 en 2019 bedroeg de cao-loonontwikkeling in zorg en welzijn +16%.

Vraag 781
Wat is de loonontwikkeling van gespecialiseerde verpleegkundigen sinds 2010?

Antwoord:
De loonontwikkeling van gespecialiseerde verpleegkundigen is niet te bepalen. Deze hangt af van de feitelijke functie die een gespecialiseerde verpleegkundige vervult, alsmede van factoren als leeftijd en ervaring en incidentele loonontwikkeling. Algemeen geldt dat de loonontwikkeling van de zorgmedewerkers die van de cao's volgt. Tussen 2010 en 2019 bedroeg de cao-loonontwikkeling in zorg en welzijn 16%.

Vraag 782
Wat is de loonontwikkeling van huishoudelijk verzorgenden sinds 2010?

Antwoord:
De loonontwikkeling van huishoudelijk verzorgenden is niet te bepalen. Deze hangt ondermeer af van de cao-afspraken, de inschaling van de betreffende huishoudelijke verzorgende en moment waarop de huishoudelijke verzorgende over is gegaan naar de nieuwe huishoudelijke hulp schaal in de cao VVT. Algemeen geldt dat de loonontwikkeling van de zorgmedewerkers die van de cao's volgt. Tussen 2010 en 2019 bedroeg de cao-loonontwikkeling in zorg en welzijn +16%.

Vraag 783
Hoe verhoudt de loonontwikkeling van in service-, mbo- en hbo-verpleegkundigen zich sinds 2010 ten opzichte van vergelijkbare beroepen in de niet-publieke sector? Kunt u dit in kwalitatieve en kwantitatieve zin aangeven?

Antwoord:
De loonontwikkeling van afzonderlijke beroepsgroepen is niet te bepalen. Deze hangt onder meer af van de feitelijke functie die zorgmedewerker vervult, alsmede van factoren als leeftijd en ervaring en incidentele loonontwikkeling. Algemeen geldt dat de loonontwikkeling van de zorgmedewerkers die van de cao's volgt.
Tussen 2010 en 2019 bedraagt de cao-loonontwikkeling in sector zorg en welzijn gemiddeld 16% tegenover 14,5% in de marktsector. Daarmee lag de cao-loonontwikkeling in de zorg iets boven die markt.

Vraag 784
Kunt u aangeven hoeveel zorgverleners beneden modaal verdienen? Welke beroepen betreffen dit precies?

Antwoord:
Het CPB heeft het modaal inkomen[55] voor 2020 bepaald op 36.000 euro per jaar.

[55] Het modaal inkomen wordt berekend als 79% van het gemiddelde inkomen per arbeidsjaar, waarbij de 79% bepaald is met een historische cijferreeks.

Via het Pensioenfonds Zorg en Welzijn beschikken we over gegevens over de inkomensverdeling van een groot gedeelte van de medewerkers binnen Zorg en Welzijn. In de onderstaande tabel ontbreken alleen de gegevens van medewerkers binnen de umc's en een gedeelte van de eerste lijn. Andere kanttekening is dat niet alleen zorgverleners in de cijfers zitten, maar dat het ook medewerkers in niet-clientgebonden functies – zoals in de administratie – betreft. Daarnaast moet bedacht worden dat binnen zorg en welzijn het gros van de mensen in deeltijd werkt, terwijl het modaal inkomen aan de hand van een voltijdsinkomen wordt bepaald. Tot slot is het goed om te benadrukken dat het alleen gaat om mensen in loondienst (alle zelfstandigen ontbreken dus).

Bruto inkomen

Inkomensklasse	Aantal werknemers
20.000 of minder	9.784
20.001 t/m 30.000	275.621
30.001 t/m 40.000	444.292
40.001 t/m 50.000	233.336
50.001 t/m 60.000	111.475
60.001 t/m 70.000	35.134
70.001 t/m 80.000	17.024
80.001 t/m 90.000	6.939
90.001 t/m 100.000	4.249
100.001 of meer	14.278
Totaal	1.134.471

Bron: Pensioenfonds Zorg en Welzijn

Werknemers met hetzelfde beroep zullen in verschillende inkomensklassen voorkomen. Het inkomen van bijvoorbeeld een verpleegkundige zal ondermeer afhangen van de functiezwaarte, leeftijd en ervaring, mate waarin onregelmatig wordt gewerkt en de contractomvang.

Vraag 785
Kunt u aangeven hoeveel zorgverleners modaal verdienen? Welke beroepen betreffen dit precies?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 784.

Vraag 786
Kunt u aangeven hoeveel zorgverleners twee keer modaal verdienen? Welke beroepen betreffen dit precies?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 784.

Vraag 787
Kunt u aangeven hoeveel zorgverleners drie keer modaal verdienen? Welke beroepen betreffen dit precies?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 784.

Vraag 788
Kunt u aangeven of de financiering voor zorgopleidingen kostendekkend is? Zo ja, hoeveel gespecialiseerde artsen zijn de afgelopen vijf jaar opgeleid voor de uitvoering van de Wet publieke gezondheidszorg en de Jeugdwet? Staat dit aantal in verhouding met het bedrag dat is besteed?

Antwoord:
Sinds 2019 is de financiering voor opleidingen in de publieke gezondheidszorg kostendekkend. Dit is gedaan in het kader van een pakket aan maatregelen om de instroom in deze opleidingen te bevorderen. Sinds 2015 zijn in deze opleidingen 603 artsen in opleiding gegaan en 596 artsen hebben hun opleiding afgerond. De beschikbare middelen voor de instroom in de opleidingen zijn de afgelopen jaren niet volledig benut. Daarom is met de betrokken veldpartijen een gezamenlijk meerjarig plan van aanpak gestart om de instroom te verhogen.

Vraag 789
Heeft u een besluit genomen over het aantal extra opleidingsplekken voor huisartsen?

Antwoord:
In december 2019 heeft het Capaciteitsorgaan een nieuw integraal Capaciteitsplan met instroomadviezen voor de periode 2021–2024 gepubliceerd. Op basis hiervan zijn voor 2021 meer opleidingsplekken beschikbaar gesteld, namelijk 800.

Vraag 790
Kan u aangeven hoeveel extra opleidingsplekken erbij komen in de huisartsenopleidingen de komende jaren?

Antwoord:
In december 2019 heeft het Capaciteitsorgaan een nieuw integraal Capaciteitsplan met instroomadviezen voor de periode 2021–2024 gepubliceerd. Op basis hiervan zijn voor 2021 meer opleidingsplekken beschikbaar gesteld, namelijk 800. In april 2020 heeft het Capaciteitsorgaan een aangepast advies uitgebracht voor de periode 2021–2024. Ik verwacht u in het najaar mijn standpunt op deze adviezen te kunnen geven en aan te geven hoeveel opleidingsplekken er voor huisartsen beschikbaar worden gesteld.

Vraag 791
Hoe wilt u burgers en zorgverleners informeren over en stimuleren tot daadwerkelijk gebruik van de persoonlijke gezondheidsomgeving (pgo)?

Antwoord:
Om het gebruik van persoonlijke gezondheidsomgevingen te stimuleren en om ondersteuning te bieden bij de keuze voor een PGO, steun ik de PGO-alliantie.
De alliantie is een initiatief van de Patiëntenfederatie Nederland. Alliantiepartners zijn o.a. patiëntenverenigingen, maatschappelijke organisaties, beroepsverenigingen, en (koepels van) zorgaanbieders.
Deze alliantie heeft als doel dat alle Nederlandse burgers, met of zonder zorgvraag, de toegevoegde waarde van een PGO kennen en vertrouwen krijgen in een PGO als hulpmiddel om regie te voeren op hun eigen gezondheid.
Er zal onder andere gewerkt worden aan een keuzewijzer om mensen ondersteuning te bieden bij de keuze voor een PGO, en de meerwaarde van een PGO zal via de verschillende alliantie partners aan hun achterban gecommuniceerd worden.

Daarnaast is een gebruikersregeling ontworpen. Iedere Nederlander die dat wil kan kosteloos een PGO kiezen en gebruiken mits deze voldoet aan de standaarden van het afsprakenstelsel MedMij. De leverancier van de PGO krijgt een vergoeding uit de gebruikersregeling voor elke gebruiker die tenminste één keer actief gegevens heeft opgehaald of gedeeld. Het bedrag is vastgesteld op 7,50 euro per actieve gebruiker.

Vraag 792
Kunt u aangeven waar de gelden voor de Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional (VIPP)-regelingen een plek hebben in deze begroting?

Antwoord:
De middelen voor VIPP-MSZ worden verantwoord onder artikel 2, artikelonderdeel 3. Ondersteuning van het zorgstelsel, onder subsidies voor Medisch-specialistische zorg.
De middelen voor VIPP-GGZ worden verantwoord onder artikel 2, artikelonderdeel 3. Ondersteuning van het zorgstelsel, onder subsidies voor Curatieve GGZ.
De middelen voor VIPP BabyConnect worden verantwoord onder artikel 2, artikelonderdeel 3. Ondersteuning van het zorgstelsel, onder subsidies voor Medisch-specialistische zorg (digitale gegevensuitwisseling geboortezorg).
De middelen voor VIPP OPEN worden verantwoord onder artikel 2, artikelonderdeel 3. Ondersteuning van het zorgstelsel, onder subsidies voor Eerstelijns zorg.
De middelen voor VIPP Farmacie worden verantwoord onder artikel 2, artikelonderdeel 1. Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg, onder subsidies voor Medische producten.
De middelen voor VIPP InZicht worden verantwoord onder artikel 3, artikelonderdeel 2. Zorgdragen voor langdurige zorg tegen maatschappelijk aanvaardbare kosten, onder subsidies voor Kennis, informatie en innovatiebeleid.

Vraag 793
Al dan niet met financiële steun vanuit het Ministerie van VWS zijn er inmiddels 29 MedMij-labels behaald door leveranciers; kunt u aangeven wat de verwachte toename zal zijn van het aantal MedMij-labels voor 2021?

Antwoord:
Er zijn nu 30 persoonlijke gezondheidsomgevingen met een MedMij-label en er zitten er nog 5 in het toetredingsproces voor dit jaar. Voor 2021 worden er hooguit enkele nieuwe PGO's verwacht met het MedMij-label. Er kunnen in 2021 ook PGO's afvallen als de uitwisseling van gezondheidsgegevens eenmaal op gang komt en mensen bepaalde PGO's minder vaak kiezen.

Vraag 794
Hoeveel personen maken gebruik van Valysvervoer, leerlingvervoer en zittend ziekenvervoer?

Antwoord:
Valys:
Er zijn ruim 487.000 Valys-pashouders. Hiervan hebben ruim 10.900 Valys-pashouders een hoog Persoonlijk Kilometerbudget. (Bron: Jaarverslag VWS (XVI)).
Niet alle pashouders zijn actief. Factoren zoals het weer, de gezondheid van de pashouders of hun familieleden kunnen invloed hebben op het gebruik van Valys.

Leerlingenvervoer:
Het leerlingenvervoer valt onder de verantwoordelijkheid van het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. Uit de meest recente monitor leerlingenvervoer Nederland die in juni 2018 is gepubliceerd blijkt dat in het schooljaar 2016/17 70.000 leerlingen gebruik maakten van een

vervoersvoorziening. Het gaat hierbij om leerlingen in het primair, voortgezet onderwijs en (voortgezet) speciaal onderwijs.

Ziekenvervoer:
Het aantal gebruikers van het ziekenvervoer is in de afgelopen jaren stabiel gebleven. Sinds 2015 zijn het er ongeveer 90.000 per jaar (Bron: Zorginstituut NL).

Vraag 795
Hoeveel klachten en bezwaren heeft Valys in 2020 ontvangen en hoe verhoudt dit zich tot voorgaande jaren? Is hierin een trend waarneembaar?

Antwoord:
In 2020 zijn er over het eerste en tweede kwartaal 912 klachten ontvangen waarvan 641 gegrond zijn verklaard. In deze periode hebben 199.717 ritten plaatsgevonden.

De afgelopen jaren (2015, 2016, 2017, 2018 en 2019) zijn er in totaal 30.004 klachten ontvangen. Deze zijn allen afgehandeld. Zie onderstaande tabel voor een overzicht van het aantal klachten, het aantal gegrond verklaarde klachten en het aantal klagers dat in beroep is gegaan.

	Aantal ritten	Aantal klachten	Gegrond verklaard	In beroep
2015	960.683	7.171	4.578	7
2016	965.334	5.018	4.314	4
2017	958.287	5.847	5.153	2
2018	998.429	7.054	6.523	1
2019	1.067.113	4.914	4.139	0

Er is geen duidelijke trend waarneembaar. Veruit het grootste deel van de klachten (zowel gegrond als ongegrond) gaat over de ophaal- of aankomsttijd en over de reistijd. Daarnaast gaat een groot aantal klachten over het combineren van ritten. VWS heeft regelmatig overleg met de aanbieder om de klachten en (het verbeteren van) de kwaliteit van de dienstverlening te bespreken.

Vraag 796
Hoeveel personen maken gebruik van vervoer van en naar dagbesteding in de Wmo 2015 en in de Wlz?

Antwoord:
Gemeenten zijn verantwoordelijk voor een passend aanbod aan voorzieningen van maatschappelijke ondersteuning. Ik beschik niet over een landelijke registratie van het aantal personen dat gebruik maakt van vervoer van en naar dagbesteding in de Wmo. In de Wlz wordt niet apart geregistreerd hoeveel personen gebruik maken van vervoer. Een globale inschatting op basis van productieafspraken van de NZa, is dat rond de 25.000 personen gebruik maken van vervoer van en naar de dagbesteding en behandeling.

Vraag 797
Hoeveel mensen moeten onterecht een eigen bijdrage betalen van vervoer van en naar de dagbesteding?

Antwoord:
De persoon die geïndiceerd is voor vervoer van- en naar dagbesteding moet minimaal vervoer naar één passende locatie aangeboden krijgen.

Hiervoor geldt geen afzonderlijke eigen bijdrage. Indien de persoon bijzondere voorkeuren heeft voor vervoer of een locatie, kan deze daar afspraken over maken.

Vraag 798
Valt begeleiding bij vervoer van- en naar de dagbesteding onder de huidige bekostiging of dienen mensen dit zelf te betalen?

Antwoord:
Het is de taak van de zorgaanbieder om passende dagbesteding en passend vervoer te regelen, zo nodig met begeleiding. Een eigen bijdrage is enkel aan de orde indien een cliënt ondanks het passende aanbod andere wensen heeft en hierover afspraken maakt met de zorgaanbieder.

Vraag 799
Kan nader worden toegelicht hoe buitenlandse samenwerking en gezamenlijke afspraken rondom digitale zorg (onder andere taal en techniek) er concreet uitzien? Welke stappen worden op dit moment (ook door u zelf) in internationaal verband gezet?

Antwoord:
Dat doe ik dicht bij huis, in samenwerking met onze buurlanden België en Duitsland, in Europa en wereldwijd. Zo is in navolging op de politieke verklaring van de BeNeLux en Noordrijn-Westfalen om op het vlak van digitale zorg intensiever te gaan samenwerken eind 2018 in BeNeLux verband de Beschikking afgerond. Deze biedt een juridische grondslag voor veilige en betrouwbare uitwisseling van patiëntgegevens met België en Luxemburg. Met Duitsland ben ik op regionaal als nationaal niveau actief met het concretiseren van de samenwerking. Zo zal ik binnenkort met mijn ambtsgenoot uit de deelstaat Noordrijn-Westfalen Minister Laumann een regeringsverklaring ondertekenen waarin de samenwerking geformaliseerd wordt. Met een aantal ziekenhuizen in de grensregio's Twente-Munsterland, Nijmegen-Kleve en Maastricht-Aachen worden afspraken gemaakt over welke patiëntgegevens op welke wijze uitgewisseld kunnen gaan worden.
Ook met het Federale Bondsministerie voor Gezondheid teken ik binnenkort eenzelfde regeringsverklaring over het digitaal uitwisselen van patiëntgegevens. Zo verkent het Radboud UMC in Nijmegen met een groep huisartsen in de regio Kleve de digitale uitwisseling van patiëntsamenvattingen bij spoedbehandeling voor patiënten met beroertes.

In Europa is mijn inzet om concrete afspraken te maken over eenheid van taal en techniek. Concreet gebeurt dat in Europese overleggen, werkgroepen en samenwerkingsprojecten zoals Joint Actions:
Mijn directeur Informatiebeleid en Chief Information Officer (CIO) is thans interim- co-voorzitter van het eHealth Netwerk. Dat is de vrijwillige samenwerking van EU-lidstaten op het gebied van grensoverschrijdende gegevensuitwisseling en digitale zorg. VWS participeert in de eHealth Netwerk werkgroepen over eenheid van taal en techniek. Nictiz is namens Nederland voorzitter van de technische werkgroep en zeer actief in de werkgroep over eenheid van taal. Concreet betekent dit dat de Nederlandse Zorg Informatie Bouwstenen (ZIBs), die aan de basis staan van de VIPP-aanpakken in Nederland, ook onderdeel worden van de Europese afspraken.
VWS neemt deel aan het X-eHealth project dat als opdracht heeft de EC Aanbeveling over een Europees Uitwisselingsformaat voor Elektronische Medische Gegevens uit te werken. Nictiz heeft een belangrijke rol in het uitwerken van de afspraken over het digitaal uitwisselen van laboratoriumuitslagen en -rapporten, medische beelden en ontslagbrieven conform

de prioritaire zorgprocessen van het programma Gegevensuitwisseling, waarover ik u op 2 oktober jongsleden informeerde[56].
Deelname aan de nieuwe Towards a European Health Data Space Joint Action (TEHDAS JA), waar ik ook een actieve rol in de vormgeving en uitwerking van de Europese strategie en aanpak om tot veilige, betrouwbare en privacy-respecterende toepassingen bij secundair gebruik van zorgdata.

Verder ben ik lid van de Global Digital Health Partnership (GDHP), een informeel samenwerkingsverband van ongeveer 30 nationale digitale zorg autoriteiten. In de GDHP deel ik mijn aanpak op gebied van eenheid van taal en techniek met de andere leden en werk ik aan een Global Master Standards Index: een internationale lijst van welke technische en taalkundige informatiestandaarden waar gebruikt dienen te worden.

Vraag 800
In totaal wordt 7,1 miljoen euro gereserveerd voor het programma «Innovatie en Zorgvernieuwing» voor 2021, waarvan 5,5 miljoen euro voor subsidies; kunt u aangeven of verwacht wordt dat dit bedrag in de komende jaren zal stijgen?

Antwoord:
Voor 2021 is voor het VWS-programma Innovatie en Zorgvernieuwing voor 2021 5,5 miljoen voor subsidie gereserveerd en 7,1 mln voor opdrachten.
Voor 2022 is circa 10 mln en vanaf 2023 is circa 5 mln structureel beschikbaar voor het programma vanuit de middelen van het huidige Regeerakkoord.
Of in het nieuwe Regeerakkoord een extra impuls komt voor het programma is nu nog niet bekend.

Vraag 801
Hoeveel jongeren hebben dit jaar meegedaan aan de maatschappelijke diensttijd?

Antwoord:
Op basis van de stand eind september zijn er in totaal 18.029 jongeren een MDT-traject gestart (waarvan inmiddels ruim 50% afgerond), circa 6.500 jongeren meer dan begin dit jaar.
Het aantal van ruim 18.000 jongeren bestaat uit 15.700 jongeren die vanuit de experimenten in 2018, 2019 en 2020 zijn gestart en 2.300 jongeren die begonnen zijn vanuit de 1e subsidieronde in 2020. In deze ronde (voorjaar 2020) zijn 27 projecten gehonoreerd met een beoogd aantal deelnemende jongeren van 19.000.
Een groot deel van deze MDT-trajecten kan niet in 2020 beginnen, vanwege de beperkingen die zijn opgelegd vanwege de coronacrisis. Eind van dit jaar worden projecten in de 2e subsidieronde van 2020 gehonoreerd. Naar verwachting zullen aan deze projecten circa 20.000 jongeren meedoen.

Omdat MDT continu inspeelt op de behoefte van de jongeren en de samenleving, wordt MDT juist nu ingezet bij actuele thema's waar jongeren, ouderen en kwetsbare mensen in coronatijd mee te maken hebben (sociaal isolement, jeugdwerkloosheid, schulden, gebrek aan stageplekken). Daarom zijn er aanvullende initiatieven ondersteund die buiten de reguliere subsidierondes hebben plaatsgevonden. Zo zijn in het voorjaar 19 extra MDT-projecten (corona-initiatieven) opgezet en uitgevoerd, waaraan circa 1.800 jongeren hebben deelgenomen.

[56] 4e brief gegevensuitwisseling, Kamerstuk 2020Z17837, dd. 2 oktober 2020

Aanvullend zijn tijdens de zomer in het gemeentelijke MDT-project Jeugd Aan Zet in 50 gemeenten activiteiten voor en door jongeren gedaan.

Daarnaast werken we, in lijn met de aanbevelingen van de werkgroep «sociale impact van de coronacrisis», de komende maanden samen met jongeren acties verder uit ter bestrijding en verlichting van belangrijke thema's die jongeren zelf aangeven.

Vraag 802
Hoe groot was de onderbesteding in de maatschappelijke diensttijd in 2020? Wat gaat met het geld van deze onderbesteding gebeuren? Hoeveel procent van de maatschappelijke diensttijd over 2021 is juridisch verplicht?

Antwoord:
De onderbesteding in de maatschappelijke diensttijd (MDT) in 2020 is € 7 miljoen. Deze onderbesteding is opgetreden door een tweetal vertragingen in verband met de coronacrisis:

Het experiment met fondsen kon niet geheel in 2020 plaats vinden. Dit experiment zal in 2021 worden voortgezet.
Ondanks een aantal extra uitgevoerde programma's waarbij MDT is ingezet rondom de (sociale) gevolgen van de coronacrisis, heeft MDT vanwege deze crisis vertraging opgelopen bij de reguliere MDT-projecten. De hiervoor beoogde middelen komen in 2021 beschikbaar voor het fondsen experiment.

De onderbesteding bij MDT is ingezet voor het landelijke programma voor suïcidepreventie.
Over 2021 zijn tot dusver 35% van de MDT middelen juridisch verplicht. In de voortgangsbrief die voor het zomerreces naar de Kamer is gezonden, TK-207471, is toegezegd dat met de in 2021 beschikbare middelen 60.000 MDT-trajecten zullen worden gestart. In de subsidierondes van 2021 worden de (aanvullende) verplichtingen hiervoor aangegaan.

Vraag 803
Krijgen gezinnen en kinderen sinds april 2018 daadwerkelijk op tijd passende hulp? Waaruit blijkt dit?

Antwoord:
Nog niet alle gezinnen kinderen krijgen op tijd passende hulp. Wel geven meer cliënten aan dat ze snel geholpen worden (61% in 2015 naar 64% in 2018) en goed geholpen worden (74% in 2015 en 82% in 2018). Meer informatie hierover is te vinden in de voortgangsrapportage Zorg voor de Jeugd van juni 2020.

Vraag 804
Hoeveel van het geld dat naar de gemeenten gaat voor jeugdzorg gaat op aan aanbestedingsprocedures?

Antwoord:
Momenteel wordt een onderzoek, uitgevoerd door een onafhankelijk onderzoeksbureau, afgerond dat onder andere inzicht moet geven in de uitvoeringslasten van de aanbestedingen in het sociaal domein. Het onderzoek zullen wij binnenkort aan uw Kamer aanbieden.

Vraag 805
Kunt u de uitgaven van de Jeugdzorg en de jeugd-ggz op een rij zetten voor de jaren 2015 tot en met 2020?

Antwoord:
Het budget voor jeugdhulp is onderdeel van de algemene uitkering van het gemeentefonds en valt daarmee onder de beleids- en bestedingsvrijheid van gemeenten. Daardoor is niet precies bekend wat de uitgaven van gemeenten aan de jeugdzorg zijn. Gemeenten hoeven hun uitgaven niet te verantwoorden. Wel dienen zij hun rekeningcijfers in het IV3-systeem in te vullen. De rekeningcijfers bieden inzicht in de uitgaven van gemeenten, maar doordat de indeling van IV3 op onderdelen een combinatie van Wmo 2015 en Jeugdwet betreft, zijn de uitgaven aan jeugdzorg niet goed uit te splitsen. Hieronder volgt een overzicht van de uitgaven aan jeugd, Wmo en gecombineerd Wmo en jeugd.

2015	€ 4.098 mln. (Wmo), € 2.963 miljoen (Jeugd) en € 3.783 mln. (onverdeeld Wmo en Jeugd)
2016	€ 4.121 mln. (Wmo), € 3.126 miljoen (Jeugd) en € 3.577 mln. (onverdeeld Wmo en Jeugd)
2017[1]	€ 5.129 mln. (Wmo), € 3.822 miljoen (Jeugd) en € 2.651 mln. (onverdeeld Wmo en Jeugd)
2018	€ 5.422 mln. (Wmo), € 4.259 miljoen (Jeugd) en € 2.759 mln. (onverdeeld Wmo en Jeugd)
2019[2]	€ 5.722 mln. (Wmo), € 4.546 miljoen (Jeugd) en € 2.781 mln. (onverdeeld Wmo en Jeugd)

[1] Vanaf 2017 zijn deze uitgaven exclusief overhead. Vanaf 2017 worden de overhead uitgaven als één post apart in de IV3 gerapporteerd.
[2] Bron: CBS, op basis van gemeentelijke rekeningcijfers Iv3 (Iv3: Informatie voor derden, het format voor gemeenten op basis van het Besluit begroting en verantwoording provincies en gemeenten). 2019 o.b.v. voorlopige cijfers.

Het jeugdzorgbudget is vanaf het begin af aan een ongedeeld budget geweest. Zowel de budgetten als de uitgaven aan de jeugd-ggz, als onderdeel van de jeugdzorg, is daardoor niet apart inzichtelijk.

Vraag 806
Zijn er wachtlijsten bij jeugdinstellingen en jeugdreclassering? Zo ja, wat is de omvang van deze wachtlijsten?

Antwoord:
Er worden geen wachtlijsten voor jeugdinstellingen en jeugdreclassering bijgehouden op landelijk niveau. Wachttijden en wachtlijsten zijn een vraagstuk dat op regionaal niveau aangepakt dient te worden. De oorzaken van wachttijden verschillen immers per regio en de oplossingen zijn per regio dan ook verschillend. Het is aan gemeenten om wachttijden in beeld te brengen.

Vraag 807
Bij hoeveel gemeenten zijn er tekorten op de jeugdzorgbudgetten en wat is de totale omvang van deze tekorten?

Antwoord:
Zoals in vraag 299 aangegeven is er geen directe link te leggen tussen de middelen die gemeenten uit het gemeentefonds ontvangen en hun uitgaven. Er loopt op dit moment een onderzoek naar mogelijke tekorten en de omvang hiervan. De planning is dat dit onderzoek eind 2020 wordt afgerond.

Vraag 808
Hoeveel rechtszaken hebben jeugdzorgorganisaties aangespannen tegen gemeenten en in welke gemeenten?

Antwoord:
Het is ons niet bekend hoeveel rechtszaken jeugdzorgorganisaties hebben aangespannen tegen gemeenten, en wat hier de reden voor was. We hebben geen totaaloverzicht.
Vanzelfsprekend is ons wel bekend dat er rechtszaken worden aangespannen. De hoogte van tarieven is het onderwerp waarover met enige regelmaat een rechtszaak wordt aangespannen.

Vraag 809
Hoeveel jongeren doen een beroep op de jeugdzorg per jaar, sinds 2012?

Antwoord:
Hieronder het aantal jongeren die een beroep doen op de jeugdzorg (jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering).

	2012[1]	2013[1]	2014[1]	2015	2016	2017	2018	2019[2]
Jongeren (x 1.000) in Jeugdzorg	382	378	331	380	404	420	430	443

[1] De administratie voor 2012–2014 is gebaseerd op een andere registratie. Meer informatie hierover is te vinden in de CBS publicatie «Jeugdzorg voor en na de Jeugdwet».
[2] Cijfers over 2019 betreffen voorlopige aantallen.

Vraag 810
Hoe hoog was het macrobudget voor de jeugdzorg per jaar in de periode 2012–2020 en in de periode 2012–2019?

Antwoord:
Op deze vraag is niet voor alle jaren een precies antwoord te geven. Voor de jaren 2015–2018 (zie tabel) volgen deze bedragen rechtstreeks uit de circulaires waarin het Ministerie van BZK bekend maakt welk budget gemeenten ontvangen. In die jaren werd het jeugdzorgbudget nog via de integratie-uitkering sociaal domein uitgekeerd, en was daarmee apart zichtbaar. Vanaf 2019 is het jeugdzorgbudget overgeheveld naar de algemene uitkering, en daarmee niet meer apart zichtbaar.
De bedragen die in onderstaande tabel voor de jaren 2019 en 2020 staan weergegeven is het budget dat in 2019 is overgeheveld naar de algemene uitkering, waarbij de incidentele extra middelen jeugdhulp van de voorjaarsnota 2019 zijn toegevoegd. In deze bedragen mist de ontwikkeling van het accres.

In het jaar 2012–2014 was er geen integraal jeugdzorgbudget. Dit is dan ook niet bekend. Het bedrag dat in 2014 is weergegeven in onderstaande tabel is gebaseerd op de vaststelling van het bij de decentralisatie over te hevelen budget, wat gebaseerd is op kosten.

Ontwikkeling Jeugdzorgbudget (in mln. €)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Jeugdzorgbudget totaal	3.740	3.757	3.650	3.578	3.715	4.274	4.177
Opgesplitst							
Budget		3.757	3.650	3.578	3.715	3.874[1]	3.877[1]
Extra middelen tbv gemeentefonds (cf VJN)						420	300

[1] Vanaf 2019 maakt het grootste deel van de middelen voor jeugdzorg onderdeel uit van de algemene uitkering. Op bovenstaande bedragen heeft nog geen accrestoerekening plaatsgevonden. De extra beschikbaar gestelde middelen voor 2019 tot en met 2021 zullen ook meelopen in de grondslag van het gemeentefonds, waarover de accressen berekend worden. Daardoor zullen deze extra middelen een structureel accreseffect hebben.

Vraag 811
Is er na 2021 extra budget nodig voor de jeugdhulp, aangezien het in 2021 aan het nieuwe kabinet is om samen met gemeenten conclusies te trekken over het structureel benodigde budget (2022 en volgende jaren)?

Antwoord:
Het onderzoek naar de noodzaak van structurele middelen voor de jeugdhulp bij een doelmatige en doeltreffende uitvoering van de Jeugdwet is momenteel in uitvoering. Het onderzoek brengt ook maatregelen in beeld om kosten te besparen. De planning is dat dit onderzoek eind 2020 wordt afgerond. De resultaten van het onderzoek dienen als inbreng van de komende kabinetsformatie. De uitkomsten van het onderzoek zijn zwaarwegend. Dit in het licht van de jeugdhulpplicht van gemeenten en de noodzaak van sluitende begrotingen. De uitkomsten van het onderzoek worden bestuurlijk gewogen in het licht van de door betrokken partijen verrichte inspanningen en afgesproken bestuurlijke maatregelen.

Er is momenteel dan ook nog niet te zeggen of en in welke mate er structureel extra budget nodig is voor de jeugdhulp.

Vraag 812
Hoeveel kinderen zijn er in 2020 afgezonderd in een specifieke separatieruimte? Bent u nog steeds van mening dat u dit in 2021 niet wilt toestaan?

Antwoord:
Op dit moment bestaat er voor de gesloten jeugdhulp geen wettelijke verplichting tot registratie. Wel zijn alle instellingen voor gesloten jeugdhulp in 2019 gestart met het project «Ik laat je niet alleen» gericht op het verminderen van het aantal gedwongen afzonderingen. (https://www.jeugdzorgnederland.nl/jeugdhulp/project-ik-laat-je-niet-alleen/) De instellingen registeren in dat project het aantal gedwongen afzonderingen. Gedurende de periode november 2019 tot en met maart 2020 vonden bij de instellingen bijna 400 gedwongen afzonderingen plaats in een sobere of separeerruimte. In het programma Zorg voor de jeugd is aangekondigd dat in het wetsvoorstel gesloten jeugdinstellingen geregeld gaat worden dat dat niet meer is toegestaan. De consultatiefase van het wetsvoorstel is onlangs afgesloten. Naar verwachting wordt het wetsvoorstel voor het zomerreces 2021 ingediend.

Vraag 813
Hoeveel van de 28 Veilig-Thuis regio's kampen nog met wachtlijsten?

Antwoord:
Alle 26 Veilig Thuisorganisaties zijn gebonden aan wettelijke termijnen: 5 werkdagen voor de eerste veiligheidsbeoordeling en 10 weken voor een vervolgonderzoek (indien daartoe wordt overgaan).
Veilig Thuis toetst bij iedere melding direct of sprake is van een acuut onveilige situatie. In dat geval pakt Veilig Thuis de zaak direct op. Bij acuut gevaar of onveiligheid wordt derhalve altijd gehandeld.

Bij meldingen waar geen sprake is van een acuut onveilige situatie en die niet binnen de wettelijke termijnen kunnen worden opgepakt organiseert Veilig Thuis het zicht op veiligheid gedurende de periode dat de eerste veiligheidsbeoordeling en eventueel vervolgonderzoek nog niet kan starten. Zodra er iets is veranderd in de gemelde situatie waardoor de veiligheid van betrokkenen acuut in het geding komt, pakt Veilig Thuis de melding alsnog onmiddellijk op
De behandeltermijnen kunnen, onder invloed van diverse factoren, sterk fluctueren. Denk aan knelpunten op de arbeidsmarkt, ziekteverzuim, knelpunten bij ketenpartners in het sociaal- of veiligheidsdomein, toename in meldingen, etc. Een actueel landelijk beeld is niet beschikbaar en geeft geen wezenlijk inzicht in de regionale situatie. Er zijn wel signalen dat in sommige gevallen de genoemde wettelijke termijnen nog niet altijd

worden gehaald. Om duiding te kunnen geven, is het van belang om de specifieke regionale context waarin een Veilig Thuis werkt te kennen.

Vraag 814
Is de 300 miljoen euro extra die gemeenten ontvangen voor jeugdzorg voor 2021 genoeg om alle problemen en veranderingen in de jeugdzorg aan te pakken? Zo ja, waar baseert u deze berekening op?

Antwoord:
De redenatie achter de € 300 miljoen is als volgt (zie Kamerstuk 31 839; nr. 657):
«In 2019 komt het kabinet gemeenten tegemoet voor de volumegroei van 12,1%[57] uit het verdiepend onderzoek jeugd, hierbij rekening houdend met al eerder toegekende volumegroei[58]. Dit leidt tot extra budget van € 400 miljoen. In 2020 en 2021 stelt het kabinet jaarlijks € 300 miljoen beschikbaar. Het gaat hier om een lager bedrag vanuit de noodzaak dat investeringen en sturing van gemeenten effect sorteren. Tegelijkertijd ontvangen gemeenten nog steeds een tegemoetkoming voor een groot deel van de volumegroei die is geconstateerd.»

Tegelijkertijd is bij dat onderzoek ook geconstateerd dat de vraag of de geconstateerde groeiende vraag naar jeugdzorg een boeggolf is of, en zo ja in welke mate, een structureel karakter heeft, nog niet te beantwoorden is.

Ondertussen vindt het onderzoek naar de noodzaak van structurele middelen jeugdhulp plaats. Dit moet antwoord geven op de vraag of en zo ja, in welke mate structureel meer budget voor de jeugdhulp noodzakelijk is bij een doelmatige en doeltreffende uitvoering van de Jeugdwet.

Vraag 815
Is met gemeenten overlegd of 300 miljoen euro extra voor de jeugdzorg genoeg is om de kosten bij de gemeenten te dekken?

Antwoord:
In mei 2019 is in een bestuurlijk overleg met de VNG gesproken over het pakket aan afspraken waaruit ook de € 300 miljoen in 2021 voortkomt. Dit betrof tijdelijk extra financiële middelen, een onderzoek naar de noodzaak van structureel extra middelen, maar ook bestuurlijke afspraken over een beter, effectiever en efficiënter, functionerend jeugdhulpstelsel. Gezamenlijke conclusie was dat gemeenten zelf ook een efficiëntieslag konden maken, en daarmee kosten kunnen besparen.

Vraag 816
Komt er bij de voorgenomen wijziging van de Jeugdwet ook extra geld bij om deze wijzigingen mogelijk te maken? Heeft u in beeld hoeveel deze wijzigingen gaan kosten?

Antwoord:
We hebben bij de uitvoeringtoetsen van de jeugdwet naar invoeringskosten en structurele uitvoeringslasten gevraagd. De verwachting is dat de voorgenomen maatregelen ten behoeve van een betere ordering en werking van het jeugdstelsel niet leiden tot structurele meerkosten van de jeugdzorg.

---

[57] Het genoemde percentage van 12,1% moet met de nodige voorzichtigheid worden geduid. Doordat er enkele beperkingen gelden ten aanzien van de cijfers over 2015 is het onmogelijk om exact vast te stellen met welk percentage het volume vanaf 2015 is gestegen.

[58] In de jaren 2015, 2016 en 2017 is in totaal € 49,4 miljoen aan volumegroei toegevoegd aan het jeugdzorgbudget.

Momenteel vindt er een breed onderzoek plaats naar hoeveel middelen er structureel nodig zijn voor jeugd bij een doelmatige en doeltreffende uitvoering van de Jeugdwet. De resultaten van dit onderzoek worden eind van dit jaar verwacht. De uitkomsten van dit onderzoek dienen als inbreng voor de komende kabinetsformatie.

Vraag 817
Is er inzicht waar het extra geld naar jeugdzorg voor 2019 en 2020 naar toe is gegaan? Kunt u dat specifiëren?

Antwoord:
De extra middelen voor de jeugdzorg die gemeenten in 2019 en 2020 hebben ontvangen zijn toegevoegd aan de algemene uitkering. Gemeenten hebben beleids- en bestedingsvrijheid voor de middelen die in de algemene uitkering zitten.

Vraag 818
Hoeveel kost het om de bezuinigingen die gepaard gingen met het ingaan van de Jeugdwet in 2015 terug te draaien? Is de 1.020 miljoen euro extra voor de periode 2019–2021 daarvoor genoeg geweest?

Antwoord:
Gelijktijdig met de invoering van de Jeugdwet heeft een taakstelling plaatsgevonden op het jeugdhulpbudget, vanuit de gedachte van Rijk en gemeenten dat door te decentraliseren de jeugdzorg effectiever ingericht kon worden en daarmee kostenefficiënter zou zijn. Deze taakstelling liep in 2017 op tot (structureel) € 450 miljoen.
Het terugdraaien van de korting kost daarmee structureel € 450 miljoen.

De tijdelijke extra financiële middelen die in 2019, 2020 en 2021 (respectievelijk € 420 miljoen, € 300 miljoen en € 300 miljoen) aan gemeenten ter beschikking worden gesteld zijn lager dan de taakstelling.

Vraag 819
Hoeveel kost het om de wachtlijsten in de jeugdzorg terug te dringen? Is er een inschatting hoe lang die wachtlijsten zijn?

Antwoord:
Er worden geen wachtlijsten voor jeugdinstellingen en jeugdreclassering bijgehouden op landelijk niveau. Wachttijden en wachtlijsten zijn een vraagstuk dat op regionaal niveau aangepakt dient te worden. De oorzaken van wachttijden verschillen immers per regio en de oplossingen zijn per regio dan ook verschillend. Het is aan gemeenten om wachttijden in beeld te brengen.

Vraag 820
In hoeverre is de 300 miljoen euro extra voor de jeugdzorg voor 2022 een vast en zeker bedrag, wetende dat er dan een ander kabinet zit?

Antwoord:
Met Prinsjesdag heeft het kabinet € 300 miljoen aan tijdelijk extra middelen voor de jeugdzorg beschikbaar gesteld aan gemeenten. Dit betreft het jaar 2022. Hiermee biedt het kabinet gemeenten vroegtijdig inzicht in het budget voor 2022, wat onrust voorkomt.
Dit is een zeker bedrag, in die zin dat de € 300 miljoen toegevoegd is aan het gemeentefonds. Er zit geen voorbehoud op voor wat betreft besluitvorming.

Het staat een nieuw kabinet vanzelfsprekend vrij om zijn eigen keuzes te maken.

Vraag 821
Hoe kan geweld eerder en beter in beeld komen, en het stoppen en terugdringen van dit geweld en de schade ervan beperkt worden, zodat de cirkel van geweld en de overdracht hier van generatie op generatie wordt doorbroken?

Antwoord:
Het doorbreken van de cirkel van geweld vraagt dat het geweld eerder en beter in beeld is om tijdig bij te sturen. Dit is één van de doelstellingen van het programma Geweld Hoort Nergens Thuis (GHNT). Het programma GHNT zet om dit doel te behalen in op goed gebruik van de verbeterde meldcode. Door de verbeterde meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling voor professionals komen namelijk steeds meer gezinnen en huishoudens in beeld waar vermoedens zijn van huiselijk geweld zijn. Ook zet het programma GHNT in op het eerder en breder bespreekbaar maken van huiselijk geweld en kindermishandeling zodat betrokkenen eerder hulp durven te vragen bij spanningen in gezinnen. Dit gebeurt onder andere in het project «WIJ...doorbreken de cirkel van geweld», een reizende binnen- en buitenexpositie die vanaf november 2020 voor alle regio's beschikbaar is en direct door een aantal regio's en gemeenten wordt ingezet.

Het terugdringen van huiselijk geweld en kindermishandeling vraagt ook dat in de hulpverlening zowel aandacht is voor het daadwerkelijk stoppen van het geweld als voor het oplossen van achterliggende oorzaken, zoals hechtingsproblemen, traumaklachten en opvoedstress. Vanuit het programma GHNT worden instrumenten ontwikkeld voor professionals die hen hierbij kunnen helpen en in de regio's geïmplementeerd worden. Voorbeelden hiervan zijn het kwaliteitskader Veiligheid voor lokale teams en gemeenten en de visie gefaseerde ketenzorg. Voor gezinnen waar het geweld al lang voortduurt is het belangrijk intensieve en langdurige hulp te bieden en is goede samenwerking tussen zorg en de strafrechtketen noodzakelijk. Het programma GHNT heeft hiervoor een standaard voor de zogenaamde MDA++ aanpak ontwikkeld die in steeds meer regio's wordt geïmplementeerd.

Vraag 822
Hoe worden «kinderen in kwetsbare opvoedsituaties» gedefinieerd?

Antwoord:
Kinderen in kwetsbare opvoedsituaties zijn kinderen die opgroeien in een gezinssituatie waarin (vaak) sprake is van een opeenstapeling van risicofactoren en beperkingen zoals ernstige psychiatrische problematiek, verstandelijke beperking, verslaving, dakloosheid, schulden, loverboyproblematiek, illegaliteit, etc. Daarbij is er in het gezin gebrek aan zelfredzaamheid en zelfherstellend vermogen en zijn de in het gezin aanwezige beschermende factoren in relatie tot de zelfredzaamheid van het gezin ontoereikend. Daarnaast schiet hulp van de zorg en omgeving voor deze gezinnen vaak tekort of sluit onvoldoende aan, ondanks dat de (potentiële) ouders vanwege complexe problematiek vrijwel altijd al in beeld zijn bij diverse organisaties/hulpverleners. Nederlands onderzoek laat zien dat het risico op kindermishandeling twee tot drie keer groter is voor kinderen van ouders met psychiatrische problemen en verslavingsproblemen dan het geval is bij andere kinderen[59].

[59] Verdurmen, J. Have, M. ten, Graaf, R. de, Dorsselaer, S. van, Land H. van 't, &Volleberg, W (2007) Psychische gevolgen van kindermishandeling op volwassen leeftijd. Resultaten van de «Netherlands Mental Health Survey and Incidence study» Nemesis, Utrecht, Nederland: Trimbos Instituut

Vraag 823
Hoeveel wordt in 2021 geïnvesteerd in het verbeteren en borgen van het gebruik van de meldcode en de kindcheck door professionals?

Antwoord:
Voor het verbeteren en borgen van het gebruik van de verbeterde meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en de kindcheck is voor 2021 1,9 miljoen euro beschikbaar gesteld.

Vraag 824
Hebben kinderen en gezinnen sinds april 2018 daadwerkelijk een betere toegang tot jeugdhulp? Waaruit blijkt dit?

Antwoord:
Gemeenten en lokale teams zijn aan de slag met het borgen van de basisfuncties voor lokale teams vanuit de leefwereld van kinderen en gezinnen uit het KPMG-onderzoek «basisfuncties voor lokale teams in kaart».

Om regio's en gemeenten te ondersteunen bij het in de praktijk brengen en borgen van de basisfuncties vanuit de leefwereld van kinderen en gezinnen, biedt het OZJ samen met kennisinstituten en de associatie wijkteams regionale bijeenkomsten, train de trainer sessies en lokale ondersteuning aan. Ook wordt het collectief leren van lokale teams gefaciliteerd. Diverse regio's, waaronder Ijsselland, Groningen, Holland Rijnland, Rijk van Nijmegen en Noord-Brabant zijn hiermee aan de slag. De basisfuncties maken daarnaast onderdeel uit van de uitwerking van de regiovisie van de Gezamenlijke Norm voor Opdrachtgeverschap (NvO) van de VNG, waarmee gemeenten met hulp van het OZJ aan de slag zijn gaan. Verder ontvangen gemeenten specifiek via het Programma Geweld hoort nergens thuis (GHNT) ondersteuning met instrumenten die op basis van het Kwaliteitskader Werken aan Veiligheid voor lokale (wijk)teams en gemeenten zijn gemaakt.

Het bovenstaande moet bijdragen aan een betere toegang tot de jeugdhulp. Cliënten geven aan dat ze iets sneller geholpen worden (61% in 2015 naar 64% in 2018) en iets beter geholpen worden (74% in 2015 en 82% in 2018). Meer informatie hierover is te vinden in de voortgangsrapportage Zorg voor de Jeugd van juni 2020.

Vraag 825
Groeien meer kinderen daadwerkelijk zo lang mogelijk thuis op sinds april 2018? Waaruit blijkt dit?

Antwoord:
Het antwoord hierop is ja. Weliswaar is het aantal jongeren dat jeugdhulp met verblijf ontvangt na een flinke daling in 2018 (van 46.185 naar 42.770) weer licht gestegen in 2019 (+0,5%). Deze stijging is voor een groot deel te verklaren door de groep jongeren die na hun 18de verjaardag een vorm van verlengde jeugdhulp, zoals verlengde pleegzorg heeft ontvangen (+35%). Bij de groep kinderen 0–18 jaar is het jeugdhulp met verblijf licht afgenomen (-0,9%). Deze afname van jeugdhulp met verblijf (0–18 jaar) zien we terug in de dalende trend in uithuisplaatsingen bij ondertoezichtstelling (OTS), van 29% in 2018 naar 27% in 2019.

Vraag 826
Hoeveel van de structureel 26 miljoen euro extra voor gespecialiseerde regionale expertisecentra gaat naar coördinatiekosten? Hoeveel gaat naar concrete zorg en hulp voor jongeren?

Antwoord:
Het is niet op voorhand te zeggen hoeveel de van de in 2021 beschikbare 26 miljoen naar coördinatiekosten en naar concrete zorg en hulp voor jongeren gaat.
Het uitgangspunt en de afspraken die met gemeenten zijn gemaakt is dat de middelen zoveel mogelijk naar het beschikbaar houden van zorg en het toevoegen van expertise en kennis gaan om passende zorg en ondersteuning aan jongeren met meervoudige en complexe problematiek te bieden.

Vraag 827
Gaat de structureel 26 miljoen euro voor gespecialiseerde regionale expertisecentra ook voor plekken zorgen of vooral voor expertise? Hoe ziet u de verhouding tussen plekken en expertise?

Antwoord:
Het is niet op voorhand bekend wat de verhouding is tussen de plekken en expertise van de in 2021 beschikbare € 26 miljoen.

Uitgangspunt van de expertisecentra is dat jongeren met complexe en meervoudige problematiek op tijd, de juiste hulp, op de juiste plek ontvangen. Vanuit het expertisecentrum kan zorg en hulp worden geboden door middel van:
Het tijdelijk invliegen van professionals om te ondersteunen en ambulante hulp te bieden.
Het beschikbaar hebben van plekken, zodat deze jongeren niet hoeven te wachten op de juiste plek.
Het bijdragen aan de ontwikkeling van een vervolgvoorziening.
De expertisecentra krijgen de taak om de vraag van en het aanbod voor jongeren met complexe en meervoudige problematiek in de jeugdregio's in het werkingsgebied van het centrum inzichtelijk te maken. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het organiseren van de ondersteuning en passende zorg aan jongeren. Expertisecentra kunnen ondersteunen bij het zorgen voor een passend aanbod voor een jongere met complexe problematiek in de regio.

Vraag 828
Wordt de subsidie die verstrekt is aan Jeugdzorg Nederland met het oog op Actielijn 2 «Meer kinderen zo thuis mogelijk laten opgroeien», ook ingezet bij de training van jeugdhulpverleners en -beschermers om daar waar mogelijk uithuisplaatsingen te voorkomen, bijvoorbeeld door zorg in te zetten voor een ouder en/of verzorger?

Antwoord:
De subsidie voor de uitvoering van actielijn 2, «Meer kinderen zo thuis mogelijk laten opgroeien», maakt diverse projecten en initiatieven mogelijk van de Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd (BGZJ) en StroomOP (de beweging van professionals die uitvoering geeft aan de transformatie van de gesloten jeugdhulp). Deze projecten en initiatieven zetten sterk in op gezinsgericht werken en de rol van professionals hierin. Op die manier worden kinderen zo thuis mogelijk geholpen samen met hun directe omgeving, ouders en gezin, en uithuisplaatsingen waar mogelijk voorkomen. Ook initiatieven van andere actielijnen, zoals wijkgericht werken, moeten hieraan bijdragen.

Vraag 829
Worden kwetsbare jongeren daadwerkelijk beter op weg geholpen zelfstandig te worden? Waaruit blijkt dit?

Antwoord:
Vanuit het Programma Zorg voor de Jeugd is er specifieke aandacht voor deze doelgroep en ook vanuit het Programma Dak- en thuisloze jongeren lopen er in 14 gemeenten pilots om ervoor te zorgen dat deze jongeren beter worden geholpen. Dit heeft ondermeer geleid tot nieuwe werkwijze in de gemeenten Hengelo, Lekstroom, Dordrecht, Leiden, Gouda en Tilburg waardoor de integrale ondersteuning aan jongeren is verbeterd. De VNG ondersteunt met geld van VWS meerdere initiatieven om dergelijke manieren van werken te bevorderen. Ook Nji en Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd zijn regionaal bezig met het organiseren van een integrale, toekomstgerichte manier van werken. Een volledig overzicht van al deze activiteiten wordt half jaarlijks naar uw Kamer gestuurd en is ook te vinden op www.16-27.nl

Vraag 830
Hoeveel zou het kosten om de leeftijdsgrens in de Jeugdwet te verhogen van 18 naar 21 jaar, net als nu geregeld wordt voor pleegzorg en gezinshuizen?

Antwoord:
Een deel van de jongeren uit jeugdhulp ontvangt ook na hun 18e verjaardag nog zorg vanuit de Jeugdwet. Dit wordt verlengde jeugdhulp genoemd. Verlengde jeugdhulp kan tot het 23ste jaar worden ingezet. In 2019 gaven gemeenten zo'n € 300 miljoen uit aan verlengde jeugdhulp. Deze uitgaven zullen de komende periode stijgen als gevolg van de afspraak dat pleegzorg en gezinshuiszorg in principe standaard verlengd wordt tot 21 jaar. Voor het verlengen van de leeftijd in gezinshuizen en pleegzorg krijgen gemeenten extra budget.
Daarnaast ontvangt een belangrijk deel van de jongeren na hun achttiende zorg vanuit een van de andere wettelijke kaders: Wlz, Zvw en/of Wmo, die in geval van een verhoging van de leeftijdsgrens dan onder de Jeugdwet zou komen. Een integraal overzicht van hoeveel jongeren na hun 18e welke zorg (ambulant of verblijf) in welk domein ontvangen en welke kosten daaraan voor hoe lang (1, 2 of 3 jaar) verbonden zijn, is er niet. Daarmee is ook geen uitspraak te doen hoeveel het kost om de leeftijdsgrens in de Jeugdwet integraal op te hogen.

Vraag 831
Hoeveel zou het kosten om de leeftijdsgrens in de Jeugdwet te verhogen van 18 naar 21 jaar voor alle jeugdhulp om kwetsbare jongeren beter op weg te helpen zelfstandig te worden?

Antwoord:
Een deel van de jongeren uit jeugdhulp ontvangt na hun 18e verlengde jeugdhulp. Verlengde jeugdhulp kan tot het 23ste jaar worden ingezet. In 2019 gaven gemeenten zo'n € 300 miljoen uit aan verlengde jeugdhulp. Deze uitgaven zullen de komende periode stijgen als gevolg van de afspraak dat pleegzorg en gezinshuiszorg in principe standaard verlengd wordt tot 21 jaar. Voor het verlengen van de leeftijd in gezinshuizen en pleegzorg krijgen gemeenten extra budget. Daarnaast ontvang een deel van de jongeren na hun achttiende zorg vanuit een van de andere wettelijke kaders: Wlz, Zvw en/of Wmo die in geval van een verhoging van de leeftijdsgrens dan onder de Jeugdwet zou komen. Een integraal overzicht van hoeveel jongeren na hun 18e welke zorg (ambulant of verblijf) in welk domein ontvangen en welke kosten daaraan voor hoe lang (1, 2 of 3 jaar) verbonden zijn, is er niet.

Vraag 832
Hoeveel kost de verhoging van de leeftijdsgrens van 18 naar 21 jaar voor de pleegzorg die nu wordt voorbereid?

Antwoord:
Om pleegzorg tot 21 jaar mogelijk te maken heeft het Rijk eerder financiële middelen toegevoegd aan het gemeentefonds: € 5mln in 2018; € 10mln in 2019 en vanaf 2020 structureel € 13,7mln.

Vraag 833
Hoeveel kost de verhoging van de leeftijdsgrens van 18 naar 21 jaar voor gezinshuizen dat nu door een bestuurlijke regeling geregeld is?

Antwoord:
De kosten voor het verhogen van de leeftijdsgrens tot 21 jaar voor jongeren in de gezinshuizen is als volgt begroot:
2,2 mln euro in 2019, 6,1 mln euro in 2020, 7,8 mln euro in 2021, 9,5 mln in 2022, 11,4 mln structureel vanaf 2023.

Het Rijk heeft deze financiële middelen toegevoegd aan het sub-cluster Jeugdhulp van de algemene uitkering aan gemeenten.

Vraag 834
Hoeveel investeert u in het behouden van personeel in de jeugdzorg en het werven van nieuw personeel voor de jeugdzorg in 2021?

Antwoord:
De inzet sec op behoud en het werven van nieuw personeel in de jeugdzorg is niet te isoleren uit het totaalbedrag dat door het kabinet wordt geïnvesteerd ten behoeve van «Werken in de Zorg». Om goede arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden en een marktconforme loonontwikkeling te kunnen bieden wordt jaarlijks de overheidsbijdrage in de arbeidskosten ter beschikking gesteld. Voor 2021 is dit circa 1 miljard euro voor de hele sector. Het is vervolgens aan sociale partners om deze te vertalen in CAO's. Daarnaast investeert het kabinet in het werven en behoud van personeel, ook in de jeugdzorg, via het Actieprogramma «Werken in de zorg». Hiervoor zet ik gedurende deze kabinetsperiode 420 miljoen euro in voor training en scholing, ter beschikking voor werkgevers via subsidie aan Sectorplanplus. Het actieprogramma «Werken in de Zorg» loopt na 2021 af. Het kabinet hecht echter grote waarde aan voortzetting van het Actieprogramma. Komend jaar stelt het kabinet hiervoor € 20 miljoen extra beschikbaar, in 2022 is dit € 80 miljoen en vanaf 2023 gaat het om structureel € 130 mln per jaar. Aanvullend op het Actieprogramma Werken in de Zorg, werken Jeugdzorg Nederland, FNV en CNV, met ondersteuning van VWS en JenV, aan projecten uit de Arbeidsmarktagenda jeugdhulp. Arbeidsmarktfonds «Fonds Collectieve Belangen» (FCB) ontvangt hiervoor een subsidie van € 2,4 miljoen voor ruim 3 jaar. VWS stelt verder voor drie jaar in totaal € 1,3 miljoen beschikbaar voor Erkenning van eerder Verworven Competenties (EVC) via de subsidieregeling EVC Jeugd- en gezinsprofessional.

Vraag 835
Hoeveel is in de afgelopen drie jaar geïnvesteerd in het behouden van personeel in de jeugdzorg en het werven van nieuw personeel voor de jeugdzorg?

Antwoord:
Behoud van personeel en het werven van nieuw personeel in de jeugdzorg is afhankelijk van een veelheid van actoren en factoren, die veelal met elkaar samenhangen. Op veel van deze factoren zet het Actieprogramma «Werken in de zorg» in. Hiervoor zet ik in de periode 2018 tot eind 2020 € 420 miljoen in. Het is echter niet mogelijk om uit de inzet van het Actieprogramma de inzet sec op behoud en het werven van

nieuw personeel te isoleren. Zo is een van de doelen van de inzet op extra instroom van personeel het verlagen van de werkdruk. Daarmee wordt de werktevredenheid van zorgmedewerkers verhoogd en zal uitstroom voorkomen worden. Ook de aanpak van de regeldruk helpt bij het vergroten van werkplezier en draagt dus bij aan het verlagen van de uitstroom.
Aanvullend op het Actieprogramma Werken in de Zorg, werken Jeugdzorg Nederland, FNV en CNV, met ondersteuning van VWS en JenV, aan projecten uit de Arbeidsmarktagenda jeugdhulp. Arbeidsmarktfonds «Fonds Collectieve Belangen» (FCB) ontvangt hiervoor een subsidie van € 2,4 miljoen voor ruim 3 jaar. VWS stelt verder voor drie jaar in totaal € 1,3 miljoen beschikbaar voor Erkenning van eerder Verworven Competenties (EVC) via de subsidieregeling EVC Jeugd- en gezinsprofessional.

Vraag 836
Hoe zal de continuïteit van jeugdhulp, kinderbescherming of jeugdreclassering gewaarborgd worden door middel van het Early Warning System Jeugd? Hoeveel is hiervoor beschikbaar?

Antwoord:
De Jeugdautoriteit – die per 1 januari 2019 is opgericht – streeft ernaar om continuïteitsproblematiek in jeugdhulp, kinderbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering in een vroeg stadium in kaart te brengen. Daartoe monitort zij ontwikkelingen in het veld en signaleert zij risico's en eventuele problemen die worden waargenomen, zowel op het stelselniveau als bij een individuele aanbieder. De Jeugdautoriteit verricht daarbij meerdere activiteiten, zoals het opzetten van een Early Warning System (EWS)[60], stelselonderzoek en incidentele (thema)onderzoeken waaronder de corona quickscan[61].

Het EWS is een systeem voor het systematisch verzamelen, structureren en analyseren van data op het gebied van brede bedrijfsvoering, inkoop en contractmanagement, budgetten en actualiteiten. Slimme analyse van deze geautomatiseerde data ondersteunt de Jeugdautoriteit bij het inschatten van risico's op discontinuïteit van jeugdhulp, kinderbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering. Het vroegtijdig signaleren en agenderen van risico's en problemen helpt partijen in het jeugdzorgstelsel deze tijdig op te pakken en op te lossen. De Jeugdautoriteit monitort of dit voldoende gebeurt en zal indien noodzakelijk ook zelf acteren, bijvoorbeeld door ons te adviseren een bestuurlijke maatregel in te zetten of tijdelijke liquiditeitssteun te verstrekken.

Voor het monitoren en signaleren heeft de Jeugdautoriteit een bedrag van € 280.000 ter beschikking, exclusief inzet van personeel.

Vraag 837
Welk landelijk beleid is er om buitenspelen te stimuleren en welk budget is daar voor?

Antwoord:
Voor beleid rondom buitenspelen wordt er ingezet op enerzijds meer kennis en onderzoek naar welke factoren het buitenspelen onder kinderen bevorderen en wat daarvoor nodig is. Zo is de Kennisagenda Buitenspelen ontwikkeld samen met het Mulier Instituut en het Kenniscentrum sport en bewegen. Dit najaar en in 2021 vinden onder andere de volgende werkzaamheden plaats als onderdeel van de kennisagenda, namelijk een

[60] TK 2019–2021 31 839, nr. 703
[61] TK 2020–2021 25 295, nr. 543

review onderzoek naar beleidsprogramma's en interventies voor buitenspelen, zowel in Nederland als in het buitenland om geconstateerde werkzame programma-elementen ter bevordering van (vormen van) buitenspelen te identificeren. In aansluiting op het Buitenspeelakkoord zal daarbij aandacht zijn voor inclusiviteit. Ook staat de ontwikkeling van een toolbox voor de monitoring en evaluatie van (lokaal) buitenspeelbeleid op de agenda.

Anderzijds stimuleert VWS het netwerk aan spelers rondom buitenspelen en de verbinding richting gemeenten via de lokale sportakkoorden. Naast een kennisagenda hebben partijen uit het veld onlangs met elkaar de Alliantie «De Buitenspelers» gevormd. Vanaf juli is van start gegaan met deelnemers als Jantje Beton, Cruijff Foundation en de Krajicek Foundation en zij zijn momenteel in gesprek over de nadere doelstellingen voor de komende periode. Er is een budget vanuit Ministerie VWS beschikbaar van € 200.000,– voor 2020 en een budget van € 225.000,– voor 2021.

Vraag 838
Welk landelijk budget is er om zwemveiligheid te bevorderen? Waar is dat budget voor bestemd?

Antwoord:
Vanuit VWS is voor de periode 2021–2024 jaarlijks € 100.000,– beschikbaar om de zwemveiligheid te bevorderen. Dit bedrag is gereserveerd voor de uitvoering van het Nationaal Plan Zwemveiligheid 2020–2024. Het plan is er op gericht dat:
inwoners zwemvaardiger worden;
zwemomgevingen in Nederland veiliger worden;
inwoners zich bewuster zijn van risico's op verdrinking.

Vraag 839
Hoe staat het met de uitvoering van de motie van de leden Van Nispen en Rudmer Heerema over voldoende middelen om de taken van reddingsbrigades te bevorderen?

Antwoord:
Samen met de collega's van IenW is VWS in gesprek met Reddingsbrigade Nederland om te bezien welke middelen vereist zijn om de reddingsbrigades te ondersteunen zodat de veiligheid niet in gevaar komt. De Reddingsbrigade verwacht eind oktober 2020 de financiële situatie in kaart te hebben gebracht.

Vraag 840
Hoe staat het met de uitvoering van de motie van de leden Van Nispen en Diertens over de effecten van extra investeringen in sport en bewegen in verband met afname van zorgkosten?

Antwoord:
Op 15 september 2020 is de Aanbiedingsbrief Factsheet Lichamelijke activiteit en Zorgkosten van het RIVM verzonden (TK 32 793, nr. 494). De uitkomsten van dit onderzoek op basis van huidige bestaande kennis wijzen op een mogelijke positieve relatie tussen sport en/of bewegen en zorgkosten. Maar ook dat onder andere de zorgkosten in gewonnen levensjaren niet of nauwelijks worden meegenomen bij bestaande kennis op dit terrein. In de aanbiedingsbrief is om die reden aangegeven dat de motie verder ter hand wordt genomen in een verdiepend vervolgonderzoek. De oplevering van dit onderzoek wordt verwacht in het najaar van 2021.

Vraag 841
Hoe staat het met de uitvoering van de motie van de leden Van Nispen c.s. over een laagdrempelig beweegaanbod in buurten?

Antwoord:
De afgelopen drie jaren is er ingezet op laagdrempelig beweegaanbod vanuit het Nationaal Sportakkoord en Preventieakkoord. Daarmee zien we dat de samenwerking tussen gemeenten en sportaanbieders is toegenomen via de lokale sportakkoorden en dat naast het georganiseerd sporten ook het ongeorganiseerd en laagdrempeliger aanbod aan wandelclubjes of bootcamp is toegenomen. De toename aan fte's aan buurtsportcoaches gerealiseerd vanuit de rijksoverheid en gemeenten draagt daar ook aan bij.

Specifieker voor kinderen zien we de afgelopen jaren een groeiend aantal JOGG-gemeenten en daarmee bewustwording bij gemeenten over wat een gezonde leefomgeving inhoudt voor de jeugd. Tevens groeit het aantal Gezonde Scholen gestaag en zien we dat niet alleen in het primair onderwijs maar juist ook binnen het voortgezet en middelbaar onderwijs voor de doelgroep jongeren waarvoor bewegen juist zo van belang is.

Vraag 842
Hoe gaat het met de uitvoering van de motie Marijnissen c.s., waarin de regering wordt verzocht op basis van dit manifest en de reeds gedane onderzoeken met een plan te komen om in verschillende sectoren sport en bewegen te stimuleren om Nederland meer in beweging te krijgen en hiertoe een aantal departementoverstijgende scenario's en doorrekeningen op te stellen, en deze uiterlijk 1 april 2021 aan de Kamer te sturen?[62]

Antwoord:
Er is een start gemaakt met de uitvoering van de motie door het vormen van een interdepartementale ambtelijke werkgroep bestaande uit vertegenwoordiging vanuit de departementen VWS, OCW, SZW, IenW en BZK. Ook is de sportsector zelf en de wetenschap vertegenwoordigd. De werkgroep is in september voor het eerst bijeen geweest. Voorafgaand aan de start van de interdepartementale ambtelijke werkgroep hebben de betrokken bewindspersonen gesproken met een aantal prominenten in de sport- en beweegsector (Joop Alberda, Bas van de Goor, Erik Scherder) over de oproep die zij hebben gedaan om te komen tot een samenhangende kabinetsaanpak om Nederland meer in beweging te krijgen. Uw Kamer wordt zeer binnenkort nader geïnformeerd over de te zetten stappen en planning.

Vraag 843
Hoeveel kinderen in Nederland hebben overgewicht en obesitas, wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord:
In 2019 heeft 13,2 procent van de jongeren tussen de 4 en18 jaar overgewicht: 11 procent heeft matig overgewicht en 2,1 procent heeft obesitas[63]

Vraag 844
Zijn er verschillen in regio's waar het overgewicht van kinderen hoog is? Zo ja, welke?

---

[62] Kamerstuk 25 295 nr. 437
[63] https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/overgewicht-jongeren met als bron: Gezondheidsenquête/ Leefstijlmonitor, CBS i.s.m. RIVM.

Antwoord:
De meest recente regionale overgewichtcijfers staan in de Jeugdmonitor 2015 (2 tot 25 jaar). In 2015 was het percentage overgewicht onder jongeren het hoogst in landsdeel Noord (16,4%) gevolgd door landsdeel West (14,8%) en landsdeel Zuid (14,5%) en was het overgewicht-percentage het laagst in landsdeel Oost (12,9%). De kenmerken van de verschillende regio's worden niet bij deze dataverzameling meegenomen.

Vraag 845
Hoeveel volwassenen hebben overgewicht en obesitas, wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord:
In 2019 heeft 50,1 procent van de bevolking van 18 jaar en ouder overgewicht: 35,4 procent heeft matig overgewicht en 14,7 procent heeft obesitas[64]

Vraag 846
Hoeveel en welke scholen hebben schoolzwemmen in het onderwijs-pakket?

Antwoord:
32% van de basisscholen biedt een vorm van schoolzwemmen aan (Mulier Instituut, 2017). Het is niet bekend welke scholen dat precies zijn.

Vraag 847
Hoeveel en welke gemeenten bieden schoolzwemmen aan in hun verordening?

Antwoord:
Uit factsheets van Mulier Instituut (2019) over schoolzwemmen blijkt dat in 2018 36% van de gemeenten schoolzwemmen ondersteunde. Het is niet bekend welke gemeenten dat zijn.

Vraag 848
Hoeveel kinderen verlaten de basisschool zonder zwemdiploma?

Antwoord:
Uit de factsheet van het Mulier Instituut (2019) over zwemvaardigheid blijkt dat circa 96% van de jeugd (11–16 jaar) de basisschool met een zwemdiploma verlaat. Derhalve heeft circa 4% geen zwemdiploma.

Vraag 849
Hoeveel kinderen en volwassenen zijn de afgelopen jaren verdronken omdat zij onvoldoende zwemvaardig waren?

Antwoord:
Gemiddeld verdrinken 87 inwoners van Nederland (exclusief zelfdoding, vervoersongevallen en geweldpleging) per jaar. In 2019 waren dit er 76. Dit betreft vooral volwassenen die in open water verdrinken. Het is niet eenduidig vast te stellen hoe groot het aandeel was dat voortkwam uit onvoldoende zwemvaardigheid. Het onderzoek risicofactoren van verdrinking in Nederland (Mulier Instituut, 2019) benoemt bij zes risicogroepen de aandachtsgebieden. De overeenkomst tussen deze groepen is dat het vaak gaat om mensen die wel zwemvaardig maar niet zwemveilig zijn door de omstandigheden (stroming, val, temperatuurwis-seling, etc.) waarin ze terecht komen.

---

[64] https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/overgewicht met als bron: Gezondheidsenquête/ Leefstijlmonitor, CBS i.s.m. RIVM.

Vraag 850
Hoeveel kinderen worden niet bereikt door het Jeugdsportfonds?

Antwoord:
In 2019 hebben 79.348 kinderen en jongeren de kans gekregen om te sporten en bewegen door het Jeugdsportfonds. Er zijn in Nederland volgens de laatste CBS cijfers (over 2018) 264.000 minderjarige kinderen die opgroeien in gezinnen met een inkomen onder de lage inkomensgrens. Dit betekent dat circa 185.000 kinderen nu nog geen beroep doen op het Jeugdsportfonds. Het is wel mogelijk dat deze kinderen gebruik maken van gemeentelijke minimaregelingen voor ondersteuning of worden ondersteund door andere armoedefondsen zoals Stichting Leergeld.

Vraag 851
Welke initiatieven worden genomen om ervoor te zorgen dat op scholen, maar ook in andere organisaties waar mensen langdurig zitten, meer bewogen wordt, gelet op het feit dat in Nederland mensen gemiddeld ongezond lang stil zitten? Welk beleid wordt hierover ontwikkeld?

Antwoord:
Met diverse initiatieven vanuit het Nationaal Sportakkoord en vanuit landelijke programma's zetten we hierop in. Voor scholen, gemeenten en jeugd en volwassenen wordt er onder andere beleid gevoerd via Gezonde School (specifiek vignet sport en bewegen), via de intensivering van de buurtsportcoach in de wijk om jongeren en mensen met lage SES aan het bewegen te krijgen, ook met hulp van het programma Jongeren op Gezond Gewicht. Ook richting werkgevers zijn er initiatieven om werknemers te stimuleren om voldoende te bewegen gedurende hun (thuis)werkdag. Zoals Vitaal Bedrijf dat VWS samen met het Ministerie van SZW uitvoert en door goede landelijke initiatieven vanuit het bedrijfsleven te ondersteunen zoals de jaarlijkse uitreiking van de prijs voor Vitaalste onderneming van Nederland.

Vraag 852
Hoeveel kinderen zijn structureel gaan sporten naar aanleiding van de sportimpuls?

Antwoord:
De Sportimpuls stimuleert lokaal sportaanbod op maat, zodat mensen in de buurt kunnen sporten en bewegen. Jeugd is een belangrijke doelgroep binnen de Sportimpuls. Twee van de drie varianten zijn specifiek gericht op jeugd. Cijfers voor de jaren 2012 tot en met 2017 zijn bekend. Door de projecten die in 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 en 2017 zijn gestart, zijn in totaal 581.563 kinderen in beweging gebracht. Volgens de projectleiders is van de rondes t/m 2016 ongeveer 30% doorgestroomd naar regulier/structureel aanbod. Van de rondes 2017 en 2018 is structurele deelname nog niet inzichtelijk.

Alle Sportimpuls projecten worden in opdracht van VWS gemonitord. De gegevens van de Sportimpuls projecten uit ronde 2018 zijn medio 2021 bekend. In 2021 worden de resultaten van de volledige Sportimpuls opgeleverd.

Vraag 853
Wat is de stand van zaken betreffende het programma om mensen met een beperking meer aan het sporten en bewegen te krijgen?

Antwoord:
Het programma Grenzeloos actief is eind 2018 afgelopen en overgegaan in het deelakkoord Inclusief Sporten en bewegen. Hier vindt ook de inzet plaats om mensen met een beperking meer aan het sporten en bewegen te krijgen. Deze inzet richt zich op:
De ontwikkeling van het platform Uniek Sporten met inspirerende verhalen en campagnes om 45% meer unieke bezoekers naar het platform te krijgen. Hierdoor kunnen meer mensen met een handicap een passende sport vinden.
Vergroten van de bewustwording onder sport- en beweegaanbieders, zodat ze niet denken in problemen, maar in mogelijkheden. Dit gebeurt via de alliantie «Sporten en bewegen voor iedereen» en een landelijke campagne die eind oktober van start gaat.
Het fonds voor sporthulpmiddelen. Dit fonds ondersteunt mensen met een handicap die willen sporten en bewegen en hiervoor een hulpmiddel nodig hebben.
Een verkenning in de komende jaren hoe de bestaande vervoersvoorziening uit te breiden en voor meer sporters met een handicap in te zetten.
Ontwikkeling door Fonds Gehandicaptensport van een tool voor een online personal trainer. Deze tool zal in 2021 van start gaan.
De lokale akkoorden zetten grotendeels ook in op mensen met een handicap.
Het Ministerie van VWS steunt de projecten Healthy athletes (gezondheidschecks) rondom de nationale spelen en Play Unified (waarin de ontmoeting tussen sporters met en zonder een verstandelijke beperking centraal staat) van Special Olympics.

Vraag 854
Hoeveel mensen met een beperking maken gebruik van wheels2sport?

Antwoord:
Deze cijfers zijn bij ons niet bekend. VWS investeert niet in Wheels2sport.

Vraag 855
Kunt u per regio aangeven welk beleid er is om meer mensen met een beperking te laten sporten?

Antwoord:
Het Mulier instituut heeft in 2018 onderzoek gedaan naar de positie van gehandicaptensport in gemeentelijk beleid[65]. Bij gemeenten lijkt een vergroting van de aandacht voor gehandicaptensport zichtbaar ten opzichte van 2016. Deze is zichtbaar in onder andere een toename van het aantal ondernomen activiteiten, deelname aan samenwerkingsverbanden en de inzet van buurtsportcoaches. Bovendien is in de lokale sportakkoorden ruimschoots aandacht voor mensen met een handicap. Het thema inclusief sporten en bewegen is in 35 van de eerste 39 lokale sportakkoorden benoemd. Dit blijkt uit de analyse van deze eerste groep akkoorden, die in november 2019 zijn opgeleverd. Uit analyse van de tot nu toe opgeleverde lokale sportakkoorden blijkt dat bij het uitwerken van het thema inclusief sporten en bewegen de zoekterm beperking/handicap in de top vijf staat van meest gebruikte termen. In de monitor van november 2020 zal dieper worden ingegaan op de invulling (monitor Sportakkoord, voortgangsrapportage juni 2020).

Vraag 856
Kunt u inzicht geven in de verschillen tussen regio's die mensen met een beperking aan het sporten proberen te krijgen?

---

[65] Gehandicaptensportbeleid in gemeenten: de stand van zaken in 2018

Antwoord:
Nee, het is niet mogelijk om op dit moment inzicht te geven in de verschillen. Wat wel bekend is dat binnen het programma Grenzeloos actief 48 regionale samenwerkingsverbanden zijn ontstaan. Hierin werken sport-, welzijn-, zorgpartijen en de gemeente samen om mensen met een beperking te begeleiden naar het sport- en beweegaanbod. Deze regio's bestaan nog steeds en er wordt door NOC*NSF en Sportkracht samengewerkt om de regio's blijvend te versterken.

Vraag 857
Kunt u een overzicht geven van het aantal mensen met een beperking dat nu sport en hoeveel mensen dit waren in de afgelopen jaren? Hoe groot is de stijging van het aantal mensen met een beperking die aan het sporten zijn?

Antwoord:
Het aantal mensen met een beperking dat sport bedraagt circa 1,2 miljoen. Het betreft hier mensen met een motorische, auditieve en visuele beperkingen en mensen met een chronische aandoening. Het aantal mensen met een beperking en chronische aandoening dat wekelijks sport laat een redelijk stabiel patroon zien over de jaren heen (2016: 1.207.000, 2017: 1.215.000, 2018: 1.231.000, 2019: 1.226.000 bron: sportenbewegenincijfers.nl).

Vraag 858
Welke inzet is er voor de komende jaren om meer mensen met een beperking aan het sporten te krijgen?

Antwoord:
Zie het antwoord bij vraag 887.

Vraag 859
Hoe groot is het aantal sportblessures in 2020 en hoe groot was dit aantal in voorgaande jaren? Welke kosten zijn hiermee gemoeid? Kunt u deze cijfers voorzien van uw duiding?

Antwoord:
In 2019 werden in Nederland in totaal ongeveer 5,5 miljoen sportblessures opgelopen. In 2018 waren dat er 5,4 miljoen. Sportblessures worden in Nederland sinds mei 2017 voor het eerst op de huidige wijze via de Leefstijlmonitor van VeiligheidNL en het RIVM/CBS gemeten waardoor een vergelijking met jaren voorafgaand aan 2018 niet te maken is. Alleen van ernstige sportblessures is een trendanalyse over de jaren te maken. Zo is in de periode 2010–2019 het aantal SEH-bezoeken in verband met een ernstige sportblessure met tien procent gedaald (Stam, C & B. Blatter (2020), Letsels 2019, Kerncijfers LIS, VeiligheidNL).

De directe medische kosten voor sportblessures waarvoor een sporter in 2019 werd behandeld op een SEH-afdeling en/of is opgenomen in een ziekenhuis bedroegen in totaal 200 miljoen euro. Naast directe medische kosten zorgen sportblessures ook voor maatschappelijke kosten door arbeidsverzuim. In totaal bedroegen deze kosten in 2019 voor sportblessures 200 miljoen euro (in de leeftijdscategorie 15–69), net als in eerdere jaren.

Vraag 860
Hoe hoog zijn de inkomsten uit de loterijopbrengsten en welk bedrag gaat hiervan naar de sport?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 895.

Vraag 861
Wat waren de loterijopbrengsten ten behoeve van de sport in 2010 tot en met 2020?

Antwoord:
De loterijopbrengsten aan de sport in de periode 2010 t/m 2019 zijn in onderstaande tabellen opgenomen. Voor 2020 zijn deze opbrengsten nog niet bekend.

Gerealiseerde afdrachten (Lotto/Nederlandse Loterij) aan NOC*NSF:

Bedragen x miljoen euro's	
2010	53
2011	55
2012	42
2013	42
2014	42
2015	43
2016	44
2017	45
2018	43
2019	46

Gerealiseerde afdrachten Goede Doelen Loterijen aan goede doelen op het gebied van gezondheid en welzijn, waarbij sport als middel wordt ingezet:

Bedragen x miljoen euro's	
2010	8
2011	9
2012	10
2013	14
2014	10
2015	14
2016	12
2017	15
2018	16
2019	PM

Vraag 862
Wat zijn de verwachte loterijopbrengsten ten behoeve van de sport in 2021?

Antwoord:
Een prognose voor de afdrachten vanuit de NLO en de Goede Doelen Loterijen voor 2021 kan nog niet worden gegeven. Dit hangt af van de feitelijke lotenverkoop.

Vraag 863
Wat zijn de laatste ontwikkelingen met betrekking tot matchfixing?

Antwoord:
De bestrijding van matchfixing is een doorlopend proces dat nauwe samenwerking vereist tussen de sectoren: sport, kansspelen en opsporing en vervolging. De aanstelling van de informatiecoördinator heeft gezorgd voor betere samenwerking tussen de verschillende partners. Gezamenlijk wordt gewerkt aan het wegnemen van barrières zodat signalen beter worden gedetecteerd. Begin volgend jaar wordt gestart met een pilot monitoring van gokbewegingen. Voorafgaand aan deze pilot zal er een risk assessment plaatsvinden onder de sport om te bezien welke sporten het meest kwetsbaar zijn voor matchfixing. Vanwege het grensoverschrij-

dende karakter van matchfixing, wordt ook op Europees niveau nadrukkelijk samengewerkt om onder meer de informatie-uitwisseling te verbeteren. Nederland is actief betrokken bij een pilot vanuit Erasmus+ gericht op bewustwording van matchfixing bij justitie en handhaving.

Vraag 864
Wat zijn de laatste ontwikkelingen met betrekking tot doping?

Antwoord:
Ook in het antidopingbeleid worden de effecten van de coronacrisis gevoeld. De Dopingautoriteit probeert, vanzelfsprekend met inachtneming van de RIVM-richtlijnen, zo veel mogelijk dopingcontroles uit te voeren nadat de uitvoering van dopingcontroles vanwege corona in het voorjaar tijdelijk stil is komen te liggen. Het aantal controles dat voor het nationale controleprogramma in 2020 gerealiseerd zal kunnen worden blijft daardoor echter hoogstwaarschijnlijk achter bij het aantal dat oorspronkelijk voor 2020 gepland stond (te weten 2500 controles). NOC*NSF (als opdrachtgever van de dopingcontroles) en de Dopingautoriteit (als opdrachtnemer) zijn in overleg hoe daar het beste mee om te gaan.

Verder bevindt zich het onderzoek naar de aard, ernst en omvang van handel in doping in Nederland in een afrondende fase. Ik hoop u de uitkomsten daarvan binnenkort toe te sturen. Daarnaast wordt er gewerkt aan een nieuwe meting van de prevalentie van dopinggebruik in de Nederlandse topsport. Op basis van een eerdere meting in 2019 kon geen uitspraak gedaan worden over de prevalentie van dopinggebruik in de Nederlandse topsport. Ik heb u daarover in het voorjaar geïnformeerd, en aangegeven dat ik daartoe een nieuwe meting zal uitzetten. Die wordt op dit moment uitgevoerd en ik verwacht u de resultaten daarvan voor het eind van het jaar te kunnen toesturen. Tot slot zal op 1 januari 2021 de herziene Wereld Anti-Doping Code in werking treden. Conform de bepalingen daartoe in de Wet uitvoering antidopingbeleid zal ik deze nieuwe Code voor de inwerkingtreding publiceren in de Staatscourant.

Vraag 865
Kunt u een overzicht sturen van het aantal scholen dat een uur, twee uur of drie uur gymnastiekonderwijs geven, zowel voor het basis- als voortgezet onderwijs en speciaal onderwijs?

Antwoord:
Voor het primair onderwijs is de volgende verdeling in percentages aan te geven, naar groep 1–2 en de groepen 3 t/m 8: Groep 1–2: 17% heeft 1 uur gymonderwijs, 40% heeft 2 uur gymonderwijs en 43% heeft 3 uren of meer gymonderwijs. Groepen 3 t/m 8: 23% heeft 1 uur gymonderwijs, 74% heeft 2 uur gymonderwijs en 4% heeft 3 uur of meer.

Ruim de helft van het voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo) geeft 2 of 3–5 lesuren per week. Op het VMBO gaat het om respectievelijk 58% (2 uur) en 37% (3–5 uren) les. Voor HAVO geeft 61% 2 uren les en 23% 3–5 lesuren. Op het VWO geeft 63% 2 lesuren en 18% 3–5 uren les.

Deze data komt uit de 1-meting bewegingsonderwijs van het Mulier Instituut. Komend jaar wordt de meting (cyclus van 4 jaren) weer herhaald.

Vraag 866
Hoeveel onbevoegde leerkrachten geven gymnastieklessen op de basisscholen?

Antwoord:
Op één van de vijf basisscholen wordt weleens een onbevoegde groepsleerkracht ingezet in groep 1–2 (18%) en op één op de tien basisscholen komt dat voor in de groepen 3 t/m 8 (11%).

Vraag 867
Hoeveel basisscholen maken gebruik van ALO (Academie voor Lichamelijke Opvoeding)-opgeleide leerkrachten voor gymnastieklessen?

Antwoord:
Uit de 1-meting bewegingsonderwijs in het primair onderwijs van het Mulier Instituut (monitor, peildatum 2019) is gebleken dat voor groep 1–2 in totaal 23% een ALO-opgeleide leerkracht is. Voor de groepen 3 t/m 8 is dat 59%.

Vraag 868
Hoeveel basisscholen en middelbare scholen bieden natte gymnastieklessen aan (zwemonderwijs)?

Antwoord:
Bij 32% van de basisscholen wordt een vorm van schoolzwemmen aangeboden. Bij 43% richt zich dit op het behalen van een zwemdiploma, bij 36% op een «natte gymles» en bij 20% op beide. Over middelbare scholen zijn geen gegevens beschikbaar.

Vraag 869
Hoeveel kinderen, volwassenen en ouderen voldoen niet aan de Nederlandse norm gezond bewegen? Kunt u hierover uw duiding geven?

Antwoord:
Op dit moment voldoet 51% van de totale Nederlandse bevolking (inclusief ouderen) niet aan de norm gezond bewegen. Voor kinderen specifiek tussen de 4 en 11 jaar voldoet 44% niet aan de richtlijn van 1 uur matig intensieve inspanning per dag. Over de tijd is er een licht stijgende trend te zien voor zowel het voldoen aan de matig tot zwaar intensieve activiteiten als spier- en botversterkende activiteiten. Belangrijk is te realiseren dat verschillende activiteiten belangrijk zijn voor verschillende leeftijdsgroepen, zoals buitenspelen voor kinderen of wandelen en fietsen voor ouderen. Ook vind ik het van belang om te wijzen op het effect van opleidingsniveau op de beweegcijfers. In 2019 was het percentage hoogopgeleiden dat voldoet aan de beweegrichtlijnen ruim anderhalf keer zo groot als het percentage laagopgeleiden (57% versus 36%). De verschillen tussen de opleidingsniveaus nemen bovendien toe over de tijd.

Het percentage mensen dat aan de beweegrichtlijn voldoet zien we graag omhoog gaan. Met onder andere de inzet van de maatregelen uit het Sportakkoord, het Preventieakkoord maar ook recenter met het initiatief Bewegen het nieuwe normaal! werken we momenteel aan een interdepartementale inspanning om een positieve trendbreuk te realiseren naar 75% in 2040.

Vraag 870
Hoeveel en welke basis- en middelbare scholen in Nederland laten hun kinderen dagelijks sporten en bewegen?

Antwoord:
Het is niet bekend op hoeveel en welke basis- en middelbare scholen in Nederland kinderen dagelijks sporten en bewegen.

Vraag 871
Kunt u inzicht geven in het aantal uur dat in het basisonderwijs besteed wordt aan lessen gericht op gezonde leefstijl, zowel inclusief als exclusief gymnastieklessen? Om welke lessen gaat dit en welke lessen zijn scholen verplicht te geven?

Antwoord:
Ik heb geen cijfers over het specifieke aantal uren dat wordt besteed aan lessen met betrekking tot een gezonde leefstijl. Vanuit het programma Gezonde School wordt structureel aandacht besteed aan gezondheid op scholen aan de hand van de leefstijlpijlers van het programma. Ook JOGG is een programma dat het belang van gezond eten, drinken en bewegen vanuit gemeenten uitstraalt op de scholen. Gezonde School biedt structureel aandacht, daarnaast zijn er tal van landelijke initiatieven zoals het Schoolontbijt, de Koningsspelen en de Buitenspeeldag die het jaar rond veel scholen weten te bereiken.

Vraag 872
Hoeveel extra gymnastiekdocenten zijn aangenomen van het geld bestemd voor werkdrukverlichting?

Antwoord:
Het aantal (extra) vakleerkrachten dat is aangesteld met de werkdrukmiddelen wordt niet centraal geregistreerd. Uit een peiling uitgevoerd onder schoolbestuurders in opdracht van de PO-Raad, de koepelorganisatie van schoolbesturen in het primair onderwijs blijkt dat 49 procent van de schoolbestuurders de werkdrukmiddelen (deels) gebruikt om een vakleerkracht aan te stellen. Dit zijn vakleerkrachten in brede zin, het is niet bekend hoeveel vakleerkrachten bewegingsonderwijs hiervan zijn aangesteld.

Vraag 873
Hoeveel scholen geven inmiddels drie uur gymnastiek? Hoeveel wordt gegeven door een ALO-opgeleide docent?

Antwoord:
Zie mijn antwoorden op de vragen 899 en 901.

Vraag 874
Wat kost het om op alle basisscholen drie uur gymnastiekles te geven?

Antwoord:
De berekeningen uit het onderzoek van Regioplan Bewegingsonderwijs en vakleerkrachten (2017) laten zien dat een derde lesuur bewegingsonderwijs bij benadering € 180–190 miljoen extra kost. Wat het bewegingsonderwijs momenteel totaal kost verwijs ik u naar het Ministerie van OCW en de begroting van OCW.

Vraag 875
Hoeveel JOGG (Jongeren Op Gezond Gewicht)-gemeenten zijn er momenteel?

Antwoord:
Op dit moment zijn er 147 JOGG-gemeenten.

Vraag 876
Hoeveel procent van de scholen heeft een gezonde schoolkantine?

Antwoord:
De meest recente cijfers (oktober 2020) van het Voedingscentrum laten zien dat van alle scholen in het voortgezet- en middelbaar beroepsonderwijs 42% een gezonde schoolkantine heeft volgens de Richtlijn Gezondere Kantines[66].

Vraag 877
Hoeveel procent van de scholen heeft een rookvrij schoolplein?

Antwoord:
Het Mulier instituut meet jaarlijks hoeveel schoolterreinen rookvrij zijn. De laatste meting (2019) toonde aan dat het merendeel van de scholen in het primair onderwijs (80%), meer dan de helft van de scholen in het voortgezet onderwijs (62%) en een klein deel van de scholen in het middelbaar beroepsonderwijs (14%) een geheel rookvrij schoolterrein heeft. In november wordt een nieuwe meting uitgevoerd. De resultaten van deze meting worden in januari 2021 verwacht. Op 1 augustus 2020 is de wijziging van de Tabaks- en rookwarenwet ten behoeve van de rookvrije schoolterreinen in werking getreden. We verwachten dat de afgelopen maanden al vele onderwijsinstellingen de stap hebben gezet naar een rookvrij terrein. Om de rest op weg te helpen naar een rookvrij onderwijsterrein, hebben wij eind augustus de Edsons geïntroduceerd. Een team dat onderwijsinstellingen bijstaat om rookvrij te worden.

Vraag 878
Kunt u aangeven wat het huidige inspanningen zijn om kinderen uit gezinnen met lage inkomens aan het sporten te krijgen?

Antwoord:
De huidige inspanningen om kinderen uit gezinnen met lage inkomens aan het sporten te krijgen zijn gericht op:

het zoveel mogelijk wegnemen van financiële drempels. Dit is een aandachtspunt in het nationaal Sportakkoord en doen we onder andere in samenwerking met het Jeugdfonds Sport en Cultuur. Zij zijn partner in de alliantie «Sporten en bewegen voor iedereen». Zij maken het mogelijk dat kinderen van 0 tot en met 18 jaar worden ondersteund bij het sporten en bewegen door bij te dragen aan onder andere het lidmaatschap en materialen.
inzet van de buurtsportcoach (52% van de gemeente zet de buurtsportcoaches in voor gezinnen met lage inkomens) om onder andere partijen te verbinden als onderdeel van een integrale aanpak, het ondersteunen van sportverenigingen om deze doelgroep op de juiste wijze te includeren en de organisatie van sport- en beweegactiviteiten onder professionele begeleiding van een buurtsportcoach of een jongerenwerker te laten plaatsvinden.
het kunnen meedoen. Een van de ambities van het (kinder)armoede beleid van dit kabinet is dat kinderen ongeacht de financiële thuissituatie moeten kunnen meedoen aan onder andere sport en cultuur. Het Rijk stelt hier sinds 2017 jaarlijks € 100 miljoen beschikbaar voor. Hiervan gaat € 85 miljoen naar gemeenten. Met deze middelen kunnen gemeenten zorg dragen voor voorzieningen in natura.

Vraag 879
Kunt u inzichtelijk maken hoeveel kinderen uit arme gezinnen nu sporten en hoeveel dat was in voorgaande jaren? Is hiervan een stijging te zien of niet? Kunt u uw antwoord van een duiding voorzien?

---

[66] https://www.voedingscentrum.nl/nl/pers/persmappen/de-gezonde-schoolkantine.aspx.

Antwoord:
We kunnen niet exact zeggen hoeveel kinderen uit arme gezinnen sporten. Wat wel bekend is, is het aantal kinderen dat door het Jeugdfonds Sport en Cultuur is gaan sporten. Daarnaast zien we wel dat mensen met een laag inkomen en een laag opleidingsniveau beduidend minder sporten en bewegen (21%) dan mensen met een hoge opleiding en een hoog inkomen (74%). Door middel van het Jeugdfonds Sport en Cultuur en het volwassenfonds Sport, zetten we erop in dit tij te keren. Ook het Ministerie van SZW is hierbij betrokken.

Vraag 880
Kunt u goede voorbeelden geven van gemeenten die heel veel inzet plegen om kinderen uit lage inkomensgezinnen te laten sporten?

Antwoord:
Er zijn verschillende gemeenten die veel inzet plegen om kinderen uit lage inkomensgezinnen te laten sporten en bewegen. 63% van de gemeenten werken al samen met het Jeugdfonds. Overige gemeenten hebben vaak eigen minimaregelingen of afspraken met andere fondsen. Enkele goede voorbeelden zijn:
Enschede: Supporter van elkaar in Enschede met investeren in ouders & kinderen. Het project Supporter van Elkaar is gebaseerd op de visie van Positieve Gezondheid. In dit project «adopteert» FC Twente gezinnen in een kwetsbare situatie en werken zij samen aan verbeteringen op het gebied van gezondheid en participatie.
Lelystad: Zij zijn gericht op integraal samenwerken en hebben een lokaal Jeugdfonds Sport en Cultuur. Omdat er veel financiële ruimte wordt gemaakt, kan dit fonds veel intermediaire in de wijken en buurten plaatsen. Daardoor zijn er nauwe contacten met lokale partners als jongerenwerkers, de scholen. Iedereen weet waar naartoe door te verwijzen.
Helmond: Gezond opvoeden en opgroeien, gezond eten en drinken en gezond bewegen. Dit zijn de drie thema's van het project Op eigen kracht waarin gezinnen uit achterstandswijken werken aan een gezonde toekomst vanuit verschillende wijken in Helmond.

Vraag 881
Hoeveel topsporters moeten een extra olympisch jaar overbruggen in verband met het verzetten van de Olympische Spelen?

Antwoord:
Dat is niet exact aan te geven. Op dit moment lijkt het in totaal om een groep van ruim 750 topsporters te gaan die momenteel in training zijn voor de Olympische en Paralympische Spelen in Tokyo. Naarmate de Spelen dichterbij komen zal duidelijker aan te geven zijn hoeveel sporters uit deze groep zich daadwerkelijk weten te kwalificeren en geselecteerd worden voor de Spelen.

Vraag 882
Wat is het salaris van de directeur van NOC*NSF?

Antwoord:
In de meest recent gepubliceerde jaarrekening NOC*NSF 2019 wordt vermeld dat bezoldiging van de algemeen directeur € 267.000,– bedroeg. Inmiddels is bekend dat de huidige algemeen directeur op 1 oktober 2021 met pensioen gaat. NOC*NSF heeft eerder besloten dat alle nieuwe arbeidsovereenkomsten binnen de WNT-norm moeten vallen.

Vraag 883
Wat is het salaris van de technisch directeur van NOC*NSF?

Antwoord:
De functie van technisch directeur maakt geen deel uit van de directie van NOC*NSF. Alleen de bezoldiging van de directie van NOC*NSF (bestaande uit de algemeen directeur en zakelijk directeur) wordt separaat vermeld in de gepubliceerde jaarrekening.

Vraag 884
Wat is het salaris van de zakelijk directeur van NOC*NSF?

Antwoord:
In de meest recent gepubliceerde jaarrekening NOC*NSF 2019 wordt vermeld dat bezoldiging van de zakelijk directeur € 183.000,– bedroeg.

Vraag 885
Wat is het gemiddelde salaris van een medewerker van NOC*NSF?

Antwoord:
In de Algemene Vergadering van NOC*NSF vastgestelde begroting 2020 wordt een bedrag van € 89.000,– per fte vermeld.

Vraag 886
Hoeveel fte werkt bij NOC*NSF?

Antwoord:
In het meeste recente gepubliceerde jaarverslag NOC*NSF 2019 wordt een formatie van 181,41 fte vermeld (peildatum 31-12-2019).

Vraag 887
Wat is de ontwikkeling van de afgelopen jaren met betrekking tot het aantal werkzame fte's bij NOC*NSF?

Antwoord:
Sinds 2018 is er sprake van een groei van circa 40 fte. De personeelssamenstelling fluctueert mee met projecten die NOC*NSF samen met haar leden voor haar rekening neemt en kent daarnaast een sterk seizoen patroon. De bezetting van de organisatie is onder meer afhankelijk van het aantal internationale wedstrijden. NOC*NSF neemt eveneens de coördinatie van het Sportakkoord samen met VWS en de VSG voor haar rekening. Dit heeft geleid tot een groei in het aantal medewerkers.

Vraag 888
Hoeveel externe krachten worden ingehuurd door NOC*NSF?

Antwoord:
Dat is niet bekend, inhuur van externen wordt door NOC*NSF niet separaat geregistreerd.

Vraag 889
In hoeverre heeft de coronacrisis tot budgettaire gevolgen geleid voor de zorgtoeslag? Wat is de verwachting rondom de budgettaire gevolgen van de coronacrisis voor de zorgtoeslag in 2022?

Antwoord:
Uit de realisatiegegevens van de Belastingdienst Toeslagen blijkt vooralsnog dat er geen extra toename is van het aantal zorgtoeslaggebruikers in 2020. Op grond van de macro-economische rekening van het CPB voor 2022 wordt wel verwacht dat het aantal zorgtoeslaggebruikers zal toenemen. Bij de raming van de zorgtoeslag in 2022 is hiermee rekening gehouden bij het bepalen van de totale uitgaven van de zorgtoeslag.

Vraag 890
Wat betekent de zinsnede: «Nederland zal zich nog nadrukkelijker moeten verhouden tot internationale samenwerking», concreet in de praktijk?

Antwoord:
In de conceptbegroting 2021 hebben we aangegeven dat, gezien actuele ontwikkelingen, Nederland zich nog nadrukkelijker zou moeten verhouden tot internationale samenwerking. Hiermee wordt bedoeld dat Nederland internationaal moet samenwerken om het hoofd te kunnen bieden aan de grote uitdagingen op het gebied van de volksgezondheid. Nederland neemt hierbij nadrukkelijk haar verantwoordelijkheid. Concreet kan hierbij bijvoorbeeld worden gedacht aan de leidende rol van Nederland bij de ontwikkeling en mogelijke aanschaf van een vaccin tegen Covid-19; het voorzitterschap van Nederland van de stuurgroep van de Global Health Security Agenda (de internationale samenwerking gericht op wereldwijde versterking van de Internationale gezondheidsregulering – IHR); onze rol in de internationale strijd tegen antimicrobiële resistentie (AMR) en onze inzet om de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) te versterken in haar rol als wereldwijde leidende organisatie op het gebied van de volksgezondheid.

Vraag 891
Er zijn departement brede uitgaven gepland, onder andere voor samenwerking met het Ministerie van Economische Zaken en Klimaat bij «onder andere geneesmiddelenbeleid en economische diplomatie», wat wordt precies met deze zinssnede bedoeld?

Antwoord:
VWS werkt nauw samen diverse ministeries op het terrein van internationaal gezondheidsbeleid. Met het Ministerie van EZK t.a.v. het geneesmiddelenbeleid, onderzoek en innovatie, intellectueel eigendom en handelsmissies in het kader van economische diplomatie. Eventuele uitgaven die hiermee samenhangen kunnen worden besteden uit dit artikelonderdeel. Vooralsnog zijn er evenwel geen departementsbrede uitgaven gepland op bovengenoemde thema's.

Vraag 892
Kunt u een overzicht geven van de genomen acties om antimicrobiële resistentie tegen te gaan?

Antwoord:
De afgelopen jaren is er met het programma Antibioticaresistentie (ABR) veel in gang gezet om de risico's van resistentie te beperken. U bent hierover via voortgangsrapportages op de hoogte gehouden, laatstelijk in april 2018. Het programma ABR is in 2019 door Berenschot geëvalueerd. U heeft deze evaluatie, waarin een overzicht van de activiteiten wordt gegeven, op 14 oktober 2019 ontvangen (Kamerstukken 2019–2020, 32 620, nr. 236). Ik zal u dit najaar informeren over het vervolg op het programma ABR.

De bestrijding van resistente micro-organismen vraagt om een aanpak over diverse domeinen heen. We noemen dit een One Health aanpak. Resistente micro-organismen komen voor bij mensen, bij dieren, in ons voedsel en in het milieu. Op die domeinen zijn verschillende maatregelen genomen. Daarnaast is er veel geïnvesteerd in innovatie en onderzoek en internationaal beleid. Een aantal voorbeelden van activiteiten:
Resistente bacteriën verplaatsen zich via patiënten en zorgprofessionals en gaan daarom over de muren van instellingen heen. Patiënten verplaatsen zich vooral tussen zorginstellingen binnen één regio. Regionale samenwerking tussen zorginstellingen en professionals is

daarom een onmisbaar onderdeel van de landelijke aanpak van AMR. Om deze samenwerking via ketenzorg te faciliteren zijn tien regionale zorgnetwerken ingesteld voor het bestrijden van resistentie;
Via het programma «Aanpak antibioticaresistentie in verpleeghuizen» is ingezet op gedragsverandering op het gebied van hygiënisch werken en bewustwording van de problematiek van ABR in de verpleeghuizen;
In de projecten Toezicht Infectiepreventie (TIP) van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) zijn in de afgelopen jaren alle ziekenhuizen en een selectie van particuliere klinieken, verpleeghuizen en penitentiaire inrichtingen bezocht en uitgebreid getoetst op de naleving van de richtlijnen infectiepreventie en het antibioticabeleid;
De surveillancesystemen om gegevens te verzamelen over antibioticagebruik, uitbraken, zorginfecties en het vóórkomen van resistentie zijn de afgelopen jaren verbeterd;
In Nederland is het «Netherlands Antibiotic Development Platform» opgezet (NADP). Deze organisatie fungeert als een vliegwiel binnen het Nederlandse innovatielandschap om onderzoek en ontwikkeling van nieuwe (vormen van) antibiotica te versnellen;
Het RIVM heeft onderzocht hoe (resten van) antibiotica en resistente bacteriën zich in het milieu gedragen, hoe de verspreiding hiervan plaatsvindt en wat hiervan de gevolgen zijn voor de volksgezondheid;
Met betrekking tot voedsel zijn concrete maatregelen genomen om de hygiëne in slachthuizen door toezicht van de Nederlandse Voedsel-en Warenautoriteit te verbeteren, zijn verder de verspreidingsroutes van resistentie via voedsel inzichtelijk gemaakt, ook bij invoer van voedsel van buiten de EU, en is voorlichting over algemene keukenhygiëne door het Voedingscentrum gegeven;
Op 19-20 juni 2019 organiseerde Nederland een tweede internationale ministeriële AMR conferentie in nauwe samenwerking met de «Tripartite», bestaande uit de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), de Voedsel- en Landbouworganisatie (FAO) en de Wereldorganisatie voor diergezondheid (OIE);
Er zijn de afgelopen jaren verschillende campagnes gehouden om bewustwording onder het publiek en zorgprofessionals te vergroten.

Vraag 893
Waaruit bestaat de internationale samenwerking met andere landen die ook te maken hebben met een vergrijzende samenleving, aangezien vergrijzing en dementie steeds meer een thema vormen op de internationale agenda?

Antwoord:
Vergrijzing en dementie wordt wereldwijd gezien als een van de grote maatschappelijke – en volksgezondheidsuitdagingen voor de komende jaren.
Nederland werkt in dit kader daarom nadrukkelijk internationaal samen met andere landen, om zo van elkaars aanpak te leren. In EU-verband wordt samengewerkt in de European Governmental Expert Group on Dementia.
Hierin worden kennis en ervaring met dementiebeleid uitgewisseld. Wereldwijd is er samenwerking met andere landen in de World Dementia Council. Ook op bilateraal niveau is er uitwisseling van kennis en ervaring met een groot aantal landen, binnen en buiten Europa. Met de overheden van China en Indonesië hebben we een memorandum of understanding op basis waarvan we samenwerken. Met China is er een Partners in Business programma om bedrijven op dit terrein te ondersteunen. Voor Japan wordt een dergelijk programma voorbereid met de Taskforce Health Care.

Vraag 894
Hoeveel fte, zowel intern als extern ingehuurd, is werkzaam binnen het cluster «Ethiek»? Kunnen de aantallen hierover gegeven worden voor de periode 2010 tot en met 2020?

Antwoord:
Binnen het cluster «Ethiek» zijn 9,1 fte werkzaam. Dit cluster houdt zich bezig met verschillende medisch ethische onderwerpen.

Vraag 895
Hoeveel meldingen ontvangt de IGJ jaarlijks met betrekking tot de ouderenzorg, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, ziekenhuiszorg en jeugdzorg?

Antwoord:
Zie de beantwoording bij vraag 896 waar de meldingen naar zorgsector zijn uitgesplitst.

Vraag 896
Hebben de meldingen die de IGJ binnenkrijgt betrekking op veel dezelfde problemen, zo ja welke problemen zijn dit?

Antwoord:
IGJ kreeg in 2019 ruim 11 duizend meldingen binnen. De IGJ deelt de ontvangen meldingen in naar zorgsector en kent daarbij vier categorieën van melding: Calamiteit, Geweld in de zorgrelatie, Ontslag disfunctioneren en Andere melding. Bijgaand het overzicht van de cijfers van 2019, afgerond naar tientallen. De cijfers van 2020 volgen in het Jaarbeeld 2020.

Zorgsector	Calamiteit	Geweld in zorgrelatie	Ontslag disfunctioneren	Andere melding	Totaal
Eerstelijns acute zorg	260	0	0	40	300
Eerstelijns farmacie	20	0	0	110	130
Eerstelijnszorg	70	0	20	350	440
Farmaceutische bedrijven	0	0	0	1.740	1.740
Gehandicaptenzorg	120	100	60	210	490
GGZ	80	80	30	310	500
Jeugd	50[1]	100	0	310	460
Medisch-specialistische zorg	880	10	30	350	1.270
Medische technologie	0	0	0	4.350	4.350
Mondzorg	0	0	10	140	150
Netwerkzorg	0	0	0	10	10
Preventie	0	0	0	10	10
Producten	0	0	0	160	160
Verpleging & verzorging	350	90	90	540	1.070
Zorg aan asielzoekers en justitiabelen	20	10	0	40	70

[1] Het aantal calamiteiten bij de zorgsector Jeugd is lager dan het aantal wat in het Jaarbeeld 2019 van de IGJ staat. In het Jaarbeeld zijn de calamiteiten meldingen en de geweld in de zorgrelatie meldingen samengenomen.

Vraag 897
Hoeveel sancties heeft de IGJ in 2020 uitgedeeld en hoe was dat in vorige jaren? Kunt u dit duiden?

Antwoord:

Maatregel	2020[1]	2019	2018	2017	2016	2015
Opgelegde boetes	20	54	56	59	55	46
Opgelegde lasten onder dwangsom	38	531	1178	575	296	337
Gegeven aanwijzingen	12	37	23	29	21	4
Ingesteld Verscherpt Toezicht	7	17	14	10	20	10
Ingediende tuchtzaken	9	20	15	15	24	24
Opgelegde bevelen	0	2	3	9	4	6
Totaal:	86	661	1289	697	420	427

[1] Voorlopige aantallen (t/m tertaal 2).

Zie hierboven de aantallen interventies van de IGJ vanaf 2015. Opvallend is dat het aantal «opgelegde lasten onder dwangsom» in 2019 lager was. Wanneer een zorginstelling niet voldoet aan zijn verplichting om een jaardocument aan te leveren dan legt de IGJ een last onder dwangsom op. Dit aantal was in 2019 lager doordat de IGJ de bestanden heeft geschoond van eenmanszaken. Die hebben namelijk geen verplichting tot deponeren van het jaardocument.
De aantallen interventies zijn voor 2020 nog niet goed te duiden aangezien ze de eerste helft van 2020 betreffen. Het aantal opgelegde lasten onder dwangsommen t/m tertaal 2 is, vergeleken met voorgaande jaren, lager. Dit kan worden verklaard door het besluit van de Minister van VWS om de termijn van aanleveren van de jaarverantwoording over verslagjaar 2019 te verschuiven naar 1 oktober 2020. Dit vanwege de extra belasting op zorginstellingen vanwege Covid-19. Nadere duiding volgt in het Jaarbeeld 2020 van de IGJ.

Vraag 898
Bij hoeveel nieuw opgerichte zorgorganisaties is de IGJ langs geweest? Hoeveel nieuwe zorgorganisaties zijn niet bezocht?

Antwoord:
In 2019 heeft IGJ 185 nieuwe zorgaanbieders bezocht. De cijfers van 2020 zijn nog niet bekend, door de corona crisis zijn in ieder geval veel minder zorgaanbieders bezocht dan verwacht. Van maart tot september 2020 is meer dan 800 keer gebeld naar nieuwe zorgaanbieders en is meer dan 350 keer een vragenlijst gestuurd over de aanwezigheid van de randvoorwaarden voor goede zorg.

De vraag hoeveel organisaties niet zijn bezocht is niet goed te beantwoorden aangezien de meldplicht nog niet geldt en de cijfers vanuit het Handelsregister niet volledig betrouwbaar zijn. Het is daardoor niet duidelijk hoeveel nieuwe zorgaanbieders niet bezocht zijn.

Jaarlijks starten er naar schatting 25.000 nieuwe zorgaanbieders. In 2019 meldden zich meer dan 2900 nieuwe zorgaanbieders via het CIBG waarvan ruim 17% aangaf een instelling te zijn.

Vraag 899
Hoeveel nieuw opgerichte zorgorganisaties mochten niet starten vanwege het verleden van de oprichter, dat betrekking heeft op fraude, wanbeleid et cetera?

Antwoord:
Iedereen mag in Nederland een zorgorganisatie starten. IGJ beoordeelt niet of een zorgorganisatie wel of niet mag starten.

Vraag 900
Hoeveel onderaannemers zijn de afgelopen jaren door de IGJ bezocht?

Antwoord:
De IGJ houdt toezicht op zorgaanbieders. De hoofdaannemer is integraal verantwoordelijk voor kwaliteit en veiligheid van de geboden zorg.

De inspectie heeft over 2019: 2.575 bezoeken afgelegd; 146 bestuursgesprekken gevoerd; 174 gesprekken met toezichtobjecten/bedrijven gevoerd; 1.055 maatregelen opgelegd, waaronder 531 maal een last onder dwangsom; 56 waarschuwingen; 54 boetes; 305 invorderingsbeschikkingen; 37 aanwijzingen en 28 maal Verscherpt Toezicht.

De IGJ maakt in haar registratie van toezichtsbezoeken en handhavingstrajecten geen onderscheid tussen hoofdaannemers en onderaannemers.

Vraag 901
Hoeveel hoofdaannemers zijn door de IGJ op de vingers getikt of hebben een sanctie gekregen, omdat de onderaannemer(s) de zaken niet op orde hadden?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 900.

Vraag 902
Welke invloed heeft de coronacrisis op het aantal meldingen bij het Meldpunt Geneesmiddelentekorten- en defecten, en welke invloed gaat dit mogelijk nog hebben?

Antwoord:
We zien in de periode maart t/m september van het afgelopen jaar een lichte daling van het aantal meldingen vergeleken met dezelfde periode in 2019. Er zijn op dit moment geen concrete aanwijzingen dat dit in de komende maanden gaat veranderen, al blijft dit lastig te voorspelen.

Vraag 903
Wat is de reden dat u een daling van de export van medicinale cannabis verwacht vanaf 2022?

Antwoord:
Bij het maken van de meerjarenraming van het Bureau voor Medicinale Cannabis (BMC) was bekend dat de gecontracteerde telers in Duitsland vanaf eind 2020/begin 2021 zelf cannabis beschikbaar zouden hebben. Op basis daarvan is de inschatting gemaakt dat de export van medicinale cannabis naar Duitsland in 2021 en de jaren daarna sterk zal dalen en niet zal worden gecompenseerd door toename van de export naar andere landen.

Vraag 904
Kan een overzicht gegeven worden van de kostprijs per product (groep) over de afgelopen 10 jaar?

Antwoord:
Op pagina 145 gaat het over: Toelichting overzicht doelmatigheidsindicatoren Kostprijzen per product Bij BIG is. In de onderstaande tabel zijn de kostprijzen per product (groep) over de afgelopen 10 jaar opgenomen.

Kostprijzen per product (groep)	Realisatie 2009	Realisatie 2010	Realisatie 2011	Realisatie 2012	Realisatie 2013	Realisatie 2014	Realisatie 2015	Realisatie 2016	Realisatie 2017	Realisatie 2018	Realisatie 2019
Beschikking BIG-Register (initieel)	147	142	153	166	184	168	174				
Beschikking BIG-Register (incl. herregistratie)								179	248	69	265
Vakbekwaamheidsverklaring	4.668	3.556									
Vakbekwaamheidsverklaring (gewijzigd)			6.347	6.295	5.795	5.464	5.922	5.610	6.186	6.021	
Oordeel Regionale Toetsingscommissie Euthanasie	527	535									
Oordeel Regionale Toetsingscommissie Euthanasie (gewijzigd)			565	692	678						
Vergunning Farmatec	1.775	1.803									
Vergunning Farmatec (gewijzgd)			2.837	2.538	3.233	1.284	1.408	2.050	1.914	2.257	3.028
UZI-pas/certiicaat							315	305	332	296	203
Registratie wilsbeschikking Donorregister	8	7									
Registratie wilsbeschikking Donorregister (gewijzigd)			16	14	14	11	12	5	13	7	4

Toelichting
De kosten van de UZI-passen/certificaten zijn vanaf 2015 in rekening gebracht bij de afnemers.
Voor die tijd heeft het CIBG geen kostprijzen gepubliceerd.

Vanaf 2014 zijn de werkzaamheden van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie binnen het kerndepartement ondergebracht.
Daarom heeft het CIBG voor die periode geen kostprijzen gepubliceerd.

Bron: https://www.rijksbegroting.nl/

Vraag 905

Kunt u aangeven welke stappen ondernomen worden indien de volgende aanname uit de memorie van toelichting in de praktijk anders uitpakt: «Bij het opmaken van deze agentschapsparagraaf is uitgegaan van de kennis die op dit moment aanwezig is over het (voornamelijk) vraaggestuurde opdrachtenpakket van het RIVM en ontwikkeling van kosten in de uitvoering. Grofweg betekent dit dat vooralsnog uitgegaan wordt van een forse impuls in personeel om de uit de huidige omstandigheden volgende werkzaamheden vol te kunnen houden in de komende jaren»?

Antwoord:
Voor 2021 worden extra werkzaamheden verwacht als gevolg van COVID-19. Dit betekent een forse benodigde impuls in personeel en bijbehorende middelen. Om tijdig de juiste mensen te vinden wordt ook gebruik gemaakt van een speciaal acquisitieteam. Gezien de onvoorspelbaarheid van de ontwikkeling van het virus en de termijn waarop een vaccin beschikbaar komt, zijn deze werkzaamheden naar verwachting sterk aan verandering onderhevig. Qua aansturing wordt voor 2021 een speciaal Covid-programma ingericht, in opdracht van VWS. Dit wordt nauw gemonitord en tijdig bijgestuurd. Er wordt zoveel mogelijk gewerkt met tijdelijke contracten om een extra sturingsmiddel in handen te hebben, mocht het afschalen nodig zijn. Al kan schaarste op de arbeidsmarkt voor specifieke functies gepaard gaan met timing-verschillen, een constante afweging tussen zekerheid en flexibiliteit. Indien de werkzaamheden juist langer noodzakelijk zijn is het verder opschalen van het personeel in beginsel niet nodig en kunnen de contracten eventueel verlengd worden, zolang hiervoor ook extra budget voor beschikbaar is. Waar nodig vindt in afstemming met opdrachtgevers herprioritering plaats.

Vraag 906
Hoe groot is de verwachtte instroom van nieuwe medewerkers in 2021?

Antwoord:
Op basis van de huidige situatie met COVID-19 is het op dit moment niet in te schatten wat de instroom van medewerkers volgend jaar zal zijn.

Vraag 907
Bij de begroting van het RIVM in tabel 34 staat dat nieuwe ontwikkelingen binnen de geneesmiddelen en de medische technologie zorgen voor onzekerheid in de begroting. Over welke ontwikkelingen gaat dit, en hoe groot zijn deze onzekerheden?

Antwoord:
De relatie tussen technologie en zorguitgaven is complex, en wordt ook beïnvloed door ontwikkelingen van buiten de zorg. Nieuwe technologie kan de zorg duurder maken door vaker ingrijpen, maar ook goedkoper

door sneller, efficiënter en effectiever ingrijpen. Het realiseren van de kostenbesparing door technologie vraagt veel van de organisatie van de zorg.

Vraag 908
Kunt u naast de in paragraaf 6.2.2 beschreven budgettaire effecten van de coronacrisis op de zorg die bekostigd wordt via de Zvw en Wlz, ook op hoofdlijnen inzicht geven wat de budgettaire effecten tot nu toe zijn voor de via de Wmo 2015 en Jeugdwet bekostigde zorg?

Antwoord:
Gedurende de gehele periode van de coronacrisis zijn de budgetten die voor de bekostiging van de Wmo 2015 en Jeugdwet vanuit het Rijk richting gemeenten vloeien onverminderd doorgezet. Dit is logisch, omdat Rijk en VNG gezamenlijk een dringende oproep aan gemeenten hebben gedaan om gecontracteerde zorgaanbieders onverminderd door te betalen (van 25 maart tot 1 juli) en de zorg inmiddels weer grotendeels opgestart is. Door de coronacrisis hebben gemeenten echter ook kosten aan zorgaanbieders moeten vergoeden die niet onder de reguliere budgetten konden worden gedekt. Gemeenten worden hiervoor door het Rijk gecompenseerd en hebben eind mei op basis van de toen beschikbare informatie reeds een voorschot van 144 miljoen op deze compensatie ontvangen. Het Rijk en de VNG hebben deze zomer gezamenlijk een onderzoek uitgezet waarin de budgettaire effecten als gevolg van corona voor de via de Wmo 2015 en Jeugdwet bekostigde zorg nader wordt onderzocht. De uitkomsten van dit onderzoek en de daaruit volgende definitieve compensatieafspraken tussen Rijk en VNG worden op korte termijn verwacht.

Vraag 909
Waarom verwachten zorgverzekeraars dat herstel van de reguliere zorg plaatsvindt na de eerste uitbraak in de periode maart tot en met mei en in hun raming geen rekening houden met een tweede golf?

Antwoord:
Tijdens de eerste golf is een groot deel van de reguliere zorg stilgevallen. Daarna is de reguliere zorg weer grotendeels op gang gekomen. In de raming van de zorguitgaven op de VWS-begroting wordt geen rekening gehouden met de tweede golf. De effecten van de tweede golf op de uitgaven zijn immers moeilijk in te schatten, onder meer als gevolg van onzekerheid over duur en diepte van de tweede golf. De inspanningen zijn er bovendien op gericht dat we COVID blijven indammen met de maatregelen die het kabinet neemt. Wel is er rekening gehouden met de mogelijkheid van de tweede golf; zo zijn op de VWS-begroting middelen gereserveerd voor opschaling van de IC-capaciteit.

Vraag 910
Waarom is het de verwachting dat de Zvw-uitgaven per saldo niet hoger of lager uitvallen dan eerder geraamd?

Antwoord:
In de ontwerpbegroting 2021 zijn de op basis van de meest recente inschatting van verzekeraars de Zvw-cijfers 2020 geactualiseerd. Op basis van die cijfers is de verwachting dat de Zvw-uitgaven 2020 per saldo niet hoger of lager uitvallen dan eerder geraamd. Dit komt enerzijds doordat in de raming van de eerste twee kwartalen 2020 de uitgaven aan reguliere prestaties lager uitvallen dan eerder geraamd en anderzijds doordat verzekeraars continuïteitsbijdragen hebben verstrekt en meerkosten door COVID-19 vergoeden. Zie de tabel «Uitgaven Zvw 2020 via verzekeraars inclusief COVID-19» (pagina 156 van de VWS-begroting 2021).

Vraag 911
Kunt u aangeven wat het betekent voor de raming van de zorgverzekeraars dat nu toch een tweede golf in Nederland is aangebroken, aangezien in de memorie van toelichting staat: «Zorgverzekeraars verwachten dat herstel zal plaatsvinden van de reguliere zorg na de eerste uitbraak in de periode maart tot en met mei en houden nu in hun raming geen rekening met een tweede golf»? Passen deze kosten binnen de bandbreedte?

Antwoord:
Er is veel onzekerheid over toekomstige uitbraken van het COVID-19-virus en de daarmee samenhangende financiële gevolgen voor de Zvw-uitgaven. De financiële gevolgen van een tweede golf zijn nu nog niet te vertalen in een raming, ook in verband met onzekerheid over de duur en diepte van zo'n tweede golf. Zoals in paragraaf 6.2.2.1 over de effecten van COVID-19 op de Zvw-uitgaven is aangegeven, komen meerkosten, als deze zich voordoen, voor rekening van de zorgverzekeraars, die deze meerkosten kunnen inbrengen in de catastroferegeling.

Vraag 912
Wat is de exacte berekening die ten grondslag ligt aan de aanpassing van de begrotingsbestanden (kolom 5)?

Antwoord:
In onderstaande tabel is kolom 5 «aanpassing begrotingsstanden» van pagina 156 van de ontwerpbegroting 2021 opgenomen als kolom 3. Deze kolom is tot stand gekomen door de stand van de VWS-begroting zonder Q2 mutaties (kolom 1) af te zetten tegen de aangeleverde gegevens van het Zorginstituut op basis van de eerste twee kwartalen (Q2) (kolom 2). Door beide standen met elkaar te vergelijken zijn de verschillen in beeld gebracht, die resulteren in kolom 3. Vervolgens zijn deze verschillen verwerkt in de ontwerpbegroting 2021 voor het jaar 2020. Daarmee sluit de VWS-begroting weer aan op de laatst geleverde zorgcijfers van het Zorginstituut.

Tabel aanpassing begrotingsstanden als gevolg van Q2 mutaties voor het jaar 2020 (bedragen x € 1 miljoen)[1]

	Stand begroting zonder Q2 mutaties	Levering Zorginstituut Nederland Q2-2020	Aanpassing begrotingsstanden als gevolg van Q2
	(1)[2]	(2)[3]	(3)
	2020	2020	2020
Eerstelijnszorg	6.421,2	6.413,7	– 7,5
Huisartsenzorg	3.319,9	3.294,8	– 25,1
Multidisciplinaire zorgverlening	682,2	678,4	– 3,8
Tandheelkundige zorg	819,7	804,8	– 14,9
Paramedische zorg	830,3	848,4	18,1
Verloskunde	257,8	260,2	2,4
Kraamzorg	336,4	348,6	12,2
Zorg voor zintuiglijk gehandicapten	174,9	178,4	3,5
Tweedelijnszorg	25.967,4	25.964,3	– 3,1
Medisch-specialistische zorg	24.303,2	24.317,7	14,5
Geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf	1.128,3	1.076,4	– 51,9
Overig curatieve zorg	535,9	570,2	34,3
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	4.106,0	4.188,2	82,2
Apotheekzorg en hulpmiddelen	6.602,8	6.689,8	87,0
Apotheekzorg	4.944,8	4.978,1	33,3
Hulpmiddelen	1.658,0	1.711,7	53,7
Wijkverpleging	3.817,1	3.598,9	– 218,2
Ziekenvervoer	794,0	795,5	1,5
Ambulancevervoer	667,1	672,1	5,0
Overig ziekenvervoer	126,9	123,3	– 3,6
Grensoverschrijdende zorg	696,8	662,0	– 34,8

[1] In deze tabel zijn alleen de sectoren opgenomen waarbij er mutaties zijn geweest als gevolg van de Q2 levering.
[2] Dit betreft de stand 1e suppletoire begroting 2020, inclusief enkele (autonome en technische) mutaties.
[3] In deze tabel zijn alleen de sectoren opgenomen waarbij er mutaties zijn geweest als gevolg van de Q2 levering.

Bron: VWS, gegevens Zorginstituut Nederland over (voorlopige) financieringslasten Zvw en Wlz en NZa-gegevens over de productieafspraken en (voorlopige) realisatiegegevens.

Vraag 913
Wat zijn de totale uitgaven aan intramurale en extramurale geneesmiddelen geweest in Nederland in de periode 2010–2019? Kunt u per jaar een uitsplitsing geven?

Antwoord:
Uitgaande van de uitgaven binnen de Zvw aan geneesmiddelen die vallen onder apotheekzorg («extramuraal») en de «add-ons» binnen de medisch specialistische zorg («intramuraal») is het overzicht, bedragen in miljoenen:

uitgaven geneesmiddelen binnen Zvw	2010	2011	2012	2013	2014
apotheekzorg	€ 3.790	€ 3.740	€ 3.170	€ 2.940	€ 2.920
msz (add-ons)	€ 580	€ 590	€ 1.170	€ 1.530	€ 1.660
totaal	€ 4.370	€ 4.330	€ 4.340	€ 4.470	€ 4.580
groei		-0,9%	0,2%	3,0%	2,5%
uitgaven geneesmiddelen binnen Zvw	2015	2016	2017	2018	2019
apotheekzorg	€ 3.050	€ 3.070	€ 3.140	€ 3.150	€ 3.270
msz (add-ons)	€ 1.770	€ 1.880	€ 2.050	€ 2.240	€ 2.370
totaal	€ 4.820	€ 4.950	€ 5.190	€ 5.390	€ 5.640
groei	5,2%	2,7%	4,8%	3,9%	4,6%
bron: GIPdatabank en GIPeilingen (Zorginstituut), 2019 betreft een inschatting (m.n. intramuraal kan nog wijzigen)					

Vraag 914
Welk deel van de uitgaven aan medisch-specialistische zorg en apotheekzorg betreft dure geneesmiddelen en welk deel weesgeneesmiddelen? Kunt u een overzicht geven over de periode 2010–2019?

Antwoord:
Voor medische specialistische zorg geldt dat de uitgaven aan «add-ons» in de regel als de dure geneesmiddelen wordt aangemerkt. Voor de goede orde, geneesmiddelen kunnen zowel onder dure als onder weesgeneesmiddelen vallen. Hieronder een overzicht van 2015–2019 (2010–2014 op korte termijn niet beschikbaar).

uitgaven geneesmiddelen binnen Zvw	2015	2016	2017	2018	2019
totale uitgaven geneesmiddelen	€ 4.820	€ 4.950	€ 5.190	€ 5.390	€ 5.640
uitgaven add-ons (intramuraal)	€ 1.770	€ 1.880	€ 2.050	€ 2.240	€ 2.370
% van totaal	37%	38%	39%	42%	42%
wees (intra- en extramuraal)	€ 390	€ 440	€ 490	€ 590	€ 700
% van totaal	8%	9%	9%	11%	12%
bron: GIPdatabank, GIPeilingen, Monitor Weesgeneesmiddelen (allen Zorginstituut). 2019 betreft een inschatting.					

De cijfers m.b.t. weesgeneesmiddelen zijn exclusief verrekening van prijsarrangementen.

Voor apotheekzorg geldt dat het Zorginstituut op gipdatabank.nl voor dure geneesmiddelen de definitie hanteert van «in het meest actuele jaar is de vergoeding hoger dan € 15 miljoen en de gemiddelde vergoeding per gebruiker is hoger dan € 1.000». Nadeel van deze methodiek van het Zorginstituut is dat het «het meest actuele jaar» als uitgangspunt neemt, waardoor het als trend niet bruikbaar is. Die cijfers zijn daarom in dit overzicht niet gebruikt.

Vraag 915
Hoeveel is begroot voor intramurale uitgaven aan geneesmiddelen in 2021? Wat zijn de verwachtingen per jaar van 2022 tot en met 2025 op basis van de huidige inzichten?

Antwoord:
Er is geen expliciet bedrag voor uitgaven aan intramurale geneesmiddelen begroot (de uitgaven zijn onderdeel van het kader voor medisch specialistische zorg).

In de jaren 2014–2018 zijn de uitgaven met gemiddeld 8% gegroeid. In 2019 komt de groei uit op zo'n 6%, wat gegeven de btw-verhoging van 3% een lagere groei dan de voorgaande jaren betekent. 2020 is door COVID-19 uiteraard een uitzonderlijk jaar. Bij de intramurale geneesmiddelen wordt geen raming gemaakt door het Zorginstituut (voor de extramurale geneesmiddelen wel). Een verwachting uitspreken voor de uitgavenontwikkeling bij intramurale geneesmiddelen is zeer lastig: dit komt m.n. door de (mogelijke) komst van nieuwe (dure) geneesmiddelen enerzijds en patentverloop van bestaande geneesmiddelen anderzijds.

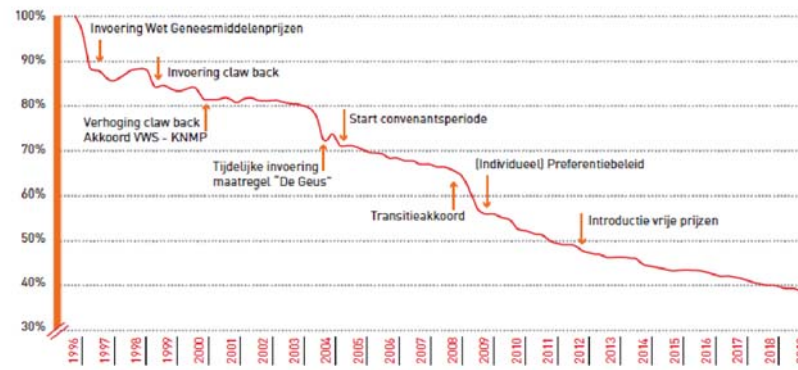
Vraag 916
Wat zijn de gemiddelde uitgaven per patiënt aan geneesmiddelen en wat is de gemiddelde geneesmiddelenprijs zowel intramuraal als extramuraal? Kunt u een overzicht geven over de periode 2010–2019?

Antwoord:
Hieronder een overzicht van 2015–2019 (2010–2014 op korte termijn niet beschikbaar). Bij de interpretatie daarvan is het belang te realiseren dat de prijzen avn extramurale geneesmiddelen zijn gedaald terwijl er bij intramurale geneesmiddelen nieuwe dure middelen bijkomen.

binnen Zvw	2015	2016	2017	2018	2019
gebruikers apotheekzorg (extramuraal)	11,389	11,471	11,390	11,576	11,591
gebruikers msz (intramuraal)	0,184	0,196	0,255	0,282	0,301
totaal gebruikers in miljoenen	11,573	11,667	11,645	11,858	11,892
totale uitgaven in miljoenen	€ 4.820	€ 4.950	€ 5.190	€ 5.390	€ 5.640
uitgaven per gebruiker	€ 417	€ 424	€ 446	€ 455	€ 474
bron: GIPdatabank					

De gemiddelde prijs van geneesmiddel heeft SFK voor extramuraal (apotheekzorg) beschikbaar, zie hieronder. Voor intramuraal ontbreekt een dergelijke index (nog).

1.3 SFK-prijsindex voor receptgeneesmiddelen in het basispakket (jan 1996 = 100)



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Vraag 917
Kunt u in kaart brengen wat de gezondheidswinst voor patiënten is van alle geneesmiddelen samen over de periode 2010–2019?

Antwoord:
Het is duidelijk dat geneesmiddelen bijgedragen hebben aan gezondheidswinst voor miljoenen patiënten de afgelopen decennia. Ik wil hier, en zeker niet uitputtend, wel voorbeelden noemen hoe de behandeling van diabetes, kanker, HIV, hepatitis, longaandoeningen, reuma, auto-immuunziektes en weesziektes verbeterd is. Met name ook door geneesmiddelen. Uw vraag over de hoeveelheid gezondheidswinst die geneesmiddelen de afgelopen decennia hebben opgeleverd is echter niet kwantitatief te beantwoorden.

Vraag 918
Kunt u aangeven waarom er geen budgettair effect van inhaalzorg in 2021 wordt verwacht?

Antwoord:
Tijdens de eerste golf is een groot deel van de reguliere zorg stilgevallen. Daarna is de reguliere zorg weer grotendeels op gang gekomen. In de raming van de zorguitgaven op de VWS-begroting wordt geen rekening gehouden met inhaalzorg in 2021. Of er op grote schaal inhaalzorg plaatsvindt in 2021, en zo ja welke effecten dat heeft op de zorguitgaven, is immers moeilijk in te schatten.

Vraag 919
Hoe verhouden de onderbesteding in de wijkverpleging en de veronderstelling dat er geen budgettair effect van inhaalzorg in 2021 zal zijn zich tot de toegankelijkheid en kwaliteit van wijkverpleging?

Antwoord:
In het addendum op het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging is met de HLA-partijen afgesproken dat het effect van de Corona-crisis zelf en het terugschalen van de zorg zich moeilijk laat voorspellen en dat dit een goede beoordeling van het effect van de ramingsbijstelling bemoeilijkt. Uiterlijk in februari 2021 vindt een gezamenlijke beoordeling door HLA-partijen plaats van beide effecten. Ik benadruk dat de ramingsbijstelling niets af doet aan de afspraken die zijn gemaakt in het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging. Mochten de uitgaven alsnog op het niveau van het oorspronkelijke HLA-kader komen, dan is dat conform de gemaakte afspraken in het hoofdlijnenakkoord en volgen er geen budgettaire maatregelen.

Vraag 920
Wat is er gebeurd met de resultaten van het onderzoek van AEF ten aanzien van de substitutie effecten van fysiotherapie?

Antwoord:
AEF doet in het rapport «Zorgverplaatsing naar de paramedische sector: lokale kansen verzilveren op nationaal niveau» na het bestuderen van verschillende initiatieven aanbevelingen om verschuiving van medisch specialistische zorg en huisartsen zorg naar de paramedische zorg te stimuleren. Deze aanbevelingen gaan over het onderbouwen van kwaliteit van zorg en kosteneffectiviteit, de organisatiegraad van de paramedische sector, vertrouwen, samenwerking en harmonisatie in de netwerkstructuur om de bestaande initiatieven groter te maken en nieuwe initiatieven te vinden. Deze onderwerpen komen terug in de Bestuurlijke Afspraken Paramedische Zorg 2019–2022 (TK 2018–2019, 33 578, nr. 67). Bij de uitvoering van deze afspraken worden de aanbevelingen uit het rapport

van AEF meegenomen, bijvoorbeeld bij het opstellen van een plan van aanpak voor het vergroten van de organisatiegraad van paramedici.

Vraag 921
Hoe gaat u er zorg voor dragen dat de zorg die fysiotherapie te bieden heeft beter benut wordt en er meer substitutie van zorg plaatsvindt?

Antwoord:
De transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek is, net als in de verschillende Hoofdlijnenakkoorden, het uitgangspunt van de Bestuurlijke Afspraken Paramedische Zorg 2019–2022 (TK 2018–2019, 33 578, nr. 67). De paramedische zorg kan een belangrijke bijdrage leveren aan het realiseren van de doelen van de juiste zorg op de juiste plek (JZOJP). Door gezamenlijk te werken aan de uitvoering van de bestuurlijke afspraken, worden de randvoorwaarden gecreëerd om paramedici – waaronder fysiotherapeuten – beter in staat te stellen die bijdrage te leveren.

Vraag 922
Hoe gaat u bewerkstelligen dat de besparingen die worden gerealiseerd in de tweede lijn als gevolg van (vele malen kosteneffectievere) extra inzet van fysiotherapie (deels) terugvloeien naar het beschikbare budget voor fysiotherapie in de basisverzekering en de aanvullende verzekering?

Antwoord:
In de eerste plaats is het aan zorgverzekeraars om met hun inkoopbeleid juiste zorg op de juiste plek te stimuleren. Zorgverzekeraars en fysiotherapeuten maken hierover contractafspraken. Over de juiste zorg op de juiste plek zijn bovendien afspraken gemaakt in de hoofdlijnenakkoorden. Binnen de Zvw geldt dat wanneer bepaalde zorg wordt verschoven naar fysiotherapie in de eerste lijn daar ook in de macrokaders rekening mee wordt gehouden. Zo is meest recentelijk voor de behandeling van claudicatio intermittens budget overgeheveld naar de sector fysiotherapie. Voor het deel dat vanuit de aanvullende verzekering wordt betaald, geldt dat verzekeraars zelf bepalen welk bedrag zij beschikbaar stellen voor fysiotherapie.

Vraag 923
Wat is de reden dat in de begroting 2021 nu al rekening wordt gehouden met meerkosten voor de GGD-en en de veiligheidsregio's voor een bedrag van bijna 500 miljoen euro? Waar is het bedrag op gebaseerd?

Antwoord:
Ik verwijs u hiervoor naar mijn antwoorden op de vragen 964 en 966.

Vraag 924
Is het juist dat de extra uitgaven Wlz van 190 miljoen euro voor pgb-houders en zorgaanbieders die te maken hebben met extra kosten door het coronavirus gebaseerd is op de ramingen en inzichten tot en met mei 2020? Is dat bedrag toereikend, gezien het verloop van de coronapandemie? Zijn op dit punt al meer actuele cijfers beschikbaar?

Antwoord:
De COVID-19 pandemie leidt tot uitgaven voor zorgaanbieders en pgb-houders in de Wlz. Omdat hier geen prestatie/grondslag voor was, en om zorgaanbieders in staat te stellen om te doen wat nodig is om veilige en verantwoorde zorg te kunnen leveren, zijn hiervoor aparte regelingen opgesteld.
Voor cliënten met een pgb is hiervoor de regeling Extra Kosten Corona opgesteld. Op basis van eerste realisatiecijfers is een inschatting gemaakt

van het financiële effect. Dit bedraagt € 40 miljoen voor de periode maart t/m juli 2020.
Voor zorg in natura binnen de Wlz is deze maatregel uitgewerkt in de beleidsregel SARS-CoV-2 virus van de NZa. Het financiële effect hiervan wordt geraamd op € 150 miljoen voor de periode maart t/m mei. Deze extra kosten worden buiten de contracteerruimte vergoed.
Voor zowel het pgb als zorg in natura geldt dat de regeling in ieder geval t/m 31 december 2020 van kracht is. Deze bedragen kunnen dus nog oplopen. Vanwege de onzekerheid omtrent het verloop van het virus en de hiermee samenhangende kosten is geen raming voor heel 2020 opgenomen. Er zijn nog geen actuelere cijfers beschikbaar.

Vraag 925
Kun u naast de in paragraaf 6.2.2. beschreven budgettaire effecten van de coronacrisis op de zorg die bekostigd worden via de Zvw en Wlz, ook op hoofdlijnen inzicht geven wat de budgettaire effecten tot nu toe zijn voor de via de Wmo 2015 en de Jeugdwet bekostigde zorg?

Antwoord:
Gedurende de gehele periode van de coronacrisis zijn de budgetten die voor de bekostiging van de Wmo 2015 en Jeugdwet vanuit het Rijk richting gemeenten vloeien onverminderd doorgezet. Dit is logisch, omdat Rijk en VNG gezamenlijk een dringende oproep aan gemeenten hebben gedaan om gecontracteerde zorgaanbieders onverminderd door te betalen (van 25 maart tot 1 juli) en de zorg inmiddels weer grotendeels opgestart is. Door de coronacrisis hebben gemeenten echter ook kosten aan zorgaanbieders moeten vergoeden die niet onder de reguliere budgetten konden worden gedekt. Gemeenten worden hiervoor door het Rijk gecompenseerd en hebben eind mei op basis van de toen beschikbare informatie reeds een voorschot van 144 miljoen op deze compensatie ontvangen. Het Rijk en de VNG hebben deze zomer gezamenlijk een onderzoek uitgezet waarin de budgettaire effecten als gevolg van corona voor de via de Wmo 2015 en Jeugdwet bekostigde zorg nader wordt onderzocht. De uitkomsten van dit onderzoek en de daaruit volgende definitieve compensatieafspraken tussen Rijk en VNG worden op korte termijn verwacht.

Vraag 926
Klopt het dat de extra uitgaven van 190 miljoen euro voor pgb-houders en zorgaanbieders die te maken hebben met extra kosten door het corona-virus gebaseerd zijn op de ramingen en inzichten tot en met mei 2020? Is dat bedrag toereikend en zijn er nu al meer actuele cijfers beschikbaar?

Antwoord:
De COVID-19 pandemie leidt tot uitgaven voor zorgaanbieders en pgb-houders in de Wlz. Omdat hier geen prestatie/grondslag voor was, en om zorgaanbieders in staat te stellen om te doen wat nodig is om veilige en verantwoorde zorg te kunnen leveren, zijn hiervoor aparte regelingen opgesteld.
Voor cliënten met een pgb is hiervoor de regeling Extra Kosten Corona opgesteld. Op basis van eerste realisatiecijfers is een inschatting gemaakt van het financiële effect. Dit bedraagt € 40 miljoen voor de periode maart t/m juli 2020.
Voor zorg in natura binnen de Wlz is deze maatregel uitgewerkt in de beleidsregel SARS-CoV-2 virus van de NZa. Het financiële effect hiervan wordt geraamd op € 150 miljoen voor de periode maart t/m mei. Deze extra kosten worden buiten de contracteerruimte vergoed.
Voor zowel het pgb als zorg in natura geldt dat de regeling in ieder geval t/m 31 december 2020 van kracht is. Deze bedragen kunnen dus nog oplopen. Vanwege de onzekerheid omtrent het verloop van het virus en

de hiermee samenhangende kosten is geen raming voor heel 2020 opgenomen. Er zijn nog geen actuelere cijfers beschikbaar.

Vraag 927
Welk gedeelte van de totale meevaller van de totale zorguitgaven, die volgens tabel 2 op oploopt tot 4,5 miljard euro in 2024, is toe te schrijven aan de meerjarige aanpassing van de geraamde loonontwikkeling in de zorg?

Antwoord:
Zoals weergegeven in tabel 2 op pagina 162 van de VWS-ontwerpbegroting 2021, zijn de netto zorguitgaven in 2020 opwaarts bijgesteld met € 89 miljoen en vanaf 2021 neerwaarts bijgesteld met € 1,8 miljard, oplopend tot € 4,5 miljard in 2024.

Deze bijstelling van € 4,5 miljard in 2024 is voor minder dan de helft toe te schrijven aan de aanpassing in de geraamde loonontwikkeling (€ 2 miljard in 2024). De geraamde loonontwikkeling is aangepast doordat de ramingen uit de Middellangetermijnraming (MLT) van het CPB in de begroting zijn verwerkt. Bij de MLT is de loonontwikkeling van gemiddeld 2,6% in de jaren 2021–2024 naar beneden bijgesteld tot gemiddeld 1,9% in de jaren 2021–2024 door het CPB.

Vraag 928
Welk gevolgen heeft de nieuwste loonraming van het CPB voor het beschikbare bedrag voor de OVA?

Antwoord:
De ova-systematiek volgt de rekenregels uit het ova-convenant. Dit gebeurt op basis van objectieve criteria uit de ramingen van het Centraal Planbureau (CPB). Deze systematiek is er op gericht om in zorg en welzijn een marktconforme arbeidskostenontwikkeling mogelijk te maken.

Dit betekent dat wanneer in de marktsector een lagere contractloonontwikkeling geraamd wordt dit zich voor zorg en welzijn automatisch doorvertaalt in een navenant lagere overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling.

Nu de economische situatie in Nederland in verband met COVID-19 minder rooskleurig is geworden is de verwachte contractloonontwikkeling in de markt ook lager. Ten opzichte van de Macro-Economische Verkenning 2020 van september 2019 vertaalt zich dit in een lagere geraamde contractloonstijging voor 2021 en bijgevolg in een neerwaartse bijstelling van het gereserveerde bedrag voor loon- en prijsontwikkeling. Naar de huidige inschattingen zal de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling in 2021 circa 1 miljard euro bedragen.

Vraag 929
Welk gedeelte van de totale meevaller van de totale zorguitgaven, die volgens tabel 2 oploopt tot 4,5 miljard euro in 2024, is toe te schrijven aan de meerjarige aanpassing van de geraamde loonontwikkeling in de zorg?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 927

Vraag 930
Kan worden toegelicht hoe het zit met de schadelast van de ggz in de begroting, waarbij om technisch-administratieve redenen sprake is van eenmalige lagere zorguitgaven in termen van schadelast?

Antwoord:
Ik heb de Tweede Kamer recent geïnformeerd over mijn voornemen een aanwijzing te geven aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om per 2022 het zogenaamde zorgprestatiemodel in te voeren als nieuwe bekostiging voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz). Met de nieuwe bekostiging verandert ook de wijze waarop ggz-kosten worden toegerekend aan een bepaald jaar. Op dit moment worden alle kosten van een ggz-behandeltraject toegerekend aan het jaar waarin de behandeling start. Van een behandeltraject dat bijvoorbeeld loopt van 1 juni 2020 tot 1 juni 2021 worden dus alle kosten toegerekend aan schadelastjaar 2020.

In de nieuwe systematiek wordt de zorg echter niet per traject bekostigd, maar per los consult. Hierdoor worden de kosten van elk ggz-consult toegerekend aan het jaar waarin dit consult ook echt plaatsvond. Van een behandeltraject dat bijvoorbeeld loopt van 1 juni 2021 tot 1 juni 2022 worden de kosten van alle consulten die na 1 januari plaatsvinden, dus toegerekend aan schadelastjaar 2022 en niet aan schadelastjaar 2021.

Dit veroorzaakt in de boekhouding incidenteel een opvallend lage omvang van de totale schadelast in het jaar 2021. Echter, dit effect is puur administratief: de werkelijk geleverde hoeveelheid zorg verandert er niet door, evenmin als de bijbehorende omzet van zorgaanbieders.

Vraag 931
Hoe komt het verwachte besparingsverlies van 40 miljoen euro door uitstel van de modernisering van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) tot stand? Kan dit bedrag nader worden toegelicht?

Antwoord:
Bij de nadere uitwerking van de taakstelling uit het regeerakkoord op genees- en hulpmiddelen (zie brief aan Tweede Kamer d.d. 15 juni 2018, Kamerstuk 29477), is de besparing van de GVS modernisering voor het jaar 2021 bepaald op € 40 miljoen. Dit bedrag was een oploop richting het totaalbedrag van € 140 miljoen in 2022.

Vraag 932
In hoeverre wordt het verwachte besparingsverlies door uitstel van de modernisering van het GVS gecompenseerd door onder andere de jaarlijkse onderschrijding op het geneesmiddelenbudget en andere maatregelen zoals de aanpassing van de Wet geneesmiddelenprijzen in combinatie met de devaluatie van de Noorse kroon?

Antwoord:
Dit is niet gedekt via een eventuele onderschrijding van het geneesmiddelenkader, omdat het kader voor 2020 vooralsnog op een overschrijding staat (en 2021 nog niet bekend is). Ook is het besparingsverlies niet gedekt door aanpassing van de Wet geneesmiddelenprijzen: die besparing draagt bij aan het behalen van de taakstelling op genees- en hulpmiddelen uit het regeerakkoord.

Vraag 933
Hoeveel is bezuinigd op de wijkverpleging sinds 2015?

Antwoord:
Er is in de jaren vanaf 2015 niet bezuinigd op de uitgaven voor wijkverpleging. Wel is er in het kader van het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging 2018 afgesproken dat een deel van de onderschrijding in 2017 (namelijk € 50 miljoen) structureel wordt afgeroomd vanaf 2018. Daarnaast heb ik begin dit jaar een technische bijstelling op het budget voor de wijkverpleging doorgevoerd. Dit heeft geen consequenties voor de uitvoering

van de ambities in de wijkverpleging. De in het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019–2022 afgesproken groei van jaarlijks 2,4% blijft gewoon bestaan; het kader neemt als gevolg van deze groei jaarlijks met circa € 100 miljoen toe.

Vraag 934
Kunt u een overzicht sturen van de uitgaven van de wijkverpleging sinds 2015?

Antwoord:

Jaar	2015	2016	2017	2018	2019
Uitgaven wijkverpleging (x € 1 miljoen)	3.114	3.237	3.398	3.621	3.563

De uitgaven in 2018 en 2019 betreffen voorlopige uitgavenrealisaties. Voor de jaren 2020 en 2021 zijn nog geen cijfers over de uitgavenrealisaties beschikbaar.

Vraag 935
Hoe groot zijn de personeelstekorten in de wijkverpleging en de palliatieve zorg?

Antwoord:
Het onderzoek van bureau Panteia («De situatie op de arbeidsmarkt in de wijkverpleging» dd. 30 april 2020[67]) voorspelt dat in de periode 2018–2027 30% extra personeel in de wijkverpleging nodig is om de verhoogde vraag als gevolg van de vergrijzende bevolking en de verhoogde uitstroom van personeel vanwege pensionering aan te kunnen. Omgerekend betekent dit dat voor de wijkverpleging een tekort wordt verwacht dat op kan lopen tot circa 8.000–10.000. Voor de palliatieve zorg zijn geen aantallen bekend over mogelijke personeelstekorten.
Palliatieve zorg vindt nagenoeg in alle zorgsectoren plaats, er wordt niet apart bijgehouden of er personeelstekorten zijn in de palliatieve zorg.

Vraag 936
Hoeveel patiëntenstops hebben plaatsgevonden in de wijkverpleging in 2020? Hoeveel waren dit er in voorgaande jaren?

Antwoord:
De NZa monitor contractering wijkverpleging 2020 (TK 2019–2020, 32 620, nr 261) laat zien dat in 2019 ruim 18% van de aanbieders een patiëntenstop heeft afgegeven in verband met het bereiken van het omzetplafond (tegenover 19% in 2018 en 16% in 2017). Van de 240 aanbieders die de enquête van de NZa hebben ingevuld, geeft 20% aan gedurende 2019 vanwege een personeelstekort een patiëntenstop te hebben ingesteld. In 2017 was dat 15% en in 2018 14%.
Over 2020 zijn hierover nog geen gegevens beschikbaar.

Vraag 937
Kunt u een overzicht sturen hoeveel geld er sinds 2015 is overgehouden op de wijkverpleging ten opzichte van de geraamde budgetten?

[67] https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/04/30/de-situatie-op-de-arbeidsmarkt-in-de-wijkverpleging.

Antwoord:

Jaar	2015	2016	2017	2018	2019
Afgesproken in HLA	3.079	3.336	3.589	3.778	3.956
Loon- en prijsbijstelling	4	51	105	132	142
Herverdeling extramuralisering n.a.v. actualisering 2014	84	6	– 32		
Samenloop Wlz					– 80
Overige mutaties		39	– 137		
Beschikbaar budget	3.167	3.432	3.525	3.860	4.018
(Verwachte) realisatie	3.114	3.237	3.398	3.621	3.563
Onderschrijding	53	195	127	239	455

De uitgaven in 2018 en 2019 betreffen voorlopige uitgavenrealisaties.

Vraag 938
Welke invloed heeft de corona-crisis (gehad) op de uitgaven aan apotheekzorg?

Antwoord:
Enerzijds zijn er signalen zoals uit de KNMP Monitor Coronavirus dat het aantal verstrekkingen fors lager heeft gelegen dan in 2019. Anderzijds, in de uitgavencijfers van het zorginstituut (gebaseerd op gegevens van verzekeraars) komt deze daling nog niet terug in de totale uitgavencijfers m.b.t. 2020; die cijfers komen vooralsnog op een vrij normale groei van rond de 2,5%. Ook de cijfers vanuit de Stichting Farmaceutische Kengetallen komen vooralsnog op een groei van rond de 2%. Het is dus nog onvoldoende duidelijk wat hier over het totaal van 2020 zal zijn gebeurd qua uitgaven (overigens ook mede gegeven mogelijke gevolgen van de 2de golf).

Vraag 939
Hoeveel procent van het geneesmiddelenbudget is in de afgelopen jaren uitgegeven aan weesgeneesmiddelen? {Vraag moet zijn: «Is er een schatting van hoeveel procent van het geneesmiddelenbudget zal worden uitgegeven aan weesgeneesmiddelen, en zo ja hoeveel?»}

Antwoord:
Zie ook antwoord op vraag 920, in totaal werd in 2015–2019 rond de 10% van de uitgaven aan geneesmiddelen uitgegeven aan weesgeneesmiddelen in een stijgende trend. Als deze stijging zich doorzet dan kunnen de brutouitgaven (exclusief verrekening van prijsarrangementen) naar verwachting tegen de 15% van de uitgaven aan geneesmiddelen in 2021 bedragen.

Vraag 940
Hoeveel procent van het geneesmiddelenbudget is in de afgelopen jaren uitgegeven aan weesgeneesmiddelen?

Antwoord:
Zie antwoord op vraag 914.

Vraag 941
Welke uitgaven zijn specifiek lager dan verwacht, aangezien het extramurale hulpmiddelenkader met 40 miljoen euro naar beneden wordt bijgesteld, omdat de uitgaven naar verwachting lager zijn dan het beschikbare budgettaire kader?

Antwoord:
Er was in het hulpmiddelenkader voor het jaar 2020 ruim groeiruimte beschikbaar (+5,8%). Dit was mede door verwachte meerkosten door invoering van Europese regelgeving omtrent markttoelating vanaf 2020 (€ 45 miljoen op jaarbasis). Deze regelgeving is uitgesteld. Daarnaast is het mogelijk dat door uitval van reguliere zorg in 2020 ook de uitgaven aan hulpmiddelen in het algemeen lager zouden zijn dan verwacht.

Vraag 942
Er wordt aangegeven dat een deel van de kosten (48 miljoen euro) van het uitstellen van de aanpassing van de Wet geneesmiddelenprijzen naar verwachting kan worden opgevangen binnen het bestaande financiële kader voor extramurale geneesmiddelen, maar waarom niet het gehele bedrag? Hoe gaat dit «opvangen» in zijn werk?

Antwoord:
Het gehele bedrag paste naar verwachting niet binnen het bestaande kader (dan zou er naar verwachting een overschrijding ontstaan), vandaar dat voor een deel wel en voor een deel niet het kader is opgehoogd. M.b.t. de term opvangen: hiermee wordt bedoeld dat het binnen het budget past.

Vraag 943
Wat is het nettobedrag OVA over 2021? Wat wordt geraamd voor 2022 en 2023? Hoeveel was de definitieve OVA in 2020?
Met hoeveel miljoen euro zal naar verwachting de pensioenpremie volgend jaar stijgen in de sector zorg en welzijn?

Antwoord:
Onderstaande tabel bevat de Ova-bedragen voor de periode 2020–2023.

Ova 2020–2023 (x mld.)

2020	2021	2022	2023
1,1	1,0	0,8	1,0

Het bedrag voor 2020 is definitief vastgesteld. De bedragen voor 2021–2023 betreffen actuele ramingen en zijn gebaseerd op de MEV 2021 van het CPB die in september is verschenen. Mede door de Corona-crisis hebben de bedragen voor 2022 en 2023 nog een zeer voorlopig karakter. Naar verwachting stijgen de pensioenpremies zorg in 2021 met circa 0,5 mld. ten opzichte van 2020.

Vraag 944
Welke invloed heeft de beoogde modernisering van het GVS op de patiënt?

Antwoord:
De modernisering van het GVS kent twee hoofdelementen: een herberekening van de vergoedingslimieten en de invoering van een vangnet (medische noodzaak) voor de patiënt. Ten aanzien van het eerste betekent dit dat voor het grootste deel van de producten de vergoedingslimiet omlaag gaat. In bepaalde gevallen kan hierdoor een bijbetaling voor de patiënt op het product ontstaan. Echter, als fabrikanten hun prijzen verlagen tot de nieuwe vergoedingslimieten, dan ontstaat deze bijbetaling voor de patiënt niet. Als de fabrikant de prijs niet verlaagt (en dus een bijbetaling ontstaat), dan kan de patiënt de bijbetaling vermijden door te wisselen naar een vergelijkbaar geneesmiddel zonder bijbetaling. In het geval een patiënt om medische redenen alleen een geneesmiddel met een

bijbetaling kan gebruiken, wordt er gewerkt aan een vangnet. Dat betekent dat de patiënt de bijbetaling niet verschuldigd is. De herberekening van de vergoedingslimieten leidt er voor bepaalde producten toe dat de vergoedingslimiet juist stijgt, waardoor in bepaalde gevallen de huidige bijbetaling voor de patiënt vervalt. Met de modernisering van het GVS wordt dus enerzijds een uitgavenbeheersing gerealiseerd door fabrikanten aan te zetten tot prijsverlagingen, maar ook door doelmatig gebruik door artsen en patiënten te stimuleren.

Vraag 945
Kunt u aangeven welke stappen ondernomen worden als firmas en groothandels geneesmiddelenvoorraden niet aanleggen en zich terugtrekken van de Nederlandse markt? Welke gevolgen heeft dat voor de aanleg van de voorraden?

Antwoord:
Marktpartijen beslissen zelf of zij hun producten op de Nederlandse markt aanbieden. Bij het intrekken van een handelsvergunning controleert het College voor de Beoordeling van Geneesmiddelen of er andere vergelijkbare producten beschikbaar blijven. In sommige gevallen wordt een beroep gedaan op het bedrijf om een product toch op de markt te houden. Het is van belang dat de Nederlandse markt een interessante afzetmarkt is en blijft voor fabrikanten en groothandels. Ik heb hierbij structurele aandacht voor de gevolgen met betrekking tot het aanleggen van voorraden en voor kwetsbare geneesmiddelen aan de «onderkant van de geneesmiddelenmarkt».

Vraag 946
Waarom komt de nieuwe regeling voorwaardelijke toelating geneesmiddelen en het daarvoor beschikbare budget in een toelichting wel aan bod, maar is hier in de rest van de VWS-begroting niets over terug te vinden?

Antwoord:
De indeling van de hoofdstukken in de VWS-begroting is gewijzigd. In het eerste hoofdstuk zijn de wijzigingen in het FBZ opgenomen. In de hoofdstukken 6.2, 6.3 en 6.4 wordt de uitgavenontwikkeling in beeld gebracht. Vervolgens wordt in hoofdstuk 6.5 de financiering van de zorguitgaven gepresenteerd. De uitgaven binnen de voorwaardelijke toelating geneesmiddelen staan vermeld in het verdiepingshoofdstuk bij hoofdstuk 6.5. Dit verdiepingshoofdstuk wordt alleen nog integraal als open data beschikbaar gesteld. Op https://opendata.rijksbegroting.nl/#dataset_4c en https://data.overheid.nl/data/dataset?tags=vws worden de financiële bijstellingen per deelsector tussen de ontwerpbegroting 2020 en 2021 gepresenteerd en toegelicht.

Vraag 947
Wat wordt precies bedoeld met de zinsnede dat het resterende bedrag van 17,2 miljoen euro meerkosten betreft die worden bekostigd uit de wettelijke domeinen waarbinnen zij actief zijn?

Antwoord:
De NZa heeft de kosten van de medische vervolgopleidingen ggz herijkt. Hierdoor nemen de uitgaven in het kader van de beschikbaarheidsbijdrage toe met € 40,9 miljoen. Van dit bedrag betreft € 23,7 miljoen specifiek de opleidingskosten voor de curatieve ggz. Conform het Hoofdlijnenakkoord ggz wordt dit bedrag gedekt via het macrokader voor de curatieve ggz. Dan resteert een bedrag van € 17,2 miljoen aan meerkosten voor opleidingen door geïntegreerde ggz-instellingen binnen de Wlz, de Wmo, de Wet forensische zorg en het gemeentelijke domein

(jeugd-ggz). Deze meerkosten worden via meevallers elders binnen het Uitgavenplafond Zorg gedekt.

Vraag 948
Waarom komt de nieuwe regeling voorwaardelijke toelating geneesmiddelen en het daarvoor beschikbare budget in een toelichting wel aan bod, maar is hier in de rest van de VWS-begroting niets over terug te vinden?

Antwoord:
Ik verwijs naar mijn antwoord op vraag 946

Vraag 949
Kunt u een uitsplitsing geven van de verschillende effecten die hebben geleid tot een actualisering van de opbrengst van het eigen risico?

Antwoord:
Er zijn meerdere effecten die hebben geleid tot een bijstelling van de raming van de opbrengsten van het eigen risico. Ten eerste zijn er nieuwe cijfers verwerkt van de Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM) met betrekking tot de verdeling van de zorgkosten. Dit leidt tot een beperkte opwaartse bijstelling. Ten tweede is de raming van het verwachte aantal verzekerden opwaarts bijgesteld, ook dit leidt tot een opwaartse bijstelling. Als laatste zijn de totale zorgkosten waarover het eigen risico wordt betaald, per saldo neerwaarts bijgesteld als gevolg van de lagere loon- en prijs ontwikkeling en de lagere middellange termijn raming. Bovengenoemde effecten leiden per saldo tot een opwaartse bijstelling met € 11,8 miljoen van de verwachte opbrengsten van het eigen risico in 2021 en een neerwaartse bijstelling in latere jaren.

Vraag 950
Het aantal uitstaande indicaties voor verpleging en verzorging is toegenomen van ruim 162.000 euro op 1 januari 2019 naar bijna 170.000 euro op 1 januari 2020, wat is in dit verband het verschil tussen uitstaande indicaties en wachtenden op een plaats in een verpleeghuis?

Antwoord:
Het aantal uitstaande indicaties geeft aan hoeveel unieke personen op het betreffende peilmoment een geldige indicatie hebben. Als het aantal toeneemt is sprake van een toename van de vraag naar Wlz-zorg. Het overgrote deel van de cliënten met een uitstaande indicatie is opgenomen, of is in zorg op basis van VPT of pgb.
Het aantal wachtenden betreft mensen met een opnamewens op korte of wat langere termijn. Het overgrote deel van de wachtenden ontvangt extramurale zorg tot cliënt wordt opgenomen.

Vraag 951
Kunt u een overzicht geven van de kosten voor de ouderenzorg per jaar gedurende deze kabinetsperiode, uitgesplitst naar het basispad op grond van de Middellangetermijnverkenning (MLT)-raming, middelen op grond van het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg en andere aanpassingen?

Antwoord:
De MLT 2018–2021 is reeds verwerkt in de VWS-begroting van 2018. Daarom zijn deze standen als basispad genomen. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de uitgaven aan (intramurale) ouderenzorg in de Wlz per jaar gedurende deze kabinetsperiode in prijspeil 2017. De tabel maakt een onderscheid tussen de uitgavenontwikkeling op grond van het basispad, de extra uitgaven als gevolg van het Kwaliteitskader en overige aanpassingen. Onder overige aanpassingen vallen met name de volume- en prijsontwikkelingen.

bedragen in miljarden euro[1]	2017	2018	2019	2020	2021
Basispad intramurale ouderenzorg OW2021	9,1	9,4	9,4	9,3	9,3
Extra middelen kwaliteitskader verpleeghuiszorg	0,1	0,4	1,0	1,6	2,1
Overige aanpassingen	0,0	0,3	1,3	1,9	2,0
Intramurale ouderenzorg, realisatie t/m 2019; raming vanaf 2021[2]	9,2	10,1	11,7	12,8	13,5

[1] Bron: Jaarverslagen VWS 2017, 2018 en 2019 en Ontwerpbegrotingen VWS 2018 en 2021.
[2] De tabel bevat afrondingsverschillen.

Vraag 952
Hoe kan het budget voor de post «Volledig pakket thuis» langjarig hetzelfde blijven, terwijl de groep mensen die hier gebruik van maakt aantoonbaar groter wordt?

Antwoord:
De reden dat voor de toekomstige jaren bij Volledig pakket thuis (VPT) hetzelfde bedrag is vermeld, is omdat de groeiruimte voor VPT voor die jaren nog is opgenomen onder de post «nominaal en onverdeeld».

Vraag 953
Wat is de verklaring voor het feit dat de lange termijn uitgaven voor «extramurale zorg» fluctueren, maar afnemen, in ogenschouw nemende dat de doelgroep van deze financiering toeneemt?

Antwoord:
De gepresenteerde uitgaven voor «extramurale zorg» in tabel 8 van het Financieel Beeld Zorg zijn vanaf het jaar 2022 exclusief groeiruimte. De gereserveerde groeiruimte zorgt ervoor dat er voldoende middelen zijn om de verwachte groei van de doelgroep op te vangen.

Vraag 954
Hoe komt het dat er een neerwaartse aanpassing is van het plafond voor het kader Zorg voor 2021, terwijl sprake is van een structurele stijging van de zorgkosten?

Antwoord:
Het Uitgavenplafond Zorg (UPZ) is bij de Startnota van het kabinet-Rutte III voor de periode 2018–2021 vastgesteld. Het UPZ wordt conform de begrotingsregels bijgesteld voor loon- en prijsontwikkelingen op basis van actuele macro-economische inzichten van het Centraal Planbureau (CBP) en overboekingen tussen de Uitgavenplafonds. De loon- en prijsontwikkeling voor 2021 ligt € 444 miljoen lager dan werd verwacht bij de ontwerpbegroting 2020 (zgn. verticale ontwikkeling). Hiervoor is het Uitgavenplafond Zorg gecorrigeerd.

Ondanks deze neerwaartse bijstelling van het Uitgavenplafond nemen de zorguitgaven nog steeds toe (zgn. horizontale ontwikkeling). Zoals op pagina 162 (horizontale ontwikkeling zorguitgaven) van de VWS-begroting is te zien stijgen de netto zorguitgaven in 2021 ten opzichte van 2020 met € 1,8 miljard (van € 73,5 miljard naar € 75,3 miljard).

Vraag 955
Wat kostte een bewoner van een verpleeghuis in 2019, op welke ligduur baseert u dit getal en is dit in- of exclusief de eigen bijdragen van een cliënt? Kunt u hetzelfde aangeven voor een bewoner uit 2015?

Antwoord:
Verpleeghuiszorg wordt in dit antwoord gedefinieerd als zorg die wordt geleverd aan cliënten met een zzp VV 4–10, inclusief behandeling. De gemiddelde kosten voor een verpleeghuisdag bedroegen in 2019 € 263

per dag. Dit is het zzp-tarief inclusief behandeling en de normatieve huisvestingscomponent, verhoogd met de opslag voor Waardigheid en Trots en de extra middelen vanuit het kwaliteitsbudget verpleeghuiszorg. Dit bedrag is afgeleid van de declaraties die zorgkantoren over 2019 bij Vektis hebben aangeleverd voor zzp VV 4–10. Omgerekend naar jaarbasis zijn de kosten circa € 96.000 per persoon, ervan uitgaande dat de cliënt het hele jaar in het verpleeghuis verblijft. Deze kosten zijn exclusief de eigen bijdrage van de cliënt.

In 2015 bedroegen de kosten voor verpleeghuiszorg (VV 4–10, inclusief behandeling) gemiddeld € 216 per dag, inclusief normatieve huisvestingscomponent (100%) en toeslagen. Dit bedrag is afgeleid van de omvang van de productieafspraken voor zzp VV 4–10 die zorgkantoren over 2015 hebben gemaakt. Omgerekend naar jaarbasis zijn de kosten circa € 79.000 per persoon, ervan uitgaande dat de cliënt het hele jaar in het verpleeghuis verblijft. Deze kosten zijn exclusief de eigen bijdrage van de cliënt (bron: 2019: CBS Monitor Langdurige Zorg; 2015: NZa productiegegevens 2015).

Vraag 956
Wat kostte een Wlz-client met een verpleging en verzorging (vv)-indicatie die thuis woont in 2019? Kunt u dit tevens aangeven voor een cliënt uit 2015?

Antwoord:
De kosten van een Wlz-cliënt met een verpleging en verzorging (vv)-indicatie die thuis woont, hangen onder meer af van de gekozen leveringsvorm. Bij de beantwoording van deze vraag worden de kosten van een cliënt met een volledig pakket thuis (vpt) en van een cliënt met een modulair pakket thuis (mpt) weergegeven als de cliënt gedurende het hele jaar deze zorg zou hebben ontvangen. De kosten worden afgeleid van de omvang van de declaraties die zorgkantoren voor deze zorg bij Vektis hebben aangeleverd (bron: CBS Monitor Langdurige Zorg).
Zorg die wordt geleverd via een volledig pakket thuis, is in de financiering herkenbaar doordat er aparte vpt's per sector zijn. De tijdseenheid is één dag, zodat het mogelijk is te bepalen wat de kosten zijn voor een cliënt als hij gedurende het hele jaar (365 dagen) een vpt-VV heeft.
In 2019 kostte een cliënt met een vpt-VV circa € 61.400 op jaarbasis. Dit bedrag is afgeleid van de omvang van de declaraties (circa 3,3 miljoen dagen met een totaalbedrag van circa € 552 miljoen betekent circa € 168 per dag).
In 2015 kostte een cliënt met een vpt-VV circa € 46.700 op jaarbasis. Dit bedrag is afgeleid van de omvang van de declaraties (circa 1,8 miljoen dagen met een totaalbedrag van circa € 228 miljoen betekent circa € 128 per dag).

Bij het modulair pakket thuis wordt geen onderscheid gemaakt naar sector. Daarom wordt als benadering voor de groep Wlz-cliënten met een verpleging en verzorging (vv)-indicatie met een mpt gekozen voor de groep cliënten van 65 jaar en ouder met een mpt; dit is inclusief de mensen die overbruggingszorg hebben.
Voor de berekening van de kosten van een mpt over een heel jaar worden «mpt-plekken» gedefinieerd als het aantal 65-plussers met een mpt op een peildatum.
In 2019 kostte een Wlz-cliënt 65+ met een mpt circa € 24.200 op jaarbasis. Dit bedrag is afgeleid van de omvang van de declaraties voor het mpt aan Wlz-cliënten van 65 jaar en ouder (totaalbedrag in 2019 was circa € 570 miljoen). Op peildatum tweede vrijdag van november 2019 hadden circa 23.600 65-plussers een mpt. Daaruit volgt dat de kosten per «mpt-plek» in 2019 circa € 24.200 per jaar waren.

In 2015 kostte een Wlz-cliënt 65+ met een mpt circa € 26.400 op jaarbasis. Dit bedrag is afgeleid van de omvang van de declaraties voor het mpt aan Wlz-cliënten van 65 jaar en ouder (totaalbedrag in 2015 was circa € 415 miljoen). Op peildatum tweede vrijdag van november 2015 hadden circa 15.700 65-plussers een mpt. Daaruit volgt dat de kosten per «mpt-plek» in 2015 circa € 26.400 per jaar waren.
De werkelijke mpt-kosten die voor een unieke cliënt worden gemaakt in een jaar kunnen afwijken van deze berekende kosten per «mpt-plek», bijvoorbeeld als men slechts een half jaar in zorg is of als men minder uren zorg afneemt.

Vraag 957
Wanneer ontvangt de Kamer de analyse en evaluatie van de invoering van het abonnementstarief bij de Wmo 2015?

Antwoord:
Met de VNG is afgesproken dat de (financiële) effecten van het abonnementstarief worden gevolgd door middel van een landelijk monitoronderzoek. Op 4 december 2019 (TK, 2019–2020, 29 538, nr. 309) is de eerste monitor verschenen waarin is gekeken naar de periode vóór de invoering van het abonnementstarief (een nulmeting over 2017/2018). Op korte termijn zullen de resultaten van de tweede monitor beschikbaar komen over het jaar 2019, het eerste jaar na invoering van het abonnementstarief. De Minister van VWS zal deze monitorrapportage inclusief beleidsreactie vóór de begrotingsbehandeling naar de Tweede Kamer zenden.

Vraag 958
Er is een toevoeging van 36 miljoen euro extra budget voor de Wlz als gevolg van het openstellen van de Wlz voor cliënten met een psychische stoornis per 2021; waar is dit bedrag voor en hoe groot is het bedrag dat uit het gemeentefonds wordt gehaald?

Antwoord:
De extra kosten in de Wlz hangen samen met een hogere tariefstelling in de Wlz dan in het gemeentelijk domein en een verwacht hoger gebruik van dagbesteding.
Er is een bedrag van € 495 miljoen uit het gemeentefonds gehaald.

Vraag 959
De reële groei van de netto zorguitgaven in 2021 is 0,9%, is bij deze «groei» een eventuele tweede covid-golf meegenomen?

Antwoord:
In de reële groei van de netto zorguitgaven in 2021 van 0,9% is een bedrag in de VWS-begroting opgenomen van circa € 58 miljoen voor noodmaatregelen COVID-19, zie hiervoor tabel 3 op pagina 163. De Zvw-cijfers in de ontwerpbegroting 2021 zijn gebaseerd op de tweede kwartaalcijfers 2020 van de verzekeraars. In deze cijfers is nog geen rekening gehouden met een tweede golf.
Overigens kan een eventuele tweede golf tot een verhoging van de zorguitgaven leiden, maar dat hoeft niet. Dit hangt af van de ernst van een tweede golf, de mate waarin de reguliere zorg moet worden afgeschaald en in hoeverre er ruimte is om de meerkosten voor COVID-19 binnen de reguliere afspraken in te passen.

Vraag 960
De reële groei van de netto zorguitgaven in de Wlz is in 2021 6,2%, is dat geheel toe te schrijven aan de stijgende vraag naar intramurale ouderenzorg?

Antwoord:
De reële groei van de netto zorguitgaven in de Wlz in 2021 van 6,2% is voornamelijk toe te schrijven aan de intramurale ouderenzorg en het openstellen van de Wlz voor mensen met een psychische stoornis. In de VWS-begroting 2021 is in tabel 8 op pagina 183 te zien dat de uitgaven aan de intramurale ouderenzorg in 2021 ten opzichte van 2020 stijgen met € 0,7 miljard
(van € 12,8 miljard naar € 13,5 miljard), met name vanwege de ingroei van het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg. De uitgaven aan de langdurige ggz in 2021 stijgen ten opzichte van 2020 met € 0,6 miljard (van € 0,6 miljard naar € 1,2 miljard) vanwege het openstellen van de Wlz voor mensen met een psychische stoornis.

Vraag 961
Kunt u een overzicht geven per jaar hoeveel middelen op grond van de OVA ter beschikking zijn gesteld voor de lonen in de zorg vanaf het sluiten van het convenant tot en met 2021?

Antwoord:
VWS verhoogt elk jaar de uitgavenramingen met de vergoeding voor loon- en prijsstijgingen. Deze bedragen komen ook terecht in MBI-plafonds, contracteerruimte en het macro-prestatiebedrag.
VWS past de ramingen altijd in een keer aan voor de loon- en prijsstijging. Voor recente jaren valt nog te berekenen welk deel betrekking heeft op de lonen (zie onderstaande tabel). Voor oudere jaren, valt dit niet te achterhalen.
De in onderstaande tabel opgenomen bedragen betreft de ontwikkeling van de loonkosten (contractloonstijging, ontwikkeling sociale werkgeverslasten en incidentele loonstijging). Dit verklaart ook de nul in 2015. In dat jaar was sprake van een contractloonstijging van 1,1% en een sociale lastenontwikkeling van -1,02% (onder andere vanwege een flink lagere inkomensafhankelijke bijdrage).
Voor het jaar 2021 is de loonbijstelling nog niet toegevoegd aan de ramingen van sectoren. Voor dat jaar is de geraamde loonbijstelling opgenomen.

Tabel: Verwerkte loonbijstelling in miljarden euro

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Verwerkte loonbijstelling	1,2	0,0	0,6	0,8	1,7	1,9	1,1	1,0

Vraag 962
Kunt u een overzicht geven van de geraamde hoogtes van het eigen risico op basis van de huidige begrotingsstand voor alle jaren in de komende kabinetsperiode?

Antwoord:
De tabel hieronder toont de raming van de hoogte van het verplichte eigen risico voor de jaren 2021 tot en met 2025 op basis van de huidige begrotingsstand. In het regeerakkoord is besloten dat het verplichte eigen risico ook in 2021 nog is bevroren op 385 euro. Daarna zal de hoogte volgens de gebruikelijke systematiek worden geïndexeerd met de stijging van de zorgkosten.

Jaar	2021	2022	2023	2024	2025
Raming (euro)	385	390	400	410	425

Vraag 963
Waarom worden de kosten die mensen maken voor zelfzorg en/of niet-verzekerde zorg, aanvullende verzekering en/of voor dienstverlening in een Wlz-instelling niet genoemd? Kan een indicatie gegeven worden van wat de gemiddelde Nederlander betaalt aan bijkomende zorgkosten?

Antwoord:
Wat een verzekerde betaalt aan zelfzorg/niet verzekerde zorg en/of dienstverlening in een Wlz-instelling is niet bekend. Dit verschilt namelijk per individuele situatie van de verzekerde, welke voor elke verzekerde uniek is. Qua kosten voor een aanvullende zorgverzekering is bekend dat in 2018 de gemiddeld betaalde maandpremie per aanvullend verzekerde 26 euro was (Vektis, Zorgthermometer 2020). 83,2% van de mensen is momenteel aanvullend verzekerd.

Vraag 964
Waarom wordt in de begroting 2021 nu al rekening gehouden met meerkosten voor GGD-en en veiligheidsregio's in het jaar 2021 voor een bedrag van 459 miljoen euro?

Antwoord:
Doordat de verwachting is dat GGD-en en veiligheidsregio's ook in 2021 te maken krijgen met meerkosten als gevolg van de bestrijding van COVID-19 is hier in de begroting 2021 rekening mee gehouden.

Vraag 965
Zijn dit kosten die doorlopen uit de nu in gang gezette maatregelen voor het najaar van 2020?

Antwoord:
Het gaat hier inderdaad om kosten die doorlopen uit de reeds in gang gezette maatregelen in 2020. Dat er voor 2021 al rekening is gehouden met meerkosten voor de GGD'en en Veiligheidsregio's heeft te maken met de aard van de werkzaamheden waarvan verwacht wordt dat deze in 2021 nog doorlopen. Er is een raming gemaakt van de verwachte kosten, waarbij gebruik is gemaakt van beschikbare informatie over de afgelopen periode.

Vraag 966
Op welke veronderstellingen is de raming van 459 miljoen euro voor GGD-en en veiligheidsregio's in 2021 gebaseerd in termen van duur en ernst van de pandemie in het jaar 2021?

Antwoord:
De raming van € 459 miljoen voor 2021 is gebaseerd op door onderzoeksbureau AEF uitgevoerde kostenonderzoeken voor de GGD-en en veiligheidsregio's. De meerkosten voor de GGD GHOR zijn gebaseerd op begrotingen voor de opdrachten die deze organisatie in opdracht van het Rijk uitvoert.

Vraag 967
Wat is de huidige status van de beschikbaarheidsregeling voor geneesmiddelen in de pakketsluis zoals die in de VWS-begroting van 2020 werd aangekondigd?

Antwoord:
Ik heb u eind vorig jaar, in de brief «Stand van zaken moties en toezeggingen VWS kerst 2019[68]», bericht over het beschikbaar stellen van geneesmiddelen zolang deze in de «pakketsluis» zijn opgenomen. Hiervoor geldt dat het aan fabrikanten is om hun geneesmiddel beschikbaar te stellen aan patiënten tijdens deze periode. Het is immers niet de sluis maar de hoge prijs die snelle toegang in de weg staat. Ik blijf fabrikanten daar ook op aanspreken en toe bewegen. Indien dit kosten voor de fabrikant met zich meebrengt die een gezonde bedrijfsvoering in de weg zouden staan, dan is het aan de fabrikant om ook deze kosten – net als hij doet voor andere kosten bij de ontwikkeling en productie van het geneesmiddel – mee te wegen in zijn bereidheid om tot een onderhandelingsresultaat te komen. Ik heb toegezegd dat vanuit de kant van de overheid de opstelling voortaan zal zijn dat daar in de onderhandeling rekening mee gehouden kan worden.

Vraag 968
Wat is de huidige stand van zaken met betrekking tot het geschatte budget voor de Free Style Libre?

Antwoord:
Ik beschik nog niet over deze gegevens. Binnenkort wordt vanuit het Zorginstituut een eerste inschatting verwacht over de verwachte uitgaven in 2020.

Vraag 969
Wat zijn de verwachte uitgaven aan de Free Style Libre in 2021 en opvolgende jaren?

Antwoord:
De totale uitgaven zijn eerder door het Zorginstituut ingeschat op € 106 mln per jaar

Vraag 970
Welke resultaten heeft de subsidie aan Fair Medicine voortgebracht bij het van de grond krijgen van een alternatief businessmodel voor geneesmiddelenontwikkeling?

Antwoord:
De subidie aan Fair Medicine is verstrekt om meer te leren over de mogelijkheden van alternatieve businessmodellen. De afgelopen jaren heeft dit geleid tot verschillende nieuwe inzichten. Gebleken is dat er ook uitdagingen zijn in het model dat zij hadden ontwikkeld. Fair Medicine is op dit moment bezig met een (eind)rappportage. Deze zal ik ook delen met de Kamer zodat ook andere initiatieven hiervan kunnen leren.

Vraag 971
Welke resultaten heeft Fair Medicine voortgebracht bij het van de grond krijgen van een alternatief businessmodel voor geneesmiddelenontwikkeling?

Antwoord:
De subidie aan Fair Medicine is verstrekt om meer te leren over de mogelijkheden van alternatieve businessmodellen. De afgelopen jaren heeft dit geleid tot verschillende nieuwe inzichten. Gebleken is dat er ook uitdagingen zijn in het model dat zij hadden ontwikkeld. Fair Medicine is op dit moment bezig met een (eind)rappportage. Deze zal ik ook delen met de Kamer zodat ook andere initiatieven hiervan kunnen leren.

---

[68] Kamerstuk 35 300 XVI, nr. 150.

Vraag 972
Het programma «Zorg voor de jeugd» is in april 2018 gelanceerd, is sindsdien de jeugdhulp daadwerkelijk merkbaar en meetbaar verbeterd? Waaruit blijkt dit?

Antwoord:
De praktijk voor kinderen, jongeren, (pleeg)ouders, professionals, jeugdhulpaanbieders en gemeenten verbetert stapje voor stapje, maar er is nog veel werk te verrichten. Dit blijkt uit de vierde voortgangsrapportage van de Stuurgroep Zorg voor de Jeugd, die u in juni ontving. De stuurgroep, waarin de VNG, de brancheorganisaties van jeugdhulpaanbieders, beroepsorganisaties, cliëntenorganisaties en de Ministeries OCW, JenV en VWS samenwerken aan het actieprogramma Zorg voor de Jeugd, brengt twee keer per jaar (in mei en november) verslag aan mij uit over haar inspanningen en resultaten middels een voortgangsrapportage. De mei-rapportages geven ook inzicht in de effectmeting op basis van de jaarcijfers van het CBS, verrijkt met andere databronnen.

In de periode waar de vierde voortgangsrapportage over rapporteert (november 2019–mei 2020) zijn er onder meer concrete verbeteringen gerealiseerd op de ondersteuning aan lokale (wijk)teams, terugdringen van vermijdbare administratieve lasten, de mogelijkheden om als jongere langer in een gezinshuis te verblijven en het leren van complexe casuïstiek. Om nog beter te leren van complexe casuïstiek stelde het Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd een jaarrapportage op. Een ander voorbeeld is dat partijen in de jeugd- en opvoedhulp in de landelijke schrapweek (februari 2020) afspraken om te stoppen met vermijdbaar tijdschrijven. Voor een overzicht van de acties en bijbehorende resultaten verwijzen wij u graag naar de voortgangsrapportage.

De meetbare effecten van het programma vindt u in dezelfde voortgangsrapportage in het overzicht «Zorg voor de Jeugd in cijfers» (blz. 12–13). De effectmeting is ook uitgesplitst in een factsheet per actielijn; deze factsheets en een tabel met resultaten en vervolgstappen per actielijn staan in bijlage 1 (blz. 30–60).

Hoewel de trends met voorzichtigheid geduid moeten worden, lijken de indicatoren erop te wijzen dat we langzaam maar zeker stapjes zetten in de richting van de transformatiedoelen van de Jeugdwet:
Jeugdhulp toegankelijker maken voor jeugdigen en gezinnen is een van de doelen. Ten opzichte van 2015 zien we dat meer jeugdigen en gezinnen volgens henzelf snel geholpen worden. Daarnaast geven zij aan dat de beslissingen over de hulp vaak of altijd samen met hen genomen worden. Het lijkt erop dat kinderen en gezinnen positiever zijn over jeugdhulp.
We willen dat kinderen en jongeren zo thuis mogelijk kunnen opgroeien. De trend gaat voorzichtig de goede kant op. Zo is het aandeel jeugdhulp met verblijf van de totale jeugdhulp gedaald voor alle leeftijdsgroepen, behalve voor de 18 tot 23-jarigen. De stijging bij 18+ jongeren is te verklaren uit het feit dat dit programma verlengde jeugdhulp mogelijk maakte. Dit laat zien dat jongeren steeds vaker na hun 18e verjaardag bij hun pleegouders of gezinshuis mogen blijven als dat nodig is, zodat ze op een passende manier hun weg naar zelfstandigheid kunnen vinden.
Dat jongeren relatief minder jeugdhulp met verblijf ontvangen komt overeen met de daling van het aantal uithuisplaatsingen bij ondertoezichtstelling in de jeugdbescherming. Steeds vaker wordt in een voortraject gekeken naar alternatieven voor uithuisplaatsing. Als kinderen en jongeren niet meer thuis wonen is pleegzorg of gezinsgerichte opvang zo thuis mogelijk. Hier zien we sinds 2015 een voorzichtige stijging bij het aandeel pleegzorg en gezinsgerichte opvang, terwijl we een daling zien bij

residentiële en overige verblijfsvormen. Het lijkt erop dat jeugdhulp met verblijf meer kleinschalig en gezinsgericht aangeboden wordt.
Jeugdhulp moet gegeven worden door vakbekwame jeugdprofessionals. Het is daarom belangrijk dat we investeren in vakmanschap en dat professionals blijven leren. Professionals in de jeugdsector geven een positiever beeld over hun werk. Zo ervaren ze sinds 2015 steeds meer invloed op hun werk en zijn ze over het algemeen meer tevreden over hun werk.

De eerstvolgende (vijfde) voortgangsrapportage verwacht ik u eerste helft november (voor het WGO op 23 november) met mijn halfjaarlijkse voortgangsbrief te kunnen toezenden.